

**COLPA MEDICA E DIRITTO PENALE.
I NUOVI CONFINI DELINEATI DALLA LEGGE
"GELLI-BIANCO".
(*)**

Enrico Amati

PREMESSE

La legge 8 marzo 2017 n. 24 (c.d. legge "Gelli-Bianco"), recante «*disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*»¹, ridisegna, a meno di cinque anni dalla riforma Balduzzi, lo statuto della colpa penale in ambito sanitario.

Sul versante penalistico la novità di maggior rilievo è rappresentata dall'introduzione, all'interno del codice penale, del nuovo art. 590-sexies, rubricato «*Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito*

sanitario», ai sensi del quale: «*[I] se i fatti di cui agli artt. 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. [II] Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto*».

La norma penale va raccordata con altre disposizioni dell'articolato, come l'art. 5, che istituisce un *sistema di accreditamento nazionale delle linee guida* e l'art. 3, sull'*osservatorio delle buone pratiche*. Inoltre, sul versante

(*)Il presente lavoro costituisce una rielaborazione della relazione tenuta al Convegno sul tema: "Colpa medica e diritto penale. I nuovi confini delineati dalla Corte di Cassazione e dal Legislatore con l'approvazione del ddl Gelli", tenutosi a Rimini il 24 marzo 2017

¹ In Gazz. Uff., *Serie Generale*, n. 64 del 17 marzo 2017. La legge è entrata in vigore il 1° aprile 2017.

processuale, l'art. 15 regola la nomina di *consulenti tecnici e periti* nei giudizi di responsabilità sanitaria; l'art. 16, infine, *limita la possibilità di acquisire* nel processo penale atti di indagine interna alla struttura ove si è verificato l'incidente.

I propositi del legislatore sono senz'altro i migliori: il contrasto alla c.d. medicina difensiva, l'alleggerimento del contenzioso penale e civile in ambito medico, la prevenzione della *malpractice*, la creazione di moderni sistemi di gestione del rischio; tuttavia, al di là di facili entusiasmi, la nuova disposizione codicistica ha alimentato numerose perplessità tra i primi commentatori. Non a caso, la Corte di Cassazione, seppur, per il momento, solo attraverso una nota informativa, si è già espressa sui profili intertemporali della "Gelli-Bianco", precisando come in relazione ai fatti commessi prima dell'entrata in vigore dell'art. 590-*sexies* c.p. debba trovare applicazione la normativa precedente, da ritenersi "più favorevole" rispetto al recente intervento legislativo².

LA GIURISPRUDENZA PRE-LEGGE "BALDUZZI"

Prima di entrare nel merito delle novità introdotte dalla legge n. 24/2017 è opportuno analizzare brevemente l'evoluzione normativa e giurisprudenziale in tema di responsabilità medica, contrassegnata dal passaggio dalla "quasi impunità"

² Cfr. C. CUPELLI, *La legge Gelli-Bianco approda in Cassazione: prove di diritto intertemporale*, in *Dir. pen. cont.*, 26 aprile 2017.

all'eccesso di attenzione verso il sanitario³.

La fase "aurea" della limitata responsabilità penale dell'esercente una professione sanitaria è rappresentata dalla giurisprudenza che si è formata *fino ai primi anni '70 del secolo scorso*: la responsabilità del medico, si affermava, deve essere valutata «*con larghezza di vedute*», cosicché si considerava penalmente rilevante solo la colpa propriamente «grossolana», dipendente cioè da ignoranza dei principi elementari incompatibili con il minimo di cultura e di esperienza che dovrebbe legittimamente pretendersi da chi sia abilitato all'esercizio della professione sanitaria⁴.

Sul piano tecnico-normativo, il fondamento di siffatta benevolenza veniva individuato nell'art. 2236 c.c., secondo cui «se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave».

Tale disposizione è stata ritenuta da autorevole dottrina significativa anche per l'ordinamento penale in virtù di un'esigenza di coerenza interna dell'ordinamento giuridico: sarebbe irragionevole, si assumeva, ritenere penalmente rilevanti comportamenti che non concretizzano neppure un illecito civile⁵. Tuttavia, si sottolineava

³ In questi termini 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. 386 s.

⁴ A. CRESPI, voce "*Medico chirurgo*" in *Dig. disc. pen.*, VII, Utet, Torino, 1993, p. 591 s.; *Cass.*, 6 marzo 1967 (dep. 6 luglio 1967), n. 447, *Giust. pen.*, 1967, II, p. 1158.

⁵ A. CRESPI, voce "*Medico chirurgo*", cit., p. 592.

altresì come la limitazione alla colpa grave di cui all'art. 2236 c.c. doveva intendersi limitata «esclusivamente a quell'aspetto della colpa che concerne non già la prudenza e la diligenza in senso stretto, bensì la perizia: è cioè la sola colpa per imperizia che può e deve essere valutata nell'ambito della colpa grave»⁶.

La questione della compatibilità tra l'indirizzo "benevolo" della giurisprudenza in tema di responsabilità medica ed il principio di uguaglianza è stata posta, nel 1973, all'attenzione della Corte Costituzionale, la quale ha sostanzialmente recepito le linee dell'indicata dottrina. Fermo l'assunto relativo alla possibilità di estendere la norma di cui all'art. 2236 c.c. nel settore penale, la Corte ha in quell'occasione precisato come tale esenzione o limitazione di responsabilità «non conduce a dover ammettere che, accanto al minimo di perizia richiesta, basti pure un minimo di prudenza o di diligenza. Anzi, c'è da riconoscere che, mentre nella prima l'indulgenza del giudizio del magistrato è direttamente proporzionata alle difficoltà del compito, per le altre due forme di colpa ogni giudizio non può che essere improntato a criteri di normale severità»⁷.

A partire dagli anni '80 del secolo scorso, tuttavia, si è affermata e consolidata una giurisprudenza radicalmente contrapposta, la quale, negando la diretta valenza in campo penale del limite della colpa grave di cui all'art. 2236 c.c., ha applicato

anche alla colpa medica i comuni criteri di valutazione di cui all'art. 43 c.p.⁸ Tuttavia, la questione della ponderazione della gravità della colpa non si è mai esaurita. Espunto l'art. 2236 c.c. dal novero delle norme applicabili nell'ordinamento penale, esso vi è rientrato per il criterio di razionalità del giudizio che esprime: la norma civilistica, in altre parole, poteva trovare applicazione come regola di esperienza cui attenersi nel valutare l'addebito di imperizia, qualora il caso concreto imponesse la soluzione di problemi di specifica difficoltà⁹.

LA GIURISPRUDENZA POST-LEGGE "BALDUZZI".

In siffatto contesto di incertezze sul versante giurisprudenziale, si inserisce il primo significativo intervento di riforma rappresentato d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella legge 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. "legge Balduzzi"). L'art. 3, co. 1, della citata legge (abrogato dalla c.d. "legge Gelli-Bianco"), stabiliva che *«L' esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella*

⁸ Cfr. F. BASILE, *Un itinerario giurisprudenziale sulla responsabilità medica colposa tra art. 2236 Cod. Civ. e Legge Balduzzi (aspettando la riforma della riforma)*, in *Dir. pen., cont.*, 23 febbraio 2017, p. 4 s.

⁹ Cass., sez. IV, 21 giugno 2007, n. 39592, *Dejure*; si vedano anche Cass., sez. IV, 5 aprile 2011, n. 16328, *ivi*; Cass., sez. IV, 22 novembre 2011, n. 4391, *ivi*.

⁶ A. CRESPI, voce "Medico chirurgo", cit., p. 592.

⁷ Corte Cost., 28 novembre 1973, n. 166.

determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo».

Tale disposizione, definita dalla stessa Suprema Corte «*laconica e incompleta*»¹⁰, ha inevitabilmente posto plurimi problemi.

A) *A quali linee guida si doveva fare riferimento in assenza di un repertorio ufficiale e di un sistema di accreditamento?*

In generale, «l'acquisizione al processo di informazioni scientifiche attendibili non è sempre agevole, tanto più quando si entra in ambiti complessi, controversi, caratterizzati da sapere in divenire»¹¹.

Sotto questo profilo, importando le indicazioni di metodo espresse nella sentenza *Cozzini*¹² - in tema di valutazione di attendibilità delle leggi scientifiche ai fini dell'accertamento del nesso di causalità - la Suprema Corte ha affermato che il giudice è tenuto a prestare particolare attenzione all'*accreditamento scientifico* delle regole di comportamento seguite dal terapeuta nel caso concreto.

In particolare, si è precisato come le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare *standard* diagnostico terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza

¹⁰ Cass. pen., 29 gennaio 2013, n. 16237, *Cass. Pen.*, 2013, 9, p. 2984.

¹¹ Cass., sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16237, *cit.*

¹² Cass., sez. IV, 17 settembre 2010, n. 43786, *Foro it.*, 2012, II, c. 10, secondo cui per valutare l'attendibilità di una tesi occorre esaminare gli studi che la sorreggono; l'ampiezza, la rigorosità, l'oggettività delle ricerche; il grado di consenso che l'elaborazione teorica raccoglie nella comunità scientifica.

medica a garanzia della salute del paziente e, in ogni caso, esse non devono essere ispirate ad esclusive *logiche di economicità della gestione*, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente¹³

B) *Una prima lettura della norma poteva indurre a cogliervi una contraddizione: un terapeuta che rispetta le linee guida come può al contempo essere rimproverabile per colpa?*

Ad avviso della Suprema Corte la contraddizione era tuttavia solo apparente. Infatti, si è precisato, le linee guida non sono in grado di offrire *standard* legali precostituiti: non divengono, cioè, regole cautelari secondo il modello della colpa specifica; ne deriva che la loro *inosservanza* non fonda, di per sé, un rimprovero per colpa e, reciprocamente, la loro *osservanza* non mette automaticamente al riparo da un rimprovero penale.

Potrà dunque ben accadere «che il professionista debba modellare le direttive, adattandole alle contingenze che momento per momento gli si prospettano nel corso dello sviluppo della patologia e che, in alcuni casi, si trovi a dovervi addirittura derogare radicalmente. Il legislatore ha evidentemente tenuto conto di tale situazione, disciplinando l'evenienza di un terapeuta rispettoso delle "istruzioni per l'uso" e tuttavia in colpa»¹⁴.

¹³ Cass., sez. IV, 24 gennaio 2013, n. 11493, *Riv. it. med. leg.*, 2013, p. 963 s.

¹⁴ Cass., sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16237, *cit.*

C) *L'esenzione da responsabilità introdotta dalla legge "Balduzzi" riguardava solamente le ipotesi di colpa per imperizia o anche quelle per negligenza e imprudenza?*

Sul punto, diverse decisioni della Corte regolatrice hanno inizialmente affermato che la limitazione di responsabilità in caso di colpa lieve operava soltanto per le condotte professionali conformi alle linee guida contenenti regole di perizia e non si estendeva agli errori connotati da negligenza o imprudenza¹⁵.

Si tratta di arresti che muovevano dal rilievo che le linee guida contengono solo regole di perizia. In altre sentenze, tuttavia, si è era rilevato che l'esenzione introdotta dalla legge Balduzzi, pur trovando terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia, poteva tuttavia venire in rilievo anche quando il parametro valutativo della condotta dell'agente fosse quello della diligenza, come nel caso in cui fossero richieste prestazioni riguardanti più la sfera della accuratezza che quella della adeguatezza professionale¹⁶.

Più di recente, sulla base del presupposto che la scienza penalistica non offre indicazioni di ordine tassativo nel distinguere le diverse ipotesi di colpa generica, contenute nell'art. 43 c.p., comma 3, la Cassazione era giunta alla conclusione secondo cui la limitazione di responsabilità, in caso di colpa lieve, poteva operare, per le condotte

professionali conformi alle linee guida ed alle buone pratiche, anche in caso di errori che fossero connotati da profili di *colpa generica diversi dalla imperizia*¹⁷. Secondo quest'ultimo approdo giurisprudenziale, quindi, la valutazione che il giudice doveva effettuare non poteva che poggiare sul canone del *grado della colpa*, costituente la chiave di volta dell'impianto normativo delineato dalla L. n. 189 del 2012, art. 3.

Da mero indice di commisurazione della pena, quindi, il confine tra colpa lieve e colpa grave segnava l'essere o il non essere del reato.

LA NUOVA ESENZIONE DA RESPONSABILITÀ.

Il nuovo art. 590-*sexies* prevede ora che l'esenzione da pena, in caso di esito infausto della prestazione sanitaria, è subordinata al verificarsi di una nutrita schiera di variabili: a) l'evento deve essersi verificato "*a causa di imperizia*"; b) devono essere state *rispettate* le raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi di legge o, in mancanza, le buone pratiche clinico assistenziali; c) le raccomandazioni contenute nelle linee guida devono risultare "*adeguate*" al caso concreto.

Come si vede, il perimetro applicativo della nuova esenzione da responsabilità risulta delimitato da troppe "cautele" – come il discutibile riferimento all'imperizia - che rischiano di rendere ineffettiva la disposizione.

¹⁵ Cass., sez. IV, 27 aprile 2015, n. 26996, *Dejure*; Cass., sez. IV, 20 marzo 2015, n. 16944, *Dir. & Giust.*, 2015, 8 maggio.

¹⁶ Cass., sez. 4, 1 luglio 2015, n. 45527, *Guida al dir.*, 2016, 10, p. 64.

¹⁷ Cass., sez. IV, 11 maggio 2016, n. 23283, *Guida al dir.*, 2016, 33, p. 67

Vediamo schematicamente quali sono le principali novità introdotte dalla nuova causa di esenzione rispetto al previgente art. 3, co. 1, della legge Balduzzi.

A) *E' ora previsto un sistema di accreditamento formale delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali delineato agli artt. 3-5 della legge n. 24/2017.*

Si tratta di un punto chiave della riforma.

L'art. 3, co. 1, prevede l'istituzione, entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge, dell'*Osservatorio nazionale delle buone pratiche* sulla sicurezza nella sanità. L'art. 5, inoltre, stabilisce 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 accreditate. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Il nuovo impianto normativo, incentrato sulle linee guida "certificate", presenta, tuttavia, vizi e virtù.

Da un lato è innegabile che la tipizzazione delle fonti di riferimento per gli esercenti la professione sanitaria *agevola la conoscenza*, prima che la condotta venga tenuta, del discrimine tra lecito e illecito, cosicché la fattispecie ne guadagna in termini di determinatezza. Dall'altro lato, però, vi è il rischio di burocratizzazione dell'attività medica: cosa accade al

medico che si conformi a una linea guida "certificata" ma superata da nuove ricerche pubblicate su riviste specialistiche? E' il caso del *medico diligente* (perché rispettoso della linea guida) *ma imperito* (perché non aggiornato)¹⁸.

Sotto questo profilo la nuova legge sembrerebbe operare una netta scelta di campo, perché non sembra addebitabile all'esercente la professione sanitaria l'imperizia indotta dalle stesse linee guida "certificate"; di converso, non può nemmeno ritenersi punibile il medico "*aggiornato e coraggioso*" che abbia "tradito" linee guida vetuste¹⁹.

B) *Per espressa previsione normativa le raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate a sensi di legge, o, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali devono essere state "rispettate" e devono risultare "adeguate" al caso concreto.*

Dunque, *non si è riconosciuta alcuna presunzione assoluta di irresponsabilità* connessa all'applicazione delle linee guida, residuando, per il giudice, un'ampia finestra discrezionale in ordine alla valutazione di adeguatezza delle raccomandazioni rispetto al caso concreto.

Diversamente da quanto annunciato, quindi, non sembra che il legislatore sia riuscito nell'intento di

¹⁸ F. CENTONZE-M. CAPUTO, *La risposta penale alla malpractice: il dedalo di interpretazioni disegnato dalla riforma Gelli-Bianco*, in *Riv. it. med. leg.*, 2016, p. 1361 s.

¹⁹ F. CENTONZE-M. CAPUTO, *La risposta penale*, cit., p. 1361 s.

offrire un "rifugio sicuro" dalla responsabilità penale al medico che abbia dato seguito alle raccomandazioni "certificate".

C) *L'esenzione da responsabilità si applica solo nei casi di colpa dovuta a imperizia.*

Se si tiene conto dell'evoluzione della giurisprudenza *post*-Balduzzi, la nuova norma – sotto questo profilo - nasce già vecchia. Probabilmente si tratta di un retaggio del passato: il legislatore ha evidentemente ritenuto – in linea con le prime pronunce della Cassazione sulla legge Balduzzi – che le linee guida prevedono solo regole di perizia.

In questo modo, però, si ripresentano problemi che sembravano superati: in assenza di indicazioni tassative nel distinguere le diverse ipotesi di rimprovero colposo, il giudice avrà un ampio potere discrezionale nel qualificare il comportamento tenuto dall'operatore sanitario come imperito, negligente o imprudente, così determinando l'applicabilità o meno dell'esenzione.

Come è stato rilevato, «non è sempre facile la qualificazione della condotta come negligente o imperita e spesso neppure è possibile: si pensi ai casi di esistenza di plurimi trattamenti farmacologici per la medesima patologia, ai casi di alternativa tra trattamenti chirurgici e farmacologici, alla mancata o ritardata richiesta di accertamenti preliminari ritenuti necessari ecc. Il medico non ha compiuto la sua scelta perché non adeguatamente informato sulle conseguenze che ne sarebbero derivate (imperizia) o per semplice

trascuratezza, mancanza di attenzione o disinteresse (negligenza)?»²⁰.

D) *Scompare il riferimento alla colpa lieve che contraddistingueva l'esenzione introdotta dalla legge Balduzzi.*

È questo, forse, l'aspetto più delicato della riforma.

Richiamando quanto enunciato nella sentenza *Cantore*²¹ possono essere individuate due ipotesi di errore nel quale può incorrere il medico.

Potrà anzitutto accadere che, sebbene in relazione alla patologia trattata le linee guida indichino una determinata strategia, le peculiarità del caso concreto suggeriscano addirittura di discostarsene, cioè di *disattendere la linea d'azione ordinaria*.

Come pure potrà verificarsi l'ipotesi in cui il professionista *si orienti correttamente in ambito diagnostico o terapeutico*, si affidi cioè alle strategie suggeritegli dal sapere scientifico consolidato, inquadri correttamente il caso nelle sue linee generali e tuttavia, nel concreto farsi del trattamento, commetta qualche errore pertinente proprio all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze ed alle peculiarità che si prospettano nel caso concreto.

Ai sensi dell'abrogata esenzione delineata dalla legge Balduzzi entrambi i comportamenti descritti risultavano censurabili in ambito penale solamente se commessi con *colpa grave*.

²⁰ C. BRUSCO, *Informazioni statistiche sulla giurisprudenza penale di legittimità in tema di responsabilità medica*, in *Dir. pen. cont.*, 14 luglio 2016, p. 4.

²¹ Cass., sez. IV, 29 gennaio 2013, *cit.*

Il nuovo testo, eliminando la graduazione della colpa, per un verso, e valorizzando le specificità del contesto operativo, per l'altro, pare introdurre una variazione di non poco conto.

Infatti, quanto alla prima ipotesi (mancato congedo da linee guida non adeguate al caso concreto), a differenza del passato, è configurabile la responsabilità del sanitario anche nel caso in cui l'errore sia dovuto a *colpa lieve*.

In ordine alla seconda ipotesi - per imperizia il medico sbaglia a eseguire la manovra raccomandata dalla linea guida - resta da chiarire quali potranno essere i margini di operatività della nuova disciplina fondata sull'osservanza della direttiva "certificata". In altre parole, l'imperizia si presta d'ora in poi ad essere sempre perdonata, anche quando la condotta del medico sia stata gravemente maldestra?

Sotto questo profilo occorrerà chiedersi se un errore nell'esecuzione della raccomandazione clinica (correttamente individuata) potrà inficiare il loro "*rispetto*" (come richiede l'art. 590-*sexies*).

Se la risposta, come sembra, dovesse essere negativa²² anche in questo caso la responsabilità del professionista potrebbe sussistere in ogni ipotesi di colpa (sia grave che lieve).

Fermo restando, ovviamente, che qualora l'errore esecutivo venisse ricondotto nell'alveo dell'imprudenza o della negligenza si rimarrebbe

comunque al di fuori del perimetro applicativo della norma.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Ad onta delle reazioni entusiastiche, il nuovo statuto penale della colpa medica sembra rappresentare addirittura un passo indietro rispetto alle garanzie per l'esercente una professione sanitaria delineate dal previgente art. 3 l. n. 189/2012.

Infatti:

a) il fulcro della punibilità ruota, ancor più che in passato, attorno al giudizio di "*adeguatezza*" delle linee guida rispetto al caso concreto;

b) potrà assumere rilevanza anche l'errore dovuto a *colpa lieve*;

c) la nuova causa di esonero da responsabilità per la classe medica è limitata alle sole ipotesi di *imperizia*;

d) per espressa previsione normativa l'evento deve essersi verificato "*a causa di imperizia*": la giurisprudenza, di fronte ad un evento infausto, potrebbe essere tentata di concludere *sempre* per l'inadeguatezza della scelta operata²³.

Insomma, l'art. 590-*sexies* sembra semplicemente ribadire ciò che era già desumibile dai principi generali in tema di rimproverabilità colposa: l'esercente un'attività sanitaria non è penalmente rimproverabile per imperizia nel caso in cui si sia attenuto a linee guida pertinenti e adeguate al caso specifico.

Del resto, come riportato nel testo della citata "notizia di decisione" n. 3 del 2017, la Cassazione ha

²² In termini problematici, sul punto, M. CALETTI E M. L. MATTHEUDAKIS, *Una prima lettura della legge "Gelli-Bianco" nella prospettiva del diritto penale*, in *Dir. pen. cont.*, 9 marzo 2017, p. 13 s.

²³ Cfr. C. CUPELLI, *Lo statuto penale della colpa medica e le incerte novità della legge Gelli-Bianco*, in *Dir. pen. cont.*, 3 aprile 2017, p. 10.

affermato che «per i fatti anteriori può trovare ancora applicazione, ai sensi dell'art. 2 c.p., la disposizione di cui all'abrogato art. 3, comma 1, della legge n. 189 del 2012, che aveva escluso la rilevanza penale delle condotte lesive connotate da colpa lieve, nei contesti regolati da linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica».

Rispetto agli approdi interpretativi cui era giunta la giurisprudenza *pre-legge* "Balduzzi" ed ai principi successivamente affermatasi a seguito dall'intervento legislativo del 2012, sembra pertanto che il "principio attivo" dell'esenzione dalla responsabilità penale del medico sia stato notevolmente "diluito" dal recente legislatore, fino a raggiungere dosi - per così dire - "omeopatiche".

Come è stato osservato, allora, il nuovo art. 590-*sexies* c.p. appare «un farmaco inefficace contro una paura diffusa i cui noti sintomi si chiamano medicina difensiva»²⁴.

²⁴ Cfr. P. PIRAS, Imperitia sine culpa non datur. A proposito del nuovo art. 590-*sexies* c.p., in *Dir. pen. cont.*, 1 marzo 2017.