

**I medici chirurghi non rispondono delle garze abbandonate nel corpo di un paziente. Il GIP di Vercelli abbandona il principio di sfiducia tra membri di un'*equipe* medica e ricostruisce l'elemento colposo dei singoli componenti alla luce delle indicazioni della Legge Balduzzi.**

di *Mattia Miglio*

**SOMMARIO:** 1.Introduzione. 2. Brevi cenni sulla nozione di *equipe* medica. 3. (segue). I principi innovativi sanciti dall'ordinanza. 4. Nuove prospettive. La Legge Balduzzi quale metro di giudizio per la valutazione della responsabilità medica in *equipe* e la progressiva assimilazione della responsabilità colposa da *medical malpractice* al modello della colpa da organizzazione di impresa.

**1.Introduzione.**

La vicenda che qui si analizza riguarda una tipica fattispecie di *medical malpractice*: a valle di un intervento chirurgico ginecologico, l'*equipe* medico-chirurgica “*si dimentica*” di rimuovere dal corpo della paziente alcune garze (oltre a un retrattore metallico) e la mancata estrazione di tali corpi chirurgici causa un'infezione alla stessa paziente, a distanza di alcuni mesi, determinando altresì la necessità di provvedere a un secondo intervento medico.

Prende così avvio un procedimento penale, nel cui ambito, tra le varie contestazioni, quattro tra i medici chirurghi appartenenti all'*equipe* vengono indagati per lesioni colpose per aver abbandonato e non estratto dall'addome della paziente le garze e il retrattore utilizzati in sede di intervento, “*procurando alla medesima lesioni potenzialmente letali*”.

Prescindendo, non è questa l'occasione, dall'analisi della descrizione dell'evento lesivo *hic et nunc* considerato, l'ordinanza offre invece nuove prospettive e nuovi spunti di riflessione in merito alla valutazione dell'elemento colposo in capo ai singoli membri di un team medico-sanitario, sino ad approdare a una pregevole (pur se minoritaria) rivisitazione dei canoni di valutazione della responsabilità medica in *equipe*.

Prima di addentrarci nell'esame analitico della vicenda, tuttavia, occorre preliminarmente dedicare qualche cenno sulla struttura e sulle funzioni attribuite a un'*equipe* medica.

## 2. Brevi cenni sulla nozione di *equipe* medica.

Sono ormai distanti i tempi in cui nell'immaginario comune, l'atto medico era considerato un trattamento prettamente unipersonale; da tempo, infatti, la prestazione medica si è trasformata prevalentemente in un trattamento pluripersonale che segue un approccio fondato sul *team working*<sup>1</sup>, ossia sul lavoro di gruppo in cui più medici o operatori sanitari cooperano e interagiscono, attraverso le proprie prestazioni professionali, per la cura di un paziente.

Lungi dall'essere una scelta strategica dei professionisti sanitari o delle strutture sanitarie o ospedaliere, questa metamorfosi è stata indotta sia dallo sviluppo dello stato sociale – che ha indubbiamente incrementato la domanda delle prestazioni sanitarie richieste dai pazienti – sia, al contempo, dal costante progresso scientifico che ha coinvolto anche il settore medico-sanitario e che ha richiesto lo svolgimento di prestazioni sanitarie sempre più specializzate e caratterizzate dall'utilizzo di conoscenze scientifiche che coinvolgevano necessariamente diversi settori della medicina<sup>2</sup>.

Questi fattori, ovviamente, hanno avuto decise ripercussioni anche nell'organizzazione del personale addetto allo svolgimento dei trattamenti medico-sanitari, richiedendo che anche la prestazione sanitaria – al pari di ogni struttura lavorativa o di impresa – fosse imperniata sul principio della divisione e dell'organizzazione del lavoro, grazie al quale le funzioni sanitarie vengono parcellizzate tra i vari medici coinvolti, le cui condotte interagiscono tra di loro e in cui le diverse professionalità maturate da ciascun componente del gruppo in una

1 In via generale, si rinvia a cfr. GUIDI, *L'attività medica in equipe alla luce della recente elaborazione dottrinale e giurisprudenziale*, in CANESTRARI (a cura di), *Medicina e diritto penale*, 2009, pp. 209 ss.; DI LANDRO, *Vecchie e nuove linee ricostruttive in tema di responsabilità penale nel lavoro medico d'equipe*, in *Riv.trim.dir.pen.econ.*, 2005, pp. 225 ss.; GIZZI, *Orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità medica in equipe*, in *Dir.pen.proc.*, 2006, pp. 753 ss.; EAD., *La responsabilità medica di equipe*, in BARTOLI (a cura di), *Responsabilità penale e rischio nelle attività mediche e d'impresa*, Firenze, 2010, pp. 31 ss.; DE FRANCESCO, *L'imputazione della responsabilità penale in campo medico-chirurgico: un breve sguardo d'insieme*, in *Riv.it.med.leg.*, 2012, pp. 953 ss.; ROIATI, *Il medico in posizione apicale tra culpa in vigilando e responsabilità di posizione*, in *Ind.pen.*, 2006, pp. 728 ss.; CORNACCHIA, *Responsabilità penale da attività sanitaria in equipe*, in *Riv.it.med.leg.*, 2013, pp. 1219 ss.; RISICATO, *L'attività medica di equipe tra affidamento ed obblighi di controllo reciproco. L'obbligo di vigilare come regola cautelare*, Giappichelli, Torino, 2013; VENEZIANI, *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale*, Cedam, Padova, 2009.

2 Si vedano, GIZZI, *Orientamenti*, pp. 753 ss.; VENEZIANI, *I delitti*, op. cit., pp.; GUIDI, *L'attività medica*, op. cit., pp. 209 ss.

particolare branca della medicina possono essere messe a frutto attraverso una proficua unione delle forze, dando vita ad un'interazione sinergica tra competenze specifiche di alto livello<sup>3</sup>.

Questa interazione sinergica costituisce, senza ombra di dubbio, un fattore di sicurezza per il paziente, dal momento che la divisione del lavoro può consentire al medico specializzato di concentrarsi quasi esclusivamente sull'espletamento dei compiti a lui assegnati e rientranti nel suo campo di specializzazione, ponendosi nelle condizioni di offrire al paziente, almeno sulla carta, una prestazione qualitativamente migliore rispetto al livello medio<sup>4</sup>.

Ma non può trascurarsi – e l'esperienza delle implicazioni penalistiche del diritto penale delle organizzazioni societarie complesse lo insegna – che, sotto altri aspetti, la parcellizzazione dei compiti e delle funzioni sanitarie tra vari professionisti può anche rappresentare un fattore di rischio per il paziente; un trattamento sanitario spaccettato su più fasi terapeutiche e su più professionisti può concludersi anche con un esito infausto causato proprio da difetti di coordinamento all'interno dell'*equipe*, che possono derivare da errori o mancanze di un membro del *team* non rilevate dai compartecipi, da errori di comunicazione o di comprensione tra i vari membri o dalla mancanza di una visione complessiva e unitaria<sup>5</sup>.

E tali fattori di rischio possono essere maggiormente incisivi, anche alla luce delle molteplici forme organizzative che può assumere un *team* medico-sanitario che prende in cura un determinato paziente.

In particolare, il diritto alla tutela della salute, unitamente al principio della libertà di organizzazione del lavoro, presuppone che la struttura di un'*equipe* non sia unica, standardizzata, tipica e cristallizzata ma, al contrario, che ogni *team* medico si possa liberamente strutturare come meglio crede, al fine di fornire il miglior trattamento sanitario al paziente.

---

3 In relazione a tale profilo, si rinvia anche alle osservazioni di DE FRANCESCO, *L'imputazione della responsabilità penale*, op. cit., pp. 953 ss., secondo il quale il trattamento medico opera in un contesto "*sempre più a carattere plurisoggettivo*" Prosegue poi l'Autorevole Autore, "*Dal consiglio del medico generico circa l'opportunità di un eventuale ricovero, alle analisi cliniche conseguenti, alle diagnosi dei relativi risultati, alla prescrizione di certi tipi di farmaco, alla decisione se intervenire chirurgicamente, alla sottoposizione ad anestesia, all'esecuzione di un intervento da parte di un'equipe medica, alla fase dei controlli post-operatori, alle cure ordinate al paziente una volta dimesso dall'ospedale, è tutto un cumularsi o susseguirsi di prestazioni varie e molteplici, per lo più sulla base di competenze professionali diversificate, e sia pure interagenti tra di loro*". Si vedano anche, GIZZI, *Orientamenti*, op. cit., pp. 753 ss.; ROIATI, *Il medico*, op. cit., p. 728; GUIDI, *L'attività medica*, op. cit., p. 210.

4 Si veda, VENEZIANI, *I delitti*, op. cit., pp. 204-205. Sugli aspetti sociologici in merito alla divisione e all'organizzazione del lavoro, si rinvia a DURKHEIM, *L'organizzazione del lavoro*, 1999.

5 Si veda nota precedente.

Volendo, per ragioni prettamente descrittive, raggruppare le diverse forme di *equipe* medica<sup>6</sup>, si può, seppur con grande approssimazione<sup>7</sup>, accogliere la macrodistinzione tra *equipe* in senso sincronico ed *equipe* in senso diacronico<sup>8</sup>. La cooperazione sincronica tra medici si realizza allorché una pluralità di medici agiscono, in un unico contesto spazio-temporale prestando i loro specifici apporti scientifico-professionali per la cura di un paziente, mentre il trattamento diacronico plurisoggettivo prevede la cura di un paziente prescindendo dall'unità di contesto spazio-temporale e procede così per fasi successive, attraverso le quali i sanitari, anche membri di strutture ospedaliere diverse tra di loro, compiono atti medici successivi in un contesto spaziale e cronologico non unitario che può così coinvolgere sia membri di distinti reparti di un unico complesso ospedaliero o addirittura esponenti di due o più distinte strutture ospedaliere.

A tutto concedere, ogni forma di cooperazione si contraddistingue per la spersonalizzazione e parcellizzazione del trattamento medico a favore di un lavoro multifasico e pluripersonale, rendendo estremamente delicata l'individuazione dei profili di responsabilità penale in capo ai singoli medici che hanno contribuito al trattamento rivelatosi poi infausto.

---

6 Si rinvia a DI LANDRO, *Vecchie e nuove*, op. cit., pp. 235 ss.; MASSARO, *Principio di affidamento e "obbligo di vigilanza" sull'operato altrui: riflessioni in materia di attività medico-chirurgica in equipe*, in *Cass.pen.*, 2011, f. 11, pp. 3857; VALLINI, *Cooperazione e concause in ipotesi di trattamento sanitario "diacronicamente plurisoggettivo"*, in *Dir.pen.proc.*, 2001, pp. 469 ss.; ID., *La severa regola iuris formulata dalla Cassazione a proposito di un caso di corresponsabilità colposa tra assistente ospedaliero*, in *Dir.pen.proc.*, 2000, pp. 1629 ss.; NORDIO, *Stretta pericolosa sull'equipe medica*, in *D&G*, 2006, f. 43, pp. 74 ss.; PIRAS-LUBINU, *L'attività medica plurisoggettiva fra affidamento e controllo reciproco*, in CANESTRARI (a cura di), *Medicina e diritto penale*, 2009, pp. 301 ss.; GIZZI, *Orientamenti*, op. cit., pp. 754 ss.; EAD., *L'attività medica*, op. cit., pp. 31 ss.; CORNACCHIA, *Responsabilità penale*, op. cit.; VENEZIANI, *I delitti*, op. cit.; RISICATO, *L'attività medica di equipe*, op. cit.; GUIDI, *L'attività medica*, op. cit., pp. 215 ss.

7 Per approfondimenti, fr. MASSARO, *Principio di affidamento*, op. cit., pp. 3857 ss.; DI LANDRO, *Vecchie e nuove linee*, op. cit., pp. 228-229, che sembra invece delimitare la nozione di *equipe* medica "solo alle attività che comportano una contestuale prestazione diagnostica e terapeutica, svolto da un gruppo di sanitari aventi compiti differenziati"; FIORI, *Medicina legale della responsabilità medica*, Milano, 1999, p. 523; PARODI-NIZZA, *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*, Torino, 1996, p. 139.

8 Si vedano, GIZZI, *Orientamenti*, op. cit., pp. 753 ss.; EAD., *La responsabilità medica*, op. cit., pp. 31 ss. Sui rapporti di gerarchia in ambito ospedaliero, si rinvia a ROIATI, *Il medico in posizione apicale*, op. cit., pp. 728 ss.; IADECOLA, *La responsabilità medica nell'attività in equipe alla luce della rinnovata disciplina della dirigenza sanitaria ospedaliera*, in *Cass.pen.*, 2007, pp. 151 ss.; VENEZIANI, *I delitti*, op. cit. pp. 193 ss.; GUIDI, *L'attività medica*, op. cit., pp. 215 ss. e 240 ss.; PIRAS-LUBINU, *L'attività medica*, op. cit., pp. 301-302 e pp. 313 ss.; VALLINI, *Cooperazione e concause*, op. cit., pp. 477 ss.; CORNACCHIA, *Responsabilità penale*, op. cit., pp. 1219 ss.

Non può certo trovare accoglimento una soluzione atomistica dell'atto medico, che parametri la responsabilità penale di un componente dell'*equipe* sul solo atto da lui compiuto; è infatti scontato che tale orientamento di fatto deresponsabilizza il medico da una visione d'insieme dell'intero trattamento, finendo, in definitiva, per compromettere l'indispensabile rapporto di fiducia tra paziente e medico oltre che il buon esito delle cure<sup>9</sup>.

Né può trovare favore una concezione paternalistica e moralistica dell'atto medico che si focalizzi interamente sul soggetto bisognoso di cure e sul disvalore dell'evento eventualmente cagionato, punendo non tanto l'evento lesivo cagionato ma l'atteggiamento di generale disinteresse dei componenti dell'*equipe* medica; una tale ricostruzione infatti trascura i profili di responsabilità penale personale gravanti (se del caso) in capo ad ogni membro dell'*equipe* e, in definitiva, crea inammissibili responsabilità penali di gruppo, o per fatto altrui o di posizione, tutte, come noto, in netto contrasto con il principio costituzionale della personalità della responsabilità penale sancito dall'art. 27 Cost<sup>10</sup>.

In realtà, l'approccio più adeguato per ricostruire i profili di responsabilità penale in capo ad ogni membro di un *team* richiede una riflessione in merito ai doveri gravanti su ogni componente.

Ogni medico è titolare di una posizione di garanzia (o di protezione) *ex art.* 40, comma 2 c.p., nei confronti del paziente, in forza della quale su di lui grava il dovere di evitare qualsiasi evento lesivo della salute del paziente.

D'altro canto, tale posizione di garanzia nei confronti del paziente non può certamente espandersi sino a gravare il professionista sanitario dell'obbligo di controllo (o di sorveglianza) sulla prestazione degli altri professionisti o, più in generale, del dovere di impedire gli illeciti altrui, a meno di configurare un'ipotesi di responsabilità penale per fatto altrui o di configurare ogni sanitario come una fonte di rischio.

Al contrario, i rapporti relazionali tra i vari professionisti appartenenti a un *team* medico devono essere risolti alla stregua delle regole sul concorso di persone o, nello specifico, sulla base delle norme che regolano la c.d. cooperazione colposa (art. 113 c.p.), anziché sulla scorta del metro causale - ossia sul rapporto causale tra condotta ed evento - disciplinato dagli artt. 40 e 41 c.p.<sup>11</sup>.

Infatti, tutte le condotte poste in essere in successione cronologica dai singoli professionisti non si legano meccanicisticamente tra di loro, ma sono piuttosto il frutto di libere scelte dei medici senza che tra due o più condotte, eventualmente inosservanti di buone prassi o di regole cautelari, possa essere riscontrato un legame causale regolare e provato in base a leggi scientifiche.

<sup>9</sup> Si veda, ROIATI, *Il medico in posizione apicale*, *op. cit.*, pp. 727-729.

<sup>10</sup> Sul punto, ROIATI, *Il medico in posizione apicale*, *op. cit.*, pp. 727-729. Si vedano, altresì, CORNACCHIA, *Responsabilità penale*, *op. cit.*, pp. 1219 ss.; GUIDI, *L'attività medica*, *op. cit.*, p. 212.

<sup>11</sup> In tal senso, DE FRANCESCO, *L'imputazione della responsabilità penale*, *op. cit.*, pp. 953 ss.

Quanto detto, tuttavia, non è affatto sufficiente ad affermare la responsabilità penale dei singoli componenti di un *team* medico. La responsabilità penale di un medico coinvolto in un trattamento medico plurisoggettivo rivelatosi infausto ai danni del paziente può infatti essere affermata solamente a condizione che a ogni medico possa essere mosso un rimprovero colposo in relazione all'evento colposo verificatosi *ex post*, anche alla luce degli aspetti relazionali dettati dalla cooperazione con altri professionisti.

Rimprovero colposo che l'ordinanza del GIP di Vercelli ha escluso nei confronti dei quattro medici indagati nella vicenda che qui ci occupa.

### **3. (segue). I principi innovativi sanciti dall'ordinanza.**

La decisione qui in commento prende spunto dall'esame del testo della *Raccomandazione n. 2, Marzo 2008 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, laddove questa recita che “*il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal persona infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento*”.

A detta del Giudice, tale raccomandazione avrebbe il chiaro obiettivo di “*strutturare una logica ed efficace ripartizione delle responsabilità immanenti alle varie fasi dell'intervento chirurgico secondo un criterio di competenza che valorizzi le diverse professionalità dei componenti dell'equipe: il chirurgo da un lato, il personale infermieristico dall'altro*” (p. 8), delineando così un sistema di ripartizione della responsabilità dei membri dell'*equipe* medica fondato su una logica individualizzante ove vengono valorizzate le diverse professionalità e competenze di ogni membro che partecipa alle singole fasi dell'intervento.

Efficaci e puntuali le parole dell'ordinanza, fondate sull'impostazione di coordinamento che scaturisce dal tenore della raccomandazione sopra indicata: “*E infatti mette conto osservare come l'evoluzione giurisprudenziale, in tema di responsabilità dell'equipe medica, si sia recentemente aperta a criteri ricognitivi della responsabilità penale del componente dell'equipe non ispirati a logiche assolutizzanti e aprioristiche, bensì a una logica-guida di tipo obiettivo e individualizzante, e volta alla ricostruzione, per così dire case by case, del ruolo di ogni singolo operatore e dell'ambito di estensione della sua propria “posizione di garanzia” sugli altri componenti dell'equipe, a seconda del tipo di intervento e di evento lesivo verificatosi; nonché delle competenze professionali di ciascun membro e di ogni altra circostanza che abbia assunto un ruolo determinante nella serie casuale esitata nell'evento lesivo*” (cfr. p. 8).

Applicando così i criteri di suddivisione della responsabilità penale da *equipe*, il GIP sostiene che la raccomandazione dispone puntualmente che “*i responsabili della conta degli strumenti sono il ferrista e gli infermieri addetti, con una sorveglianza del chirurgo: sorveglianza, però, limitata alla circostanza che la*

*conta (rectius: le conte: da eseguirsi all'inizio dell'intervento, durante il suo svolgimento ogni qual volta si passa da una cavità all'altra, e in conclusione) siano effettivamente eseguite e sottoscritte” (cfr. p. 10), mentre il chirurgo, nella sostanza, “deve controllare che, in ciascuna fase dell'intervento, i professionisti addetti eseguano la conta, senza che l'obbligo di controllo si estenda all'esattezza e alla conformità della stessa, e quindi senza responsabilità di errori di conteggio e di trascrizione commessi dal personale deputato” (cfr. p. 11).*

Ecco quindi delineato il perimetro entro il quale si muove la ricostruzione della responsabilità di ogni singolo operatore che prende parte al trattamento sanitario.

La responsabilità di tutti i soggetti che partecipano al trattamento non deve mai essere ricostruita secondo una logica di gruppo, ove ogni membro è gravato dell'obbligo di controllo sull'operato altrui; tale concezione aprioristica e incostituzionale deve essere superata a favore di una diversa impostazione ermeneutica ove l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento *hic et nunc* verificatosi deve essere compiuto con riguardo al ruolo, alle competenze e alla condotte di ciascun membro del *team*, in un'ottica di tipo personalistico ove vengano valorizzate le diverse professionalità dei singoli componenti.

Ogni impostazione diversa, sostiene infatti il GIP, annullerebbe immediatamente i benefici per la tutela della salute dettati dalla necessaria plurisoggettività del trattamento medico: *“del resto, affermare il contrario altro non significherebbe che onerare il chirurgo di un autonomo obbligo di effettuare egli stesso, nel corso dell'intervento, le conte degli strumenti: giacché egli non avrebbe altro modo di controllare l'esattezza del conteggio effettuato dal personale infermieristico se non provvedere egli stesso allo stesso conteggio, il che comporterebbe la distrazione del chirurgo durante l'esecuzione dell'intervento: ed è proprio questo che l'Autorità amministrativa sanitaria apicale, il Ministero appunto, ha inteso evitare, approvando linee guida che esonerano il chirurgo da questi compiti perché egli si concentri unicamente sul suo compito, che è l'esecuzione dell'intervento” (cfr. p. 11).*

Nonostante non vi sia un'espressa menzione, è evidente che la soluzione adottata dal GIP di Vercelli si fonda sull'applicazione del c.d. principio di affidamento<sup>12</sup>,

---

12 La letteratura è sterminata. Si vedano, sul principio di affidamento nell'elaborazione della dottrina penalistica italiana, si vedano, senza pretese di esaustività, FORTI, *Colpa ed evento nel diritto penale*, Giuffrè, Milano, 1990; M. MANTOVANI, *Il principio di affidamento nella teoria del reato colposo*, Giuffrè, Milano, 1997; ID., *Sui limiti del principio di affidamento*, in *Ind.pen.*, 1999, pp. 1195 ss.; ID., *Il caso Senna fra contestazione della colpa e principio di affidamento*, in *Riv.trim.dir.pen.econ.*, 1999, pp. 153 ss.; ID., *Alcune puntualizzazioni sul principio di affidamento*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 1996, pp. 1057 ss.; MARINUCCI, *La colpa per inosservanza di leggi*, Giuffrè, Milano, 1965; F.MANTOVANI, *Il principio di affidamento nel diritto penale*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 2009, pp. 536 ss.; BISACCI, *Il principio di affidamento quale formula sintetica del giudizio negativo in ordine alla prevedibilità*, in *Ind.pen.*, 2009, pp. 195 ss. Nella manualistica, si vedano, CANESTRARI-CORNACCHIA-DE SIMONE, *Manuale di*

secondo il quale ogni soggetto che prenda parte ad un'attività plurisoggettiva deve poter confidare nel fatto che gli altri soggetti chiamati ad esercitare la medesima attività si attengano e rispettino le regole che spetta loro osservare in ragione delle funzioni loro affidate e di volta in volta espletate.

Tale principio, come evidente, appare pienamente conforme con l'esigenza di incrementare la tutela della salute del paziente coinvolto e con lo spirito della divisione del lavoro su cui trova fondamento la trasformazione del trattamento medico da mero atto unipersonale a sequela plurisoggettiva: infatti, l'esistenza di obblighi di diligenza personali e spersonalizzati, in capo ai singoli membri che prestano il loro apporto professionale in un'equipe medica, ingenera necessariamente un'aspettativa sui compartecipi tale da sgravare questi ultimi dalla preoccupazione di controllare costantemente l'operato delle persone con cui esse interagiscono nell'esercizio congiunto di attività potenzialmente rischiose e consente così ad ogni sanitario di dedicarsi pienamente e liberamente all'esercizio delle mansioni assegnate senza l'assillo di dover continuamente controllare la correttezza e la pertinenza dell'operato altrui.

D'altro canto, sono evidenti anche i limiti a cui può andare incontro un'interpretazione rigorosa ed assoluta di tale principio: infatti, ove si aderisse a una concezione assoluta, senza alcun limite di applicazione, tale principio avrebbe l'irrazionale conseguenza di circoscrivere l'attenzione del professionista esclusivamente sull'atto specialistico a lui affidato senza badare a una visione di insieme dell'intero trattamento nel cui ambito la prestazione si inserisce.

Senonché, un tale approccio finisce evidentemente per elidere istantaneamente gli evidenti benefici derivanti dalla divisione del lavoro dal momento che, per i motivi sopra citati, un medico che si disinteressa completamente dell'operato altrui con ogni probabilità può dar origine a difetti di coordinamento e informazione con gli altri professionisti finendo così per provocare errori o incomprensioni in grado di nuocere alla buona riuscita del trattamento.

Per ovviare a possibili incomprensioni applicative – alimentate anche dalla mancata codificazione del principio la cui origine, come noto, ha natura interpretativa – attenta dottrina, in ossequio al principio di solidarietà di cui all'art. 2 Cost. ha deciso di aderire alla tesi del c.d. affidamento relativo<sup>13</sup>, elaborando

---

*diritto penale. Parte generale*, Il Mulino, Bologna, 2007, pp. 435 ss.; PULITANO', *Diritto penale*, Giappichelli, Torino, 2005, pp. 400 ss.; MARINUCCI-DOLCINI, *Manuale di diritto penale*, Giuffrè, Milano, 2004, pp. 206-207; M.ROMANO, *Commentario sistematico del codice penale, Tomo I, Artt. 1-84*, Giuffrè, Milano, 2004, pp. 462-463; FIANDACA-MUSCO, *Diritto penale*, Zanichelli, Bologna, 2007, pp. 548-551.

<sup>13</sup> In relazione a tale profilo, si vedano, CANTAGALLI, *Brevi cenni, op. cit.*, pp. 2838 ss.; GIZZI, *La responsabilità medica, op. cit.*, pp. 31 ss.; GUIDI, *L'attività medica, op. cit.*, pp. 235 ss.; PIRAS-LUBINU, *L'attività medica, op. cit.*, pp. 304 ss.; CORNACCHIA, *Responsabilità penale, op. cit.*, pp. 1219 ss. Sottolinea l'importanza di un corretto e determinato rapporto tra principio di affidamento e i suoi limiti, ROIATI, *Il medico in posizione apicale, op. cit.*, pp. 736-737.

alcuni limiti al principio di affidamento in presenza dei quali i membri di un equipe medica assumono un dovere di controllo sull'operato altrui.

A tal proposito, tale dottrina ha inquadrato come straordinari o eccezionali gli eventi in grado di affievolire la portata del principio di affidamento; segnatamente, tralasciando i rapporti di gerarchia in ambito ospedaliero non affrontati nella sentenza qui in esame, ciò accade quando un professionista commetta una condotta colposa, percepibile come tale da altri medici o sanitari oppure nel caso in cui un medico percepisca circostanze che lascino supporre come verosimile l'allontanarsi di uno dei garanti dallo standard di diligenza nei suoi confronti esigibile.

Senonché, alla prova dei fatti, il principio di affidamento ha avuto una portata applicativa decisamente affievolita, se non addirittura radicalmente inesistente.

L'interpretazione giurisprudenziale ad oggi maggioritaria – richiamata peraltro in sede di motivazioni – ricostruisce la struttura della colpa medica nelle attività di equipe in una (pur attenuata) dimensione di gruppo, ove ogni membro ha il compito di farsi carico – oltre che dell'effettivo svolgimento delle sue mansioni – dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento, facendo così in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

In altri termini, ogni sanitario, anche non specialista, operante in un contesto di trattamento medico plurisoggettivo non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività svolta, anche non contestualmente, dagli altri operatori del team, sia pure specialisti, se del caso ponendo rimedio a errori evidenti in base alle comuni conoscenze scientifiche che il professionista non specialista ha o dovrebbe avere<sup>14</sup>.

La valorizzazione dell'ambito degli obblighi di controllo sull'operato altrui, tuttavia, se *prima facie*, denota una (pur comprensibile) apprensione per la corretta esecuzione complessiva del trattamento medico a tutela della salute del paziente, a un esame più approfondito rivela evidenti lacune<sup>15</sup>, le quali, lungi dal fornire

---

14 *Ex multis*, Cass. Pen., Sez. IV, 11 ottobre 2007, imp. Raso, in *iusexplorer.it*; Cass. Pen., Sez. IV, 2 marzo 2004, imp. Sarteanesi, in *iusexplorer.it*; Cass. Pen., Sez. IV, 1 ottobre 1999, in *Dir.pen.proc.*, 2001, pp. 469 ss., con nota di VALLINI, *Cooperazione e concause*, op. cit. e in *Nuovo dir.*, 2000, pp. 605 ss., con nota di CIAURI, *Colpa professionale di equipe medica in fattispecie di trapianto di organi*; Cass. Pen., Sez. IV, 12 luglio 2006, n. 33619, in *D&G*, f. 43, pp. 76 ss., con nota critica di NORDIO, *Stretta pericolosa*, op. cit.; Cass. Pen., Sez. IV, 24 gennaio 2005, n. 18548, imp. Miranda, in *iusexplorer.it*; Pret. Vibo Valentia, Sez. Tropea, 15 marzo 1999, imp. Garruzzo e altri, in *Cass.Pen.*, 1999, n. 3264. In dottrina, BRUSCO, *Il rapporto di causalità*, Giuffrè, Milano, 2012, pp. 237-238. Per approfondimenti sulle nozioni di errore evidente e non settoriale, si rinvia agli importanti studi di CANTAGALLI, *Brevi cenni*, op. cit., pp. 2838 ss.; GIZZI, *L'attività medica*, op. cit., pp. 31 ss.; MATTHEUDAKIS, *Successione di garanti e principio di affidamento nella responsabilità medica*, in *Cass.pen.*, 2010, pp. 1478 ss.

15 Si vedano, RISICATO, *L'attività medica di equipe*, op. cit.; CORNACCHIA, *Responsabilità penale*, op. cit., pp. 1218 ss.; DE FRANCESCO, *L'imputazione della responsabilità penale*, op. cit., pp. 953 ss.; PIRAS-LUBINU, *L'attività medica*, op. cit., pp.

ulteriori cautele alla salute del paziente, rischiano, a ben vedere, di allungare inutilmente i tempi dell'intervento (se non addirittura di compromettere) il buon esito della prestazione plurisoggettiva, mediante la creazione di interferenze e sovrapposizioni tra le competenze e le professionalità dei professionisti sanitari coinvolti, con un evidente quanto inutile aggravio anche delle spese mediche.

Infatti, già di primo acchito, non può non notarsi che nessuna delle sentenze appartenenti a tale filone faccia espressa menzione del principio di affidamento – anche la sentenza che qui si commenta non lo nomina peraltro – quasi a voler denotare una sorta di resistenza all'ingresso di tale principio nell'ordinamento vivente a favore del principio esattamente opposto, il principio della sfiducia verso i colleghi professionisti.

In altri termini, il principio dell'affidamento relativo viene interpretato in senso estremamente restrittivo dalla giurisprudenza di legittimità prevalente, la quale finisce sostanzialmente per qualificarlo come principio della sostanziale sfiducia<sup>16</sup>.

Infatti, lungi dal permettere a ogni operatore di confidare sulla bontà del lavoro dei colleghi, tale filone impone un obbligo di controllo in capo ai sanitari operanti in un contesto di *équipe* che viene così ad assumere le proporzioni di un sindacato capillare e costante sulla correttezza dell'altrui operato con il verosimile fine di incrementare le cautele per la salute del paziente sottoposto al trattamento medico.

Senonché, una soluzione di tale portata non solo ottiene risultati radicalmente opposti rispetto alla recente evoluzione dell'atto medico-sanitario ma, e si tratta dell'aspetto più grave, finisce per introdurre una fattispecie di responsabilità oggettiva, al fuori dell'ambito dell'art. 42 c.p. e in palese contrasto con l'art. 27, comma 1 Cost.

Infatti, l'imposizione in capo a ogni singolo membro dell'*équipe* di un obbligo di controllo capillare e analitico sull'operato altrui non consente affatto di raggiungere un superiore livello di sicurezza circa il buon esito del trattamento dal momento che ogni medico – dovendo controllare costantemente le prestazioni dei suoi colleghi – da un lato dilata a dismisura i tempi di intervento sul paziente con inevitabili gravi disfunzionalità nelle terapie contrassegnate da urgenza o pericolo di morte, mentre, sotto altro profilo, un controllo capillare sulla correttezza e pertinenze delle prestazioni poste in essere da altri medici può, da un altro, creare disfunzioni, incomprensioni e disallineamenti tra gli operatori coinvolti e, sotto altro aspetto, impedisce al medico controllante di porre in essere la migliore diligenza possibile nell'espletamento della sua prestazione a lui assegnata<sup>17</sup>.

---

309 ss.; GUIDI, *L'attività medica, op. cit.*, p. 236. Sul punto, si veda anche ROIATI, *Il medico in posizione apicale, op. cit.*, pp. 736 ss., il quale sottolinea il rischio che il principio di affidamento, se non delineato correttamente, si riduca a una mera "formula magica".

<sup>16</sup> Così, si rinvia a PIRAS-LUBINU, *L'attività medica, op. cit.*, p. 312.

<sup>17</sup> In relazione a tale profilo, si riportano le parole di Stratenwerth: "Un medico che si curi di tutto, in tutti i particolari, non si esporrà forse al rimprovero di essere stato poco diligente; certo però che ben difficilmente avrà potuto concentrarsi specificamente sulla

Tuttavia, seguendo tale *iter* logico-argomentativo, la giurisprudenza impone in capo ai professionisti di un *equipe* un obbligo di capillare e costante controllo reciproco sull'operato altrui che si rivela non solo illegittimo ma, anche e soprattutto, inesigibile e che introduce di fatto una responsabilità indivisa, a rischio totale per il solo fatto di aver fatto parte dell'*equipe* medica da cui è scaturito l'evento infausto.

L'ordinanza che si commenta si prefigge proprio lo scopo di evitare tali distorsioni, puntualizzando che *“il chirurgo deve controllare che [...] i professionisti addetti eseguano la conta, senza che l'obbligo di controllo si estenda all'esattezza e alla conformità della stessa [...] del resto, affermare il contrario altro non significherebbe che onerare il chirurgo di un autonomo obbligo di effettuare egli stesso, nel corso dell'intervento, le conte degli strumenti: giacché egli non avrebbe altro modo di controllare l'esattezza del conteggio effettuato dal personale infermieristico se non provvedere egli stesso allo stesso conteggio, il che comporterebbe la distrazione del chirurgo durante l'esecuzione dell'intervento: ed è proprio questo che l'Autorità amministrativa sanitaria apicale, il Ministero appunto, ha inteso evitare, approvando linee guida che esonerano il chirurgo da questi compiti perché egli si concentri unicamente sul suo compito, che è l'esecuzione dell'intervento”* (cfr. p. 11).

Piena fiducia, quindi, ad ogni componente del team medico-sanitario e progressiva elisione dell'obbligo di controllo analitico e capillare sull'operato altrui.

E ciò, anche al fine di evitare che la sussistenza di un penetrante obbligo di controllo sull'operato altrui costringa – sotto la scure di una possibile responsabilità penale in caso di omesso trattamento medico – ogni componente a ripetere, anche in via meramente prudenziale, esami o trattamenti medici già svolti in precedenza dai colleghi del *team*, con l'inevitabile conseguenza di incentivare il deprecabile fenomeno della medicina difensiva, la quale, oltre a gravare la spesa pubblica, costringerebbe il paziente a subire trattamenti medici inutili, se non addirittura perniciosi per la sua salute.

#### **4. Nuove prospettive. La Legge Balduzzi quale metro di giudizio per la valutazione della responsabilità medica in *equipe* e la progressiva assimilazione della responsabilità colposa da *medical malpractice* al modello della colpa da organizzazione di impresa.**

Delineato tale scenario, la soluzione adottata dal GIP di Vercelli sembrerebbe – almeno secondo uno sguardo superficiale – aprire il varco a una valutazione dell'elemento colposo fondata prettamente su una dimensione atomistica e parcellizzata (già oggetto di critica, **cfr. par. 2**) dove ogni fase dell'intervento medico potrebbe prescindere da una valutazione di insieme, nell'ottica complessiva ed unica della tutela della salute del paziente.

---

*sua opera e potrà essere considerato un buon medico”*. Il passo viene riportato in ROIATI, *Il medico in posizione apicale, op. cit.*, p. 741.

In altri termini, l'assenza di qualsivoglia tipo di controllo o sorveglianza sugli altri membri dell'equipe avrebbe il perverso effetto di favorire i difetti di comunicazione, svalutando così la dimensione professionale ed organizzativa che contraddistingue ogni trattamento sanitario di tipo plurisoggettivo.

L'ordinanza, tuttavia, è ben consapevole di tale fattore di rischio e individua così una deroga di carattere normativo per ponderare l'applicazione del principio di affidamento, in vista della migliore tutela da garantire al paziente.

Nello specifico, la tesi delle conoscenze comuni ad ogni professionista sanitario quale limite al principio dell'affidamento – che, come si è descritto, aveva di fatto introdotto il principio della sfiducia verso l'operato del collega e un costante dovere di controllo sull'operato altrui – viene scartata alla luce delle recenti innovazioni normative introdotte dall'art. 3 della Legge n. 189/2012 (c.d. Legge Balduzzi)<sup>18</sup>.

---

18 Per approfondimenti sulla c.d. Riforma Balduzzi, si vedano, senza pretese di esaustività, in dottrina, si vedano, BRUSCO, *Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dal cd. Decreto Balduzzi*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 2014; CALETTI, *La colpa professionale del medico a due anni dalla legge Balduzzi*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 2014; CIVELLO, *Responsabilità medica e rispetto delle "linee guida" tra colpa grave e colpa lieve (la nuova disposizione del decreto sanità)*, in *Arch.pen.*, 2013, p. 1 ss.; DI GIOVINE, *In difesa del cd. Decreto Balduzzi (ovvero: perché non è possibile ragionare di medicina come se fosse diritto e di diritto come se fosse matematica)*, in *Arch.pen.*, 2014, p. 1 ss.; GIUNTA, *Protocolli medici e colpa penale secondo il "Decreto Balduzzi"*, in *questa rivista*, 2013, pp. 822 ss.; DI LANDRO, *Le novità normative in tema di colpa penale (l. 189/2012, cd. Balduzzi). Le indicazioni del diritto comparato*, in *questa rivista*, 2013, pp. 833 ss.; FIORI-MARCHETTI, *L'articolo 3 della legge Balduzzi n. 189/2012 ed i vecchi e i nuovi problemi della medicina legale*, in *questa rivista*, 2013, pp. 564 ss.; PAVICH, *Linee guida e buone pratiche come criterio per la rimodulazione della colpa medica: rilievi all'art. 3 legge n. 189 del 2012*, in *Cass.pen.*, 2013, pp. 902 ss.; PIRAS, *In culpa sine culpa*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it); POLI, *Legge Balduzzi tra problemi aperti e possibili soluzioni interpretative: alcune considerazioni*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 2013; RISICATO, *La Cassazione identifica un'ipotesi di colpa "non lieve" del medico: è vera imperizia?*, in *Dir.pen.proc.*, 2014, pp. 426 ss.; EAD., *Le linee guida e i nuovi confini della responsabilità medico-chirurgica: un problema irrisolto*, in *Dir.proc.pen.*, 2013, pp. 191 ss.; ROIATI, *Prime aperture interpretative a fronte della supposta limitazione della Balduzzi al solo profilo dell'imperizia*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 2015; ID., *Linee guida, buone pratiche e colpa grave: vera riforma o mero placebo?*, in *Dir.pen.proc.*, 2013, pp. 218 ss.; VALBONESI, *Linee guida e protocolli per una nuova tipicità dell'illecito colposo*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 2013, pp. 276 ss.; MANNA, *Causalità e colpa in ambito medico fra diritto scritto e diritto vivente*, in *Riv.it.dir.proc.pen.*, 2014, pp. 1176 ss.; S.GROSSO, *Grado della colpa e linee guida: una ventata d'aria fresca nella valutazione della colpa medica*, in *Cass.pen.*, 2014, pp. 1670 ss.; VALLINI, *L'art. 3 del "Decreto Balduzzi" tra retaggi dottrinali, esigenze concrete, approssimazioni testuali, dubbi di costituzionalità*, in *questa rivista*, 2013, pp. 735 ss.; ID., *L'art. 3, 1 comma, della legge Balduzzi: reazioni, applicazioni, interpretazioni*, in *Giur.it.*, 2014, pp. 2057 ss.

Tale novità normativa - denominata da acuta dottrina “un 43-*bis* c.p.”<sup>19</sup> - esclude, come noto, la rilevanza della colpa lieve in capo a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose accreditate dalla comunità scientifica; come chiarito da Autorevole dottrina, il discostarsi dalle linee guida costituisce il “*presupposto essenziale per l’applicazione della legge Balduzzi. E nella quale legge la colpa è proprio quella dell’essersi attenuti a linee guida quando, per la particolarità del quadro, non ci si doveva attenere*”<sup>20</sup>.

Pertanto, in applicazione di tale novità normativa, il Giudice per le Indagini Preliminari esclude ogni responsabilità del chirurgo, il quale “*nel limitarsi al controllo formale sul conteggio, si è attenuto alle citate linee guida emanate dalla fonte amministrativa apicale nel settore sanitario, quella ministeriale appunto [...]. Nè si ritiene che esistesse una ragione macroscopica, per il chirurgo, di discostarsi dalle linee guida ed eseguire personalmente il conteggio; atteso che, come si è detto, le schede non presentavano anomalie né risulta essersi verificato, nel corso dell’intervento, alcun intervento anomalo tale da far dubitare che il personale infermieristico deputato stesse regolarmente tenendo il conto degli elementi utilizzati*” (cfr. p. 12).

In definitiva, è “*innegabile che il chirurgo, nel limitarsi al controllo formale – e non sostanziale – sul conteggio dei corpi estranei, si è attenuto alle linee guida e che, non risultando alcuna ragione macroscopica per discostarsene, egli non è incorso in colpa grave né in forme di negligenza o imprudenza*” (cfr. p. 12).

Orbene, il riconoscimento di un dovere di controllo formale in capo al chirurgo a scapito di un controllo sostanziale e capillare sull’operato altrui avvicina, evidentemente, la struttura della responsabilità colposa medica alla dimensione della c.d. colpa per organizzazione che sembra attualmente far breccia in numerosi settori del diritto penale dell’impresa, quali la sicurezza e l’igiene in ambito penal-lavoristico o la responsabilità amministrativa degli enti ex D.Lgs. 231/2001.

Del resto, sembrano diverse le affinità tra l’obbligo di controllo solo formale – e non sostanziale – gravante in capo al chirurgo e l’obbligo di c.d. alta vigilanza<sup>21</sup> gravante, in tema di infortuni sul lavoro, in capo al “*Datore di Lavoro*” delegante, il quale, mediante l’istituto della delega di funzioni, trasferisce al delegato una quota di prerogative spettanti originariamente al delegante e in merito alle quali

19 Il riferimento è al pregevole contributo di PIRAS, *In culpa sine culpa*, op. cit.

20 Testualmente, PIRAS, *Culpa levis sine imperitia non excusat: il principio di ritrae e giunge la prima assoluzione di legittimità per la legge Balduzzi. Nota a Corte di Cassazione, sez. IV, 19 gennaio 2015 (dep. 6 marzo 2015), n. 9923*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 2015, p. 7.

21 In tal senso, Cass. Pen., Sez. IV, 1 febbraio 2012, n.10702, in Guida dir., 2012, f. 17, p. 43 con nota di TATARELLI, secondo cui “*In materia di infortuni sul lavoro, gli obblighi di prevenzione, assicurazione e sorveglianza gravanti sul datore di lavoro possono essere delegati, con conseguente subentro del delegato nella posizione di garanzia che fa capo al datore di lavoro. Permane nondimeno l’obbligo di vigilanza del datore di lavoro, il quale, però, riguarda il corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite e non impone il controllo, momento per momento, delle modalità di svolgimento delle lavorazioni*”.

conserva un dovere di sorveglianza *“il quale, però, riguarda il corretto espletamento da parte del delegato delle funzioni trasferite e non impone il controllo, momento per momento, delle modalità di svolgimento delle lavorazioni”*<sup>22</sup>.

Pur rispettando le ontologiche differenze tra la figura, i compiti, i poteri e le responsabilità del *“Datore di Lavoro”* delegante rispetto al componente di un'*equipe* medica, infatti, non può certo trascurarsi che entrambe le figure mantengono, l'una nei confronti del delegato, l'altra nei confronti dei colleghi, un generico e formale obbligo di sorveglianza sull'altrui operato che mai può spingersi fino a ritenere la sussistenza di un obbligo di sorveglianza in ordine a ciascuna minuta condotta di ogni lavoratore e/o collega.

Tale soluzione, qui adottata e assolutamente condivisa, era già stata proposta in un precedente contributo ove alcuni Autori suggerivano all'interprete e all'operatore del diritto di ricostruire la responsabilità di ogni singolo membro di un' *equipe* medica anche alla luce delle innovazioni introdotte dalla Legge Balduzzi, i cui *“i riferimenti alle buone pratiche e, in particolare alle c.d. checklist, potrebbero suggerire una necessaria implementazione del processo di normativizzazione della colpa mediante l'adozione di procedure standardizzate che consentano ai singoli operatori di un'equipe medica di riconoscere più agevolmente segnali di allarme o potenziali pericoli che possano inficiare il buon esito del trattamento e, al contempo, di implementare la comunicazione tra i professionisti coinvolti”*<sup>23</sup>.

Infatti, *“l'adozione di procedure standard consente appunto di cogliere con maggiore evidenza e rapidità eventuali criticità che possono intercorrere tra vari professionisti all'interno di un trattamento medico plurisoggettivo con evidenti benefici, almeno potenziali, sia per il paziente che per gli operatori. Il paziente, infatti, potrebbe beneficiare di un trattamento maggiormente qualificato, in piena conformità con il diritto alla tutela della salute di cui all'art. 32 Cost., mentre, sotto il profilo della responsabilità penale degli operatori coinvolti, si potrebbe ridisegnare la responsabilità da medical malpractice in conformità con il principio costituzionale della personalità della responsabilità penale, evitando così deprecabili responsabilità di posizione, da fatto altrui o, addirittura, di gruppo”*<sup>24</sup>. D'altro canto, l'adozione delle linee guida – quale parametro di definizione delle singole responsabilità colpose – implica necessariamente soluzioni interpretative *case by case*, paramtrate al caso concreto sottoposto all'attenzione dell'organo giudicante.

Il riferimento al principio del *case by case* è insito proprio nella struttura della Riforma Balduzzi, la quale, utilizzando le parole di Autorevole dottrina, presuppone che l'esercente una professione sanitaria si discosti dal rispetto delle

---

<sup>22</sup> Testualmente, GUP Aosta, 4 luglio 2012, inedita.

<sup>23</sup> Ci si scusa per l'ineleganza della citazione. Si vedano, M.MIGLIO-F.FERRI, *Trattamento medico plurisoggettivo diacronico e profili di relazionalità dell'elemento colposo*, in *Riv.Pen.*, 2015, f. 5, pp. 480-487.

<sup>24</sup> Si veda la nota precedente.

c.d. *guidelines*. Infatti, il discostamento dalle linee guida costituisce, come detto, il “presupposto essenziale per l'applicazione della legge Balduzzi. E nella quale legge la colpa è proprio quella dell'essersi attenuti a linee guida quando, per la particolarità del quadro, non ci si doveva attenere”<sup>25</sup>.

Non solo; la sua portata dovrà continuamente coinvolgere anche la fase della redazione e dell'aggiornamento delle *check lines*, delle linee guida e delle raccomandazioni in ambito medico-sanitario, così da garantire la necessaria implementazione del processo di normativizzazione della colpa mediante l'adozione di procedure standardizzate che consentano ai singoli operatori di un'equipe medica di riconoscere più agevolmente segnali di allarme o potenziali pericoli che possano inficiare il buon esito del trattamento e, al contempo, di implementare la comunicazione tra i professionisti coinvolti.

---

<sup>25</sup> A sostegno, si segnala che detta impostazione ha trovato accoglimento in un'importante pronuncia della Suprema Corte, la quale ha sancito che “*le linee guida [...] non indicano una analitica, automatica successione di adempimenti ma propongono solo direttive generali, istruzioni di massima, orientamenti. Esse, dunque, vanno in concreto applicate senza automatismi, ma rapportandole alle peculiari specificità di ciascun caso clinico. Potrà ben accadere, dunque, 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 doversi addirittura derogare radicalmente*” Cass. Pen., Sez. IV, 29 gennaio 2013, n. 16237, cit. Nello stesso senso, Cass. Pen., Sez. IV, 9 ottobre 2014, n. 47289, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it)