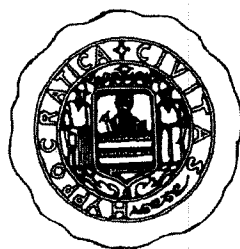


Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica



I movimenti a favore
della salute e la sanità pubblica

La revisione della normativa
igienico-sanitaria per le acque di piscina

Il recupero dei richiami vaccinali
dell'età prescolare in un distretto di Roma

In evidenza in questo numero

Perizia ed imperizia sanitaria Esimenti di responsabilità: art. 6 della legge 8 marzo 2017, n.24¹

Lorenzo Renzulli

Presidente della Società Italiana di Tecnica Ospedaliera

Parole chiave Negligenza medica, Responsabilità penale, Dovere di cura, Incompetenza medica.

Riassunto Nel quadro degli esercenti le professioni sanitarie e con specifico riferimento alla professione medica, è stata analizzata la responsabilità penale alla luce della portata innovativa sulla depenalizzazione recata dall'articolo 6 della legge 8 marzo 2017, n. 24 che introduce, dopo l'articolo 590 quinquies del vigente codice penale, l'articolo 590 sexies in oggetto: "responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario". Sono state considerate le esimenti di punibilità in caso di evento avverso da imperizia, come espresse dalla osservanza ed applicazione: in specifico delle linee guida accreditate, approvate e vigilate dall'Istituto Superiore di Sanità e, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, in una ottica anche di prestazioni sanitarie pluriprofessionali.

Criminal liability in case of medical acts considered to be incompetent: article 6 of the new Italian Law 8 March 2017, n.24

Key words Medical negligence, Criminal liability, Duty of care, Medical incompetence.

Summary In Italy, Law n. 24 of 8 March 2017, Article 6, introduces in the current criminal code, Article 590 sexies entitled "Medical liability in case of death and personal lesions", which follows article 590 quinquies. The new article states that a healthcare professional who has acted in accordance with guidelines approved by the National Health Institute or, if no such guidelines exist, in accordance with good clinical practices, is not criminally liable in case of death or personal lesions due to actions that could be considered to be incompetent. We discuss criminal liability of health professionals in Italy in light of this new law, and decriminalization in case of adverse event due to incompetence, also in the context of medical care provided by different health professionals.

¹ Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il quadro delle professioni sanitarie

Sono quelle specificate dall'articolo 99 del TULS 27 luglio 1934, n.1265 e s.i.m. (medico chirurgo, veterinario, farmacista, odontoiatra, biologo, chimico, fisico sanitario, psicologo) nonché quelle normate dalla L. 26 febbraio 1999, n.42 e L. 10 agosto 2000, n.251, in applicazione dell'articolo 6 c. 3 dei D. Lgs. 502/92 e 517/93, che trasferiscono la formazione del personale sanitario non medico nelle sedi universitarie istituendo corsi di laurea triennali, magistrali e master post-laurea, con competenze riservate del ministero della sanità di individuazione delle figure professionali e dei relativi profili, con definizione dell'ordinamento didattico con decreto del ministero dell'università di concerto con il ministero della sanità (Del Vecchio M.-Renzulli L. et al., 2001; Renzulli L., 2002).

La complessità di competenze diverse, distinte e specializzate per i profili e le qualifiche professionali come delineate e rappresentate, la necessità di approfondimenti nella comprensione e definizione dell'atto medico (Renzulli L., 2012-2015) negli ambiti della generale definizione di atto sanitario come esplicitato dalla Regione Veneto nel Quaderno n.13/2009, la constatazione di una estesa presenza di giudicati di comportamento di responsabilità della professione del medico, ci inducono a centrare la nostra analisi sull'esercizio di questa professione, anche se principi, dottrina e pratica di settore presentano valenze estensiva di analogia e coinvolgimento.

In ogni caso in via generale va ricordato che "secondo la giurisprudenza di legittimità, gli operatori di una struttura sanitaria; medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 costituzione, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità (Cass. Pen. Sez. IV, 1° giugno 2010, n.20584), essendo la posizione di garanzia (di protezione / di controllo) un obbligo giuridico che incombe su specifiche classi di attori in possesso di adeguate potestà e capacità di "impedire eventi offensivi" di beni affidati alla loro tutela per la incapacità dei titolari di esercitare un completo e diretto livello di protezione (art. 40 cp/2c).

Perché si formi e sussista la posizione di garanzia, Cass. Pen. Sez. IV 4 giugno 2008, n. 35307 reca: "con riferimento ai trattamenti medico-chirurgici, per attribuire al sanitario una posizione di garanzia, vale a dire quella funzione di garante della vita e della salute del paziente che lo rende responsabile delle condotte

colpose che abbiano cagionato una lesione di questi beni, è sufficiente che si sia instaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e sanitario”.

Responsabilità penale dell'esercente

La professione sanitaria

L'articolo 6 della legge reca un sostanziale principio innovativo con l'introduzione, come formulato, dopo l'articolo 590 *quinqies* del vigente codice penale, dell'articolo 590 *sexies* in oggetto “responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario”, costituito da due commi.

Il primo stabilisce al primo capoverso “se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene previste salvo quanto disposto dal secondo cpv.

Questo prevede “qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni come 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 alla specificità del caso concreto”.

Il secondo comma sancisce l'abrogazione dell'art. 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n.158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189, primo comma che recitava: “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'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”.

Al fine di più estesa comprensione della portata di questa normativa sullo scenario delle professioni sanitarie nei contesti di richiamo, considerazione e discussione della dottrina e della giurisprudenza di merito, rivolgiamo la nostra attenzione all'analisi delle nozioni e significato di perizia e imperizia colposa.

Perizia ed imperizia colposa

La perizia è l'esercizio capace e consapevole delle conoscenze tecniche acquisite secondo scienza e coscienza e adeguate secondo la loro evoluzione.

Quindi l'imperizia è un comportamento posto in essere senza adeguate conoscenze

di una specifica e determinata modalità di operare per raggiungere un risultato a beneficio del malato con suo soddisfacimento.

Conseguenza ed effetto è la colpa iatrogena a genesi commissiva o omissiva nell'esercizio di una responsabilità di natura sanitaria, essendo la responsabilità "la possibilità del soggetto di saper includere nei suoi comportamenti la previsione delle conseguenze delle proprie azioni e di correggerle in base a tale previsione" (Pagni A., 2012).

Giova peraltro ricordare che negli scenari di esercizio di processi e procedure sanitarie l'evento di danno in ambito colposo è connesso ad inadempimenti dovuti a "negligenza, imprudenza, imperizia, ovvero inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (art.43 cp/3°c.), isolatamente o in varia composizione.

Per quanto riguarda l'imperizia, la sostanza è una preparazione tecnica insufficiente (a volte in assoluto, a volte in senso relativo a particolari situazioni di luogo, di tempo e di persona) e addirittura come una inettitudine (inabilità) nella professione.

Nella nozione di imperizia è anche insita una aspettativa di previsione di eventuali conseguenze per cui il medico diventa cauto e guardingo (è diligente) ed in tal modo tende ad operare secondo le proprie conoscenze professionali (è prudente) e quindi della sua perizia" (Introna F., 1955).

Occorre anche considerare che rispetto alla nozione generale di colpa (nella fattispecie imperizia) di cui all'art. 43 cp/3° l'art. 2236 cc stabilisce: "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni in caso di dolo o di colpa grave".

Per mera esemplificazione si riportano alcuni orientamenti della giurisprudenza di merito:

- Bordinelli F. (1987) evidenzia che Cass. Civ. con sentenza n.8917 del 26 ottobre 1983, in riferimento alla limitazione di responsabilità ai soli casi di "dolo e colpa grave" di cui all'art. 2236 cc, quando "la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà" precisa che tale limitazione "concerne soltanto l'errore dovuto ad imperizia, e non anche l'errore determinato da negligenza incuria, imprudenza".
- Cass. civ. sez. III, 18 novembre 1997, n.11440: "il medico chirurgo, chiamato a risolvere il caso di particolare complessità, il quale cagioni un danno a causa della propria imperizia, è responsabile solo se versa in dolo o in colpa grave ai sensi dell'art. 2236 cc. Tale limitazione di responsabilità invece, anche nel

- caso di interventi particolarmente difficili, non sussiste con riferimento ai danni causati per negligenza od imprudenza, dei quali il medico risponde in ogni caso”.
- Cass. civ. sez. III, 19 maggio 1999, n.4852 sottolinea che “la limitazione di responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o colpa grave attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione dei problemi tecnici di particolare difficoltà, con esclusione dell’imprudenza e della negligenza”.
 - Cass.civ., maggio 2000, n.5945 (Dui P., 2004) stabilisce che la graduazione di responsabilità per cui il medico risponde per (dolo) o colpa grave di cui all’art. 2236 cc è da ammettere solo nel caso in cui la condotta del professionista manifesti condizioni assolute di imperizia (incompletezza della preparazione comune e media), con distinte valutazioni invece quando ha le sue radici nell’imprudenza o negligenza (omissione della diligenza media comune) ...
 - Cass. pen. 2 ottobre 2003. N. 37473 specifica: “la colpa del medico... ha come caratteristica l’inosservanza di regole di condotta (*leges artis*) che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito, vale a dire dell’aumento del rischio. La prevedibilità consiste nella possibilità di prevenire l’evento che conseguirebbe al rischio non consentito e deve essere commisurata al parametro del modello di agente dell’*homo eiusdem*, arricchito dalle eventuali maggiori conoscenze dell’agente concreto”.
 - Cassazione pen., sez. IV, 24 gennaio 2013, n.11493: “per quanto riguarda il concetto di colpa grave, la giurisprudenza penale ha superato i confini della nozione civilistica di gravità della colpa ex art. 2043 cc, secondo cui il prestatore d’opera non risponde di danno se la prestazione implica la soluzione di problemi di speciale difficoltà, se non in caso di colpa grave o dolo”.
 - Cassazione pen., sez. IV, 29 gennaio 2013, n.16237: “...rendono difficile anche ciò che astrattamente non è fuori dagli standard: non solo la complessità, oscurità del quadro patologico, difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche, grado di atipicità e novità della situazione data, ma anche la situazione nella quale il terapeuta si trova ad operare, vale a dire i c.d. fattori contestuali, urgenza ed assenza di presidi adeguati, disagi organizzativi, ...”.
 - Cassazione pen., sez. IV, 11 maggio 2016, n.23283: “la limitazione di responsabilità, in caso di colpa lieve, può operare, per le condotte professionali conformi alle linee guida e alle buone pratiche, anche in caso di errori che sono connotati da profili di colpa generica diversi dalla imperizia.

In questa realtà di orientamenti e di relazioni di indirizzi diversi aventi causa, la nozione di colpa, che conosce aspetti di distinzione ex articoli 132 e 133 cp, nelle fattispecie di imperizia sanitaria di cui all'art. 6/2c. della legge n.24/2017, di norma non manifesta connotazioni di riscontri a titolo di responsabilità personale.

Le esimenti di punibilità da imperizia

In una dimensione di completa innovazione della relazione evento avverso in sanità/punibilità penale, viene stabilito che ove l'eziologia dell'evento sia determinata da imperia, "la punibilità è esclusa" in documentata osservanza e rispetto "delle raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali".

Questo enunciato conosce indicazioni di cautela e prudenza in specie per quanto concerne l'applicazione delle raccomandazioni previste dalle linee guida, che devono essere sempre valutate nei loro effetti in quanto adeguate "alla specificità del caso concreto".

Indirizzi e atteggiamenti di responsabilità si conoscono in consonanza per la fattispecie nel NCDM/2014 che all'articolo 13 reca "precauzioni ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione", contemplando al terzo cpv. le linee guida, con specificazione di valutazione di "applicabilità al caso specifico".

Questi principi di raccomandazione presentano sostanza di apprezzamento nel riferimento e raccordo alla condotta del medico come espressa in Cass. pen. Sez. Unite n.2437 del 21 gennaio 2009 (Taurino R., 2010): "la condotta del medico è orientata ad un beneficio per la salute e non è volta a cagionare una malattia, cioè un danno nel corpo o una alterazione della mente e quindi il medico risponde di lesioni solo nell'eventualità che il suo intervento non sia conforme alle c.d. "leges artis", cioè ai criteri di cura elaborati dalla scienza medica".

In questi ambiti di ragionevole e ragionato sapere si colloca la previsione di impunità da imperizia nell'esimente di applicazione delle linee guida che convergono nel sistema nazionale linee guida (SNLG) di cui al D.m. Salute del 30 giugno 2004, e la cui funzione è quella di essere "strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l'elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica.

Ora accade che l'art. 5/1c. ultimo cpv della legge 24/2017 prescrive che "in mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali", come ribadito dall'articolo 6/2 c: "ovvero in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali".

Una prima considerazione che emerge è la qualificazione di complementazione, di vicariato che viene attribuita alle "buone pratiche cliniche" del sapere consolidato del medico, nella estensione ora di "buone pratiche clinico assistenziali".

Questo ruolo di alternanza/subordinanza (non di equilibrio di cooperazione) sembra portare ad una soglia secondaria la nozione di "buone pratiche cliniche", nel presupposto razionale che tutto il dominio della prognosi, diagnosi, terapia, cura, riabilitazione, (l'atto medico) possa essere circoscritto e definito nella meccanica delle linee guida, che in origine (PSN 1998/2000; D. Lvo 229/1999) si connotavano anche di una matrice "di richiamo di impiego efficace ed efficiente delle risorse disponibili".

La buona pratica clinica si concretizza ed ancor oggi si riconosce nel pensare ed agire in medicina secondo "scienza e coscienza" (Renzulli L., 2012).

In merito il sapere medico si manifesta e si accredita nel suo divenire nella condivisione, interpretazione, coniugazione di due principi classici fondamentali: la scienza e la pratica clinica.

Per scienza si intende negli ambiti e contesti professionali "un sistema di conoscenze ottenute con procedimenti metodici e rigorosi attraverso una attività di ricerca organizzata, allo scopo di giungere ad una descrizione, verosimile ed oggettiva, della realtà e delle leggi che regolano l'occorrenza dei fenomeni".

La clinica è per Ippocrate e da Ippocrate la manifestazione e l'esercizio sapiente, prudente, diligente dell'arte, sintesi di dottrina ed esperienza, anche se, nella preghiera del medico di Mosè Ben Maimon (Maimonide da Cordova, 1138/1204) in alcune invocazioni, l'arte viene denominata "scienza": "fammi essere soddisfatto di ogni cosa, eccetto della grande scienza della mia professione" (Laras G. et al., 2010).

La pratica medica è quindi l'unione in relazione tra la conoscenza delle ragioni tecniche dell'agire medico e l'applicazione attuativa nell'esercizio dell'arte, in una visione e nel fine di attenzione al malato, di bilanciato concorso della perizia ed esperienza, nella soggettività di prestazioni personalizzate, nei confronti di un assolutismo della dottrina medica (nella sintesi contemporanea di medicina preventiva, predittiva, personalizzata, partecipativa, potenziativa), in aderenza ai tempi e ai modellamenti non solo della evoluzione scientifica, ma anche della

interpretazione sociale della nozione e percezione di salute (Renzulli L.-De Leo G., 2014).

In argomento non può essere negletta la classica definizione di pratica clinica di Federspil G. (cit. da Benato M., 2016): “nella pratica medica il procedimento clinico non è altro che il metodo della scienza applicato alla medicina”.

Ancora Benato M. (2016) ricorda che “l’atto medico non è avulso dai contesti ed è inserito in una relazione che si svolge su un piano etico ed è condizionata dal tempo della malattia... Il procedimento clinico considera con ragionevolezza gli eventi, facendo sintesi per scegliere tra le molte decisioni possibili la decisione migliore”.

Ora il termine pratica è uno degli elementi costitutivi dell’enunciato “buone pratiche clinico-assistenziali” che presenta indicazioni di apertura alla tendenza e alle aspettative di: “implementazione di principi clinici nella operatività, combinati con interventi organizzativi del sistema e dei singoli nell’ambito dell’obiettivo generale della sicurezza del paziente e delle cure” (Renzulli L., 2013).

L’impiego poi del termine clinico sembra fare diretto riferimento alla professione medica, che applica le regole della clinica (*leges artis*) nella composizione di attività di diagnosi, prognosi, terapia e cura, riabilitativa, dando accesso ed evidenza ai valori della qualità professionale (buone pratiche cliniche) che denotano certezza di attenzione, iniziativa e considerazione per il miglioramento personalizzato e continuo delle cure, secondo speranze e aspettative di guarigione e/o di buona qualità della vita, anche di quella residua, corrispondendo allo spirito e agli intendimenti della concettualità di centralità del malato.

Peraltro le buone pratiche cliniche sono aggettivate dal termine assistenziale che nell’etimo di derivazione indica la presenza fisica per aiutare, giovare, soccorrere una persona bisognosa di aiuto in senso lato, e circoscrive anche il complesso di funzioni sanitarie che cooperano nella prevenzione e nel mantenimento di un buono stato di salute fisica e psichica, non solo secondo le competenze mediche.

Quindi le buone pratiche clinico-assistenziali si riconoscono in standard di etica e qualità scientifica, in adeguati ed idonei comportamenti culturali e applicativi mutuati dalla perizia e dalla esperienza, prestati ad una persona bisognosa di cure per le sue condizioni di salute, con una presenza ad un intervento attivo di una o più professioni sanitarie secondo competenza integrata, per un riscontro di positività di risultato sanitario.

Il rilievo di significato di questi termini per la professione medica conosce anche

valutazioni di qualificazione giuridica con la nota sentenza della Corte Costituzionale n.282 del 26 giugno 2002 che stabilisce: "non è di norma il legislatore a dover stabilire direttamente e specificatamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e con quali condizioni... poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione; la regola di fondo di questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione.

- Cassazione pen., sez. IV, 2 marzo 2011, n.8254: (Sanità pubblica e privata, 5/2011 p.73) sottolinea in sintesi i principi della pratica medica:
 - diritto costituzionale dell'ammalato di essere curato e rispettato come persona;
 - autonomia e responsabilità del medico che di quel diritto si pone come garante nelle sue scelte professionali;
 - il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine, la cura del malato, utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica.

Dalla analisi di merito degli elementi in evidenza, emerge la sintesi che l'aver ancorato la colpa solo alla condizione di perizia, allo stato di imperizia colposa in relazione alla condotta osservata delle linee guida, (le buone pratiche clinico-assistenziali non sono menzionate), porta ad escludere la depenalizzazione in circostanze di evento avverso imputabile a condotta negligente e/o imprudente (nonché ad inosservanza di ordini, regolamenti, discipline) e pertanto in queste situazioni di discostamento la colpa si manifesta di norma in quanto tale nei suoi effetti.

Considerazioni e conclusioni

Nel panorama internazionale la disciplina giuridica della colpa professionale medica assume orientamenti in genere diversi dalla natura penale sicché emerge che in Europa l'Italia è ad ora il solo paese insieme alla Polonia in cui gli errori clinici sono perseguiti penalmente e, in un confronto più esteso l'Italia insieme al Messico non presenta nel suo ordinamento la previsione di colpa medica (DUI P., 2008; Barbera S., 2010).

Pertanto la istituzione della normativa di previsione di colpa delle professioni sanitarie da imperizia, stabilisce principi, criteri, metodologie di equilibrio nella constatazione e valutazione della colpa sanitaria a genesi iatrogena.

Tuttavia va tenuto anche presente che per il cittadino, per il malato il procedimento penale per colpa sanitaria costituisce nella diffusa coscienza e percezione un deterrente specifico che dovrebbe indurre il professionista sanitario a comportamenti tecnici sempre virtuosi, con conseguente mera accidentalità ed eccezionalità dell'evento avverso.

La impunità in specie, anche se limitata alla sola imperizia, viene interpretata come uno svilimento dei diritti alla persona, come una compromissione del rapporto duale medico/paziente, e le linee-guida tendono ad assumere il significato di veste e funzione di potenziali/reali condizioni di incertezza e/o limitazione di responsabilità in evento avverso con giudicato di applicazione della norma, non mitigato dalla significativa cautela di salvaguardia espressa dalla specificità del caso concreto.

In controdeduzione e per quanto direttamente attiene al rapporto perizia/imperizia, ricordiamo e richiamiamo il DL 13 agosto 2011, n.138, convertito con modificazioni in L. 14 settembre 2011, n.148 che ha introdotto una norma (art.3/c.5 lettera B) che stabilisce "la previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai Consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM).

La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione" (De Lisio A., 2012; Indraccolo P., 2012).

Questa finalità caratterizza l'identità delle professioni sanitarie, dato che la perizia, nel più completo significato di preparazione, non si esaurisce nel conseguimento di laurea, specializzazione, corsi di formazione a varia complessità, che rappresentano un traguardo statico di documentazione di conoscenze ed abilità per prestazioni sanitarie che solo nei processi e procedure di formazione continua e permanente si concretizzano negli atti e finalità attese a beneficio dei malati (The Lancet, Editoriale vol.3 (3), 2007; Gianfrate F., 2011).

Questa visione di formazione aperta per le professioni sanitarie, obbligatoria e sanzionabile per inadempimento, posta in relazione con la impunità da imperizia, di cui all'art.6/c.1, 2° cpv, costituisce fonte e forma di garanzia perché il mantenimento della perizia professionale, connaturato anche ex lege alle dinamiche di esercizio delle professioni sanitarie, secondo concreta attuazione, vigilanza, controllo, partecipa e diffonde apprezzabili messaggi di fiducia e con-

siderazione ai cittadini, ai malati che si affidano ai professionisti della salute.

Ad ulteriore e parallela tutela del paziente va ancora ricordato che i comportamenti attinenti all'esercizio professionale sono anche soggetti alle speciali normative governate dagli ordini professionali, che esercitano i poteri di merito per inadempienze a vario titolo nel rispetto del regolamento di cui al DP 5 aprile 1950, n.221.

Ai sensi dell'articolo 40 del regolamento, in totale autonomia da altre magistrature e procedure, possono essere inflitte sanzioni commisurate alla entità delle violazioni, che in casi di particolare gravità comportano anche la radiazione dall'albo professionale.

La portata di così rilevanti modificazioni nel delicato e sensibile settore della sicurezza ed appropriatezza delle cure e nei rapporti di fiducia tra malati e professionisti della salute ci induce a concludere mutuando il pensiero di Louis Armand: "non dobbiamo prepararci a cambiare una volta per tutte, ma imparare a trasformarci continuamente per essere sempre alla pari con la realtà".

L'applicazione quindi della sovranità di questa legge ci darà nel tempo testimonianza dell'intento di ponderato equilibrio tra esigenze diverse nella qualificazione di risultati attesi, senza che il confronto tra ragioni e diritti degli aventi causa si confonda nel grigiore delle interpretazioni e la giustizia di merito sia percepita e vissuta quale imparziale e autorevole ausilio delle aspettative e speranze della persona innocente o offesa.

Bibliografia

- Barbera M., *La responsabilità medica: alcuni paesi europei a confronto*, Sanità pubblica e privata 2010 (3) p.44.
- Benato M., *L'etica della cura*, La professione 11/2016, p.237.
- Benci L., Bernardi A., Fiore A., Frittelli T., Gasparrini V., Hazan M., Martinengo P., Rodriguez D., Rossi W., Tartaglia L., Tita A., *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria*, Commentario alla legge 24/2017, QSE Quotidiano sanità edizioni, Roma, marzo 2017.
- Bendinelli F., *Il concetto di diligenza*, Medical Top 1987, 11 (7) p.10.
- Del Vecchio M., Renzulli L. et al., *L'assistenza come professione*, Tecnica Ospedaliera 2001 (11) p.72.
- Di Lisio A., *Sanzioni per i professionisti che non conseguono i crediti formativi*, Boll. ord. med. odont. AV-LIX.12/2012.
- Dui P., *Responsabilità del medico in casi di particolare difficoltà*, Giorn. prev. med. odont., VI (8) 2004, p.78.
- Depenalizzazione della colpa professionale, Giorn. prev. med. odont., VI (8) 2008, p.63.

- Fucci S., *Il ruolo delle linee guida nella nuova legge sulla responsabilità penale dei sanitari*, *Decidere in medicina* a.XIII (3) p.46, 2013.
- Gianfrate F., *ECM in Europa e nel mondo*, *Tecnica ospedaliera* 2011 (8), p.80.
- Indraccolo P., *ECM a rischio sanzione chi non raggiunge i crediti obbligatori*, *Professione / Clinical governance* XX (3) 2012, p.5.
- Introna F., *La responsabilità professionale nell'esercizio delle professioni sanitarie*, Cedam, Padova, 1955.
- Pagni A., *Depenalizzazione della responsabilità medica*, *Professione / Clinical governance* XX (1) 3/2012.
- Piano Sanitario Nazionale, 2006/2008, *La promozione del governo clinico e la qualità del servizio sanitario nazionale*.
- Regione Veneto, *Linee di indirizzo per l'informazione del paziente e il consenso all'atto sanitario*, Quaderno n.13/1999.
- Renzulli L., *Il quadro delle professioni sanitarie non mediche dal RD 1265/34 alla L. 251/2000*. Atti Convegno: Direzione medica e direzione delle altre professioni sanitarie: quale rapporto, CEREF, Padova 23/24.5/2002.
- Renzulli L., *Pensare ed agire in medicina*, Boll. ord. med. odont., Avellino, LIX/4, 2012.
- Renzulli L., *Aspetti di condotta medica*, *Panorama della sanità* 2013 (21), p.14.
- Renzulli L.-De Leo G., *Salute e sanità pubblica*, *Nozione e percezione*, *Tecnica Ospedaliera*, 2014 (2), p.54.
- Renzulli L., *L'atto medico*, *Tecnica ospedaliera*, 2015 (10), p.56.
- Taurino R., *Responsabilità in ambito sanitario e problematiche assicurative in sanità*, *Sanità pubblica e privata* 2010 (1), p.41.
- Zagra M., *Valore delle linee guida nel giudizio penale*, *Decidere in medicina*, Editoriale a.XII (2) 2012.

Referente

Lorenzo Renzulli

Presidente della Società Italiana di Tecnica Ospedaliera

.....