

Penale Sent. Sez. 4 Num. 11674 Anno 2019

Presidente: IZZO FAUSTO

Relatore: CAPPELLO GABRIELLA

Data Udiienza: 13/11/2018

**SENTENZA**

sui ricorsi proposti da:

1  
3

avverso la sentenza della CORTE d'APPELLO di MILANO in data 13 dicembre 2017

visti gli atti;

fatta la relazione dal Cons. dott. Gabriella CAPPELLO;

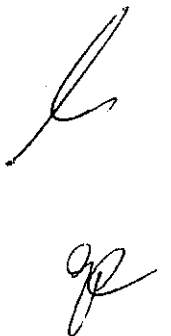
sentite le conclusioni del Procuratore Generale, in persona del dott. Stefano TOCCI, il quale ha chiesto l'annullamento con rinvio della sentenza impugnata; uditi l'Avv. del foro di Benevento in difesa delle parti civili costituite

la quale ha chiesto dichiararsi l'inammissibilità dei ricorsi e, in subordine, qualora la Corte dovesse ritenere decorso il termine prescrizionale massimo, la conferma della sentenza impugnata ai fini della responsabilità civile; l'Avv. del foro di Roma che ha depositato nomina a sostituto processuale dell'Avv. del foro di Roma difensore delle parti civili

a, il quale ha depositato conclusioni scritte unitamente alla nota spese alle quali si riporta, chiedendo la declaratoria di inammissibilità e, in subordine, il rigetto dei ricorsi; l'Avv.

la quale ha chiesto l'accoglimento del ricorso; l'Avv. della Croce del foro di Milano in difesa di il quale ha insistito per l'accoglimento del ricorso, con conseguente annullamento della sentenza impugnata.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale



## Ritenuto in fatto

1. La corte d'appello di Milano ha confermato la sentenza del tribunale cittadino, appellata dagli imputati \_\_\_\_\_, con la quale costoro erano stati ritenuti penalmente responsabili, a titolo di colpa generica (dovuta a negligenza, imprudenza e imperizia) e specifica (in violazione delle norme che disciplinano l'attività medica) - quali esercenti la professione sanitaria (il primo primario del reparto di urologia dell'Istituto Clinico \_\_\_\_\_ e medico curante, il secondo urologo curante di turno) - del decesso del paziente \_\_\_\_\_, avvenuto il 28 settembre 2010 in Milano.

2. In particolare, al MARIANI si è contestato di aver lasciato alla mera discrezionalità degli infermieri la somministrazione di antidolorifici senza protettore gastrico a paziente anziano e da mesi defedato, così non impedendo la formazione di ulcere duodenali e la perforazione di tre ulcere; ad entrambi, di non aver diagnosticato tempestivamente la conseguente peritonite, erroneamente diagnosticando esiti di ascesso al rene destro, pur essendo le cisti renali già state diagnosticate nelle visite precedenti e così cagionato la morte del \_\_\_\_\_, per shock settico evoluto in scompenso cardio-circolatorio.

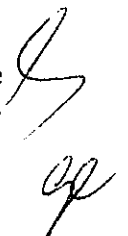
3. Avverso la sentenza d'appello hanno proposto ricorsi gli imputati con separati atti e difensori.

3.1. La difesa dell'imputato \_\_\_\_\_ ha formulato un motivo unico, con il quale ha dedotto inosservanza e erronea applicazione degli artt. 40 e 43 co d. pen., oltre al mancanza della motivazione sul punto, con riferimento alla somministrazione dell'antidolorifico e alla osservanza delle linee guida.

Quanto al primo profilo, in particolare, la difesa ha rilevato che la corte milanese avrebbe disatteso gli esiti della perizia disposta in appello, senza opporre a tali risultanze scientifiche una tesi altrettanto valida, essendo rimasta ad oggi non chiara la genesi delle perforazioni duodenali del \_\_\_\_\_ potendo ipotizzarsi rispetto ad esse una pluralità di fattori determinanti.

La corte territoriale, secondo il deducente, avrebbe applicato al caso concreto una regola basata su un coefficiente probabilistico, senza tuttavia procedere alla verifica di essa nel caso concreto, alla luce delle evidenze disponibili. Di qui la ritenuta inadeguatezza del percorso giustificativo sulla ricostruzione del nesso causale, tenuto conto degli altri fattori causali che avrebbero neutralizzato l'ipotesi accusatoria e imposto un giudizio assolutorio, quale conseguenza del ragionevole dubbio configurabile.

Sotto altro profilo, parte ricorrente ha rilevato che il giudice di merito avrebbe considerato solo alcune emergenze processuali, addivenendo ad una ricostruzione dei fatti avvenuti nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010 erronea e travisata,



rispondendo il I del reato ascrittogli per non aver compreso per telefono la gravità della situazione del paziente e l'urgenza di intervenire. Il deducente, partendo dall'esame della cartella clinica e dell'elaborato tecnico, ha rilevato la riconosciuta obiettiva difficoltà del sospetto di perforazione duodenale e l'esistenza di elementi motivanti la decisione di soprassedere temporaneamente ad ogni iniziativa chirurgica.

Ha, inoltre, rilevato che il medico che ricopre ruolo apicale riveste una posizione di garanzia generica nei confronti del paziente, diversamente dai medici che operano nel pronto soccorso, nel caso di specie il dott. I. sicché il primario non potrebbe essere chiamato a rispondere di ogni evento dannoso che si verifichi in sua assenza, non essendo esigibile un controllo continuo e analitico di tutte le attività che si compiono nella struttura sanitaria (nel caso di specie, il pronto soccorso).

3.2. La difesa dell'imputato a formulato quattro motivi.

Con il primo, ha dedotto vizio della motivazione, rilevando un radicale disallineamento della motivazione della sentenza di secondo grado, rispetto a quella del tribunale, nonostante il richiamo ad essa da parte dei giudici d'appello. In particolare, si è evidenziato che il primo giudice, su basi completamente difformi, aveva espressamente escluso l'imperizia del dott. affidatosi alla diagnosi del dott. I. quale aveva ritenuto che i dolori addominali lamentati dal paziente non potessero essere ricondotti a una perforazione duodenale in atto, concentrando il rimprovero penale sulla riconosciuta imprudenza del sanitario per non avere costui richiesto l'intervento dello specialista radiologo per la lettura del dato diagnostico, nell'ottica della prevenzione del rischio e senza prendere in considerazione la possibilità che il collega potesse aver sbagliato la propria diagnosi, pur trovandosi nelle condizioni di riconoscere l'errore diagnostico e porvi rimedio. Di tutto ciò la corte d'appello non sembra, secondo il deducente, essersi avveduta, determinandosi così un vizio logico della motivazione, poiché i due percorsi motivazionali, lungi dall'essere sequenziali e coerenti, sarebbero scollati e intrinsecamente distaccati.

Con il secondo, ha dedotto vizio di omessa motivazione in ordine alle richieste formulate dalla difesa con i motivi del gravame di merito, con le quali si era evidenziata la plausibilità della diagnosi del dott. I., alla luce delle condizioni cliniche del I. laddove la terza diagnosi, pur formulata dal dott. I. sarebbe stata conseguenza della personale conoscenza della storia clinica del paziente, già sottoposto a intervento al rene. Nell'ottica della corte d'appello, invece, la posizione dell'imputato è venuta a sovrapporsi a quella del dott. I., al primo spettando quindi la diagnosi della patologia della p.o. e la lettura e interpretazione dell'esame diagnostico, il che avrebbe determinato una divaricazione evidente rispetto alla posizione ricostruita dal primo giudice, senza alcuna considerazione delle argomentazioni difensive formulate con l'atto di appello.

Con il terzo motivo, la difesa ha dedotto travisamento e omessa valutazione della prova (perizia disposta in appello), avendo gli esperti confermato l'obiettiva difficoltà di interpretare il quadro radiologico del paziente; secondo i periti, infatti, né il I. né

avrebbero avuto motivo tecnico o di giudizio di assumere decisioni cliniche diverse, anche ove fosse stato disponibile - già nella notte - il referto dello specialista radiologo. La corte d'appello avrebbe disatteso tali conclusioni, travisando la relativa prova, punto sul quale parte ricorrente ha invocato l'applicazione dei principi formulati dal S.C. di questa corte con la sentenza del 2016, *Dasgupta*.

Con il quarto motivo, infine, ha dedotto violazione di legge, nella parte in cui la corte d'appello ha sospeso il termine di prescrizione per il tempo di redazione dei motivi della decisione, l'art. 159 cod. pen. novellato ai sensi della legge 103 del 2017 non potendo trovare applicazione per i processi relativi a fatti commessi prima dell'entrata in vigore della legge di modifica della norma processuale.

### Considerato in diritto

1. La sentenza deve essere annullata senza rinvio agli effetti penali per essersi il reato estinto per prescrizione, avuto riguardo al titolo di reato (art. 589 cod. pen.) e al *tempus commissi delicti* (25/09/2010). Ciò consente di ritenere carente l'interesse del ricorrente quanto al quarto motivo di ricorso, evidenziandosi, ad ogni buon conto, la fondatezza dell'assunto difensivo (cfr. art. 1 co. 15 della legge 23 giugno 2017, n. 103, con riferimento al regime transitorio delle disposizioni concernenti lo statuto della prescrizione e l'introduzione di nuove ipotesi di sospensione del relativo termine: <<Le disposizioni di cui ai commi da 10 a 14 si applicano ai fatti commessi dopo la data di entrata in vigore della presente legge>>).

2. Quanto ai motivi posti a base dei ricorsi, si rileva che - in presenza di una declaratoria di improcedibilità per intervenuta prescrizione del reato - è precluso alla corte di cassazione uno scrutinio finalizzato all'eventuale annullamento della decisione per vizi attinenti alla sua motivazione, poiché in tale giudizio "...l'obbligo di dichiarare una più favorevole causa di proscioglimento ex art. 129 cod. proc. pen., ove risulti l'esistenza della causa estintiva della prescrizione, opera nei limiti del controllo del provvedimento impugnato, in conformità ai limiti di deducibilità del vizio di motivazione" (sez. 1 n. 35627 del 18/04/2012 Ud. (dep. 18/09/2012), Rv. 253458) dovendo essa risultare dal testo del provvedimento impugnato (conforme sez. 6 n. 48461 del 28/11/2013 Ud. (dep. 04/12/2013), Rv. 258169). Evenienza che, tuttavia, nel caso in esame non ricorre, alla luce degli stessi motivi dei ricorsi.

3. La presenza delle parti civili impone, tuttavia, l'esame dei ricorsi ai soli effetti civili.

Secondo l'impostazione rinvenibile nella sentenza appellata, la vicenda che ci occupa si è articolata in due momenti distinti: l'uno ha riguardato la scelta di somministrare l'antidolorifico *Toradol* all'altro la valutazione diagnostica effettuata nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010.

Quanto al primo momento, la consulenza del P.M. aveva consentito di accertare che il paziente era stato trattato ripetutamente con quell'antidolorifico, farmaco utilizzato per il trattamento di sintomatologie dolorose che notoriamente può causare irritazione gastrointestinale, ulcera e sanguinamento. Dalla data del ricovero e sino al 19 settembre 2010 le somministrazioni erano state solo due, ma da quella data le condizioni del paziente erano

peggiorate, con plurime manifestazioni di vomito e nausea e la somministrazione del farmaco era divenuta quasi giornaliera. Gli episodi di vomito non erano stati indagati e i dolori addominali erano stati trattati sempre con il *Toradol*. Il paziente doveva considerarsi a rischio moderato (siccome ultrasessantacinquenne e affetto da co-morbilità: insufficienza renale cronica, grave infezione urinaria, diabete e obesità). Come rilevato dai giudici del merito, l'insufficienza renale è patologia che - pur non espressamente indicata tra i fattori di rischio - va comunque considerata ai fini della prescrizione degli inibitori di pompa, poiché essa fa sì che il farmaco resti più a lungo in circolo, prolungandone gli effetti collaterali. Nel caso in esame, la somministrazione del farmaco fu lasciata alla discrezionalità del personale infermieristico e non furono prescritti gastroprotettori.

Il sintomo del vomito non era stato ricollegato dal ' , una peritonite, ma attribuito agli effetti dell'anestesia generale fatta prima dell'intervento di cistoscopia del 21 settembre 2010.

Da una lettura incrociata delle linee guida, il tribunale ha concluso nel senso che un approccio diligente e prudente avrebbe dovuto condurre alla somministrazione di gastroprotettivi che aveva fatto registrare una riduzione del rischio di complicanze gastroduodenali pari al 40-50%, considerato altresì che, nel caso di specie, la somministrazione del *Toradol* si era protratta per più di dieci giorni, mentre la somministrazione dei gastroprotettori non è richiesta per soggetti con anamnesi negativa per ulcera peptica o con età inferiore ai 65 anni ove non prolungata per più di 5-7 giorni.

Ciò posto, il tribunale, passando all'analisi della causalità dell'omissione rispetto all'evento, ha osservato che accertata la causa della morte (*shock settico*), essa era stata ricollegata dall'accusa a tre ulcere perforanti dovute alla somministrazione del *Toradol*.

Sul punto, quel giudice ha rilevato che secondo il referto istologico una di queste ulcere era in collocazione *iuxta pilorica* e che, stante la sua collocazione, anche una seconda doveva ritenersi del medesimo tipo. Poiché la principale causa della formazione di tali ulcere è da rinvenirsi nella insufficiente produzione di prostaglandina che regola la produzione del muco protettivo della mucosa duodenale e poiché tale processo può essere causato dall'uso di farmaci FANS inibitori della produzione della prostaglandina, data l'anamnesi del paziente che non aveva riportato precedenti episodi ulcerosi, doveva ritenersi che due delle tre ulcere erano state determinate proprio da una scorretta - siccome prolungata e non abbinata a protezione gastrica - somministrazione del *Toradol*.

La presenza di una lesione lineare della seconda e terza porzione del duodeono, dovuto a verosimile fenomeno da scoppio, aveva sì concorso a cagionare la morte del paziente, ma non aveva interrotto il nesso di causalità come sopra individuato. Peraltro, anche tale lacerazione non poteva ritenersi estranea al processo innescato dalla scorretta somministrazione dell'antidolorifico, siccome causa idonea a cagionare il medesimo quadro patologico e una sintomatologia in parte sovrapponibile, concorrendo alla produzione dell'evento infausto.

Quanto alla seconda fase della vicenda, una volta accertato che la causa del decesso è stata la condizione di *shock settico* da perforazione di più ulcere duodenali, prodotta dalla

scorretta somministrazione del farmaco antidolorifico suindicato, il tribunale ha ritenuto esistente un prolungato e persistente errore diagnostico dei sanitari con riferimento alla presenza di una lacerazione viscerale, che avrebbe richiesto un intervento chirurgico d'urgenza già nella notte del 25 settembre 2010.

Ciò posto quanto all'addebito oggettivo, per quanto attiene alla rimproverabilità della condotta, i giudici hanno ritenuto che quella tenuta nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010 dagli imputati fosse connotata da profili di colpa rilevante e che essa fosse eziologicamente ricollegabile all'evento che si verificò.

In punto di fatto, secondo la ricostruzione rinvenibile nelle sentenze di merito, alle ore 23:00 del 25 settembre 2010, infatti, il medico di guardia dott. [redacted] era stato avvisato da un'infermiera di una sofferenza addominale del [redacted]. Il [redacted] aveva disposto esame radiografico e T.A.C., riconoscendo la presenza di segni clinici di un quadro peritonitico (addome globoso per adipe, ipoespasmo, dolente e dolorabile.... *Blumberg* positivo, peristalsi torpida). Gli esami però non erano refertabili *on line* dal radiologo per un malfunzionamento del sistema informatico. Il [redacted], nonostante i già presenti segni clinici di una peritonite, aveva effettuato una diagnosi differenziale (apparente ematoma psoas e ascesso intraddominale) e deciso di contattare non il radiologo, ma l'urologo di turno, il dott. [redacted] per l'appuntamento. Costui, informato dal [redacted] dei sintomi già presenti di peritonite e della conclusione secondo cui doveva escludersi una perforazione in atto delle viscere, visionava a sua volta la T.A.C. alle ore 01:30 del 26 settembre 2010 e non riteneva di dover richiedere l'intervento dello specialista radiologo per la lettura dell'esame diagnostico, formulando invece una propria diagnosi, diversa da quella formulata dal [redacted], dalla quale, pertanto, dissentiva (cfr., sul punto, pagg. 41 e ss. della sentenza di primo grado). Il dott. [redacted] infatti, individuava il problema nel distretto perirenale, ritenendo un peggioramento della patologia renale per la quale il paziente era già in cura. Programmava, quindi, d'accordo con il primario [redacted] nelle more contattato telefonicamente e informato della diagnosi operata e dei sintomi riferiti, un intervento di nefrostomia destra per il giorno successivo. Per come accertato in giudizio (anche ad esito della disposta perizia), quelle immagini dell'esame tomografico davano già conto della esistenza di aria libera intraperitoneale e falda liquida in paziente che presentava altresì addome ligneo, come annotato sul diario infermieristico, elementi tutti ritenuti segni inequivocabili di perforazione viscerale. Anche il giudizio controfattuale si è fondato sugli esiti degli accertamenti disposti, avendo già il tribunale ritenuto, alla luce dei contributi dei consulenti sino ad allora escussi, la sostanziale convergenza di costoro nel ritenere che un'operazione chirurgica condotta nella notte avrebbe avuto esito salvifico per il paziente.

Allo stesso modo, i giudici del merito, pur evidenziando il persistente errore diagnostico nella giornata del 26 settembre (continua posticipazione dell'intervento di laparotomia) anche da parte dello specialista radiologo quanto alle immagini della T.A.C. eseguita d'urgenza la sera prima, avendo i sanitari continuato a concentrarsi sui problemi renali del paziente, hanno però escluso il nesso di condizionamento causale di tale condotta imperita, stante la inutilità, a quel punto, dell'intervento di laparotomia salvifico, essendo le

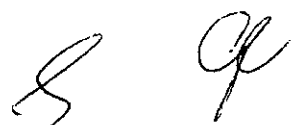
condizioni del paziente ormai del tutto compromesse (tanto che non era reperibile alcun accesso venoso o arterioso, il *cut-off* per procedere all'intervento essendo di sei ore dall'evento perforativo).

Nei confronti de \_\_\_\_\_ il tribunale ha riconosciuto, oltre all'addebito di imprudenza che accomuna la sua posizione a quella dell'imputato \_\_\_\_\_, entrambe fuori dal cono di operatività della previsione di cui all'art. 3 del d.l. 158 del 2012, convertito con modificazioni dalla legge 189/2012, anche un profilo di grave imperizia per avere egli erroneamente impostato la terapia farmacologica del paziente, prescrivendo un antidolorifico senza protettore gastrico e per non averla modificata a seguito della comparsa di dolore, nausea e vomito, riconducibili a complicanze gastrointestinali, così esponendolo al rischio prevedibile della comparsa di quelle formazioni ulcerose (sicuramente due) che hanno determinato lo stato di *shock* settico, a sua volta causa del decesso.

Su tale giudizio, si è innestato quello del giudice d'appello, che si è avvalso degli esiti della perizia disposta in quel grado. Proprio con riferimento a tale *novum* probatorio, la corte territoriale ha, intanto, dato atto che la perizia, al di là delle conclusioni degli ausiliari in punto di rilevanza giuridica degli esiti dell'indagine, aveva consentito di accertare elementi di fatto di sicuro rilievo in termini di conferma della ricostruzione operata dai consulenti del pubblico ministero. In primo luogo, i periti non avevano escluso la ricostruzione del nesso causale tra le ulcere e la somministrazione scorretta dell'antidolorifico già ritenuta nella consulenza del pubblico ministero e, quindi, la grave imperizia del primario \_\_\_\_\_ .I nella impostazione di tale terapia.

Ma era stato definitivamente accertato, anche alla luce della disposta perizia, che nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010 la perforazione era già in atto e avrebbe richiesto un intervento da eseguirsi in via d'urgenza, rendendo inutile ogni intervento nella giornata successiva. Di tale situazione erano infatti presenti precisi segni clinici (addome a tavoletta, rilevato dal personale infermieristico e dai medici intervenuti) e strumentali (immagini della T.A.C. espletata).

Così ricostruito il quadro probatorio, i giudici del merito hanno tuttavia esitato giudizi di colpevolezza in parte difformi: la corte d'appello, infatti, ha ritenuto - quanto all'imputato \_\_\_\_\_ - sia la prova della sua grave imperizia, per non avere egli diagnosticato la peritonite, in presenza di segni clinici e strumentali che davano conto della sua attualità; che della sua imprudenza, per avere egli preteso di leggere le immagini dell'esame strumentale senza avvalersi dell'ausilio del medico specialista di turno. Il tribunale, invece, aveva riconosciuto solo l'addebito per imprudenza, ritenendo intanto, quanto all'imperizia, che - in base alla letteratura acquisita agli atti - il quadro di dolore addominale fosse compatibile anche con una patologia renale, ponendosi la pielonefrite in termini di diagnosi differenziale con patologie duodenali; che il dott. \_\_\_\_\_ non si era trovato in una situazione che gli consentisse di dare un'indicazione certa di intervento chirurgico, tenuto conto della diagnosi operata dal chirurgo di turno \_\_\_\_\_ ) che aveva escluso la necessità di interventi in via d'urgenza; che egli si era concentrato su patologie rientranti nell'ambito della sua specializzazione, anche perché i valori



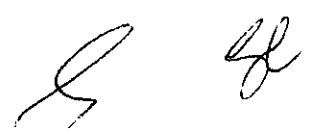
del sangue, della pressione e della creatinina erano compatibili con un peggioramento dell'infezione renale della quale il paziente soffriva.

Ciononostante, il tribunale ha posto in rilievo la circostanza che il [redacted] aveva messo al corrente il collega [redacted] dei sintomi clinici già rilevati, di per sé compatibili con un quadro peritonitico conclamato e che lo stesso [redacted] si era reso conto dell'errore diagnostico del [redacted] (ematoma dello psoas), ma aveva a sua volta errato nel ritenere le immagini restitutive di un problema dovuto a una cisti renale, peraltro già evidenziata da una precedente T.A.C. del 17 settembre 2010. In questa situazione complessiva, il tribunale ha valutato la sua condotta in termini di grave imprudenza, nell'ottica di una prevenzione del rischio, per aver deciso di non contattare il radiologo di turno, effettuando una diagnosi parimenti errata, e accettando la valutazione del [redacted] circa l'insussistenza di perforazioni delle viscere in atto, nonostante il quadro clinico comunicatogli dal medesimo [redacted] e di per sé compatibile con una condizione di peritonite conclamata. A nulla rilevava la circostanza che il paziente non avesse più lamentato dolori acuti e avesse ormai un addome trattabile: secondo la letteratura scientifica, infatti, particolare importanza assume l'osservazione clinica del paziente nella fase iniziale (che era stata dolorosa nel caso del [redacted]) e senza somministrazione di analgesici (in questo caso disposta, per come vedremo più avanti).

La corte d'appello, dal canto suo, ha posto in risalto l'errata diagnosi che, invero, accomunò anche il [redacted] evidenziando la presenza di segni clinici e strumentali che avrebbero consentito quella corretta, anche nelle ore in cui essa avrebbe potuto condurre all'intervento salvifico (il riferimento in sentenza è all'addome a tavoletta, ai dolori lamentati dal paziente e alla T.A.C. effettuata ma non letta correttamente). Di fronte alla diagnosi differenziale effettuata dal [redacted], peraltro, il quale aveva effettivamente ipotizzato un problema addominale in alternativa a quello renale, [redacted] di concerto con il [redacted] aveva però scartato la prima ipotesi, al contempo rilevando l'erroneità di quella differenziale effettuata dal collega. Sul punto, è lo stesso tribunale a evidenziare come il [redacted] avesse inizialmente impostato le indagini diagnostiche in maniera corretta e coerente con il quadro di peritonite, salvo poi focalizzare la sua attenzione sulla regione renale, escludendo la perforazione delle viscere, per accertare la quale aveva tuttavia richiesto la T.A.C., in conseguenza della rilevata presenza di aria in cavità addominale rilevata dalla radiografia (cfr. pagg. 39 e 40 della sentenza appellata).

Quanto all'imputato [redacted], la valutazione dei due giudici è maggiormente allineata, dal momento che, secondo il tribunale, egli ha certamente condiviso con il collega [redacted] la errata valutazione diagnostica, a fronte di un quadro di conoscenze identico a quello che il [redacted] aveva trasferito a costui e che l'urologo di turno gli aveva riportato e ne ha ritenuto la conseguente grave imprudenza per non aver disposto l'intervento dello specialista radiologo, venendo meno all'obbligo di vigilanza proprio della sua posizione.

Ma ha riconosciuto anche la grave imperizia consistita nella scorretta impostazione della terapia antidolorifica che ha determinato la formazione delle ulcere, causa della perforazione letale delle viscere, in ciò confermando la ricostruzione recepita dal tribunale e le conclusioni cui era giunto il primo giudice.





4. Il motivo formulato nell'interesse dell'imputato è infondato.

4.1. L'assunto secondo cui sarebbe ad oggi non chiara la genesi delle perforazioni che hanno determinato lo *shock* settico a causa del quale la p.o. è deceduta, è destituito di fondamento. Le motivazioni delle sentenze di merito, infatti, partendo dal quadro delle evidenze fattuali raccolte nel processo, hanno ricostruito in maniera del tutto congrua e coerente con le prime il nesso causale tra la terapia antidolorifica erroneamente impostata dall'imputato e la produzione delle ulcere che hanno determinato la letale perforazione delle viscere del paziente. Il giudizio non si è fermato a livello di probabilità di verificazione dell'evento, ma ha attinto dagli elementi fattuali per accertare la validazione dell'ipotesi formulata, in perfetta aderenza ai principi ormai consolidati di questa corte di legittimità [cfr. Sez. U. n. 30328 del 10/07/2002, *Franzese*, Rv. 222138; Sez. U. n. 38343 del 24/04/2014, *Espenhahn e altri*, Rv. 261103; sez. 4 n. 26491 dell'11/05/2016, *Ceglie*, Rv. 267734, in cui, proprio in ipotesi di responsabilità dell'esercente professione medica, si è affermato che il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di elevata probabilità logica, che, a sua volta, deve essere fondato, oltre che su un ragionamento deduttivo basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo circa il ruolo salvifico della condotta omessa, elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e focalizzato sulle particolarità del caso concreto (in applicazione del principio, la S.C. ha ritenuto immune da censure la decisione che aveva affermato la sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva dell'anestesista, consistita nel mancato monitoraggio dei tracciati ECG della paziente nel corso di un intervento chirurgico e nel non tempestivo rilevamento delle complicanze cardiache insorte per asistolia, e i gravi danni cerebrali procurati alla stessa in conseguenza del ritardo con cui era stato eseguito il massaggio cardiaco)].

Già nella sentenza di primo grado, invero, i giudici del merito avevano delineato con estrema analiticità, alla luce della prova scientifica raccolta, dei dati documentali e delle indicazioni rinvenibili nelle Linee Guida acquisite al processo, le controindicazioni di una somministrazione del *Toradol* senza gastroprotezione, avuto riguardo al fattore di co-morbilità accertato, alle modalità di somministrazione del farmaco [dal 19 settembre in poi continuativa, sebbene fosse già presente una sintomatologia (vomito, disappetenza, stitichezza) ricollegabile a patologie gastro intestinali] e alla controindicazione contenuta nella stessa scheda tecnica quanto ai pazienti con insufficienza renale severa [con valori cioè della creatinina superiori a 4.42, tenuto conto di quelli del (7.79) al momento del ricovero].

4.2. In maniera parimenti analitica, poi, il tribunale ha esaminato il profilo del nesso eziologico tra la terapia somministrata senza gastroprotezione e le ulcere duodenali, offrendo anche in tal caso una ricostruzione del nesso causale sostenuta dalle evidenze disponibili. Ha così elencato le principali cause delle ulcere duodenali (infezione da *helicobacter pylori*, patologico aumento dell'acido cloridrico e insufficiente produzione di prostaglandina che regola, per l'appunto, la produzione del muco protettivo della mucosa duodenale), ritenendo, alla luce dell'anamnesi (negativa per precedenti episodi ulcerosi), che le due ulcere iuxta piloriche erano

state causate proprio dalla impropria somministrazione dell'antidolorifico in questione, appartenente alla categoria dei farmaci FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei).

4.3. A fronte di tale ricostruzione, parte ricorrente non ha offerto argomentazioni idonee a incrinare il percorso argomentativo svolto dai giudici di merito, da ricostruirsi peraltro attraverso una lettura integrata delle due decisioni conformi [cfr., sul punto specifico, sez. 1 n. 1309 del 22/11/1993 Ud. (dep. 04/02/1994), Rv. 197250; Sez. 3 n. 13926 dell'01/12/2011 Ud. (dep. 12/04/2012), Rv. 252615; sez. 3 n. 44418 del 16/07/2013, *Argentieri*, Rv. 257595 (in cui si è precisato che, a i fini del controllo di legittimità sul vizio di motivazione, la struttura giustificativa della sentenza di appello si salda con quella di primo grado, per formare un unico complessivo corpo argomentativo, allorquando i giudici del gravame, esaminando le censure proposte dall'appellante con criteri omogenei a quelli del primo giudice ed operando frequenti riferimenti ai passaggi logico giuridici della prima sentenza, concordino nell'analisi e nella valutazione degli elementi di prova posti a fondamento della decisione)].

4.4. Anche con riferimento alla diagnosi effettuata nella notte tra il 25 e il 26 settembre, la parte ha, da un lato, opposto la difficoltà di una diagnosi differenziale, dall'altro, la insussistenza della posizione di garanzia del \_\_\_\_\_ muovendo dall'assunto secondo cui il suo ruolo apicale lo esimesse da un obbligo di controllo continuo e analitico di tutte le attività che si svolgevano nella struttura sanitaria e, in particolare, dell'operato dei medici del pronto soccorso.

Quanto al primo punto, tuttavia, il motivo è ai limiti della genericità, avendo la difesa asserito la mancata considerazione di alcune tra le evidenze probatorie e la errata ricostruzione dei fatti accaduti nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010, assumendo la centralità della cartella clinica (che definisce prova cardine), tuttavia espressamente valutata dai giudici del merito, in uno con le altre evidenze probatorie, rispetto alle quali non si coglie nel ricorso alcuna effettiva critica (cfr., sul contenuto dell'atto di gravame, in motivazione, sez. 6 n. 8700 del 21/01/2013 Ud. (dep. 21/02/2013), Rv. 254584; Sez. U. n. 8825 del 27/10/2016 Cc. (dep. 22/02/2017), *Galtelli*, Rv. 268822, sui motivi d'appello, ma i cui principi possono applicarsi anche al ricorso per cassazione].

Quanto al secondo profilo, invece, parte ricorrente ha ommesso di considerare che la responsabilità del \_\_\_\_\_ relativamente all'errore nella diagnosi, non è stata ricollegata al mancato controllo sull'operato del personale del reparto, bensì all'aver egli concordato con \_\_\_\_\_ sulla scorta degli stessi elementi di conoscenza di cui quest'ultimo disponeva, la diagnosi errata senza disporre l'acquisizione del parere dello specialista radiologo, pur in presenza del quadro sintomatico sopra descritto e dell'indirizzo diagnostico impresso dal \_\_\_\_\_ (finalizzato, cioè, alla convalida di un interessamento peritoneale).

Situazione ben dissimile, dunque, da quella che ha giustificato la precisazione da parte di questa stessa sezione nel caso di un medico in posizione apicale che abbia correttamente svolto i propri compiti di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo: solo in tal caso, infatti, egli non risponderà dell'evento lesivo conseguente alla condotta colposa del medico di livello funzionale inferiore a cui abbia trasferito la cura del singolo paziente, altrimenti configurandosi una responsabilità di posizione, in contrasto col principio costituzionale di

personalità della responsabilità penale (cfr. sez. 4 n. 18334 del 21/06/2017, *P.C. in proc. De Luca*, Rv. 272738, in cui è stata esclusa la responsabilità penale di un primario di reparto per l'omicidio colposo di un paziente che non aveva visitato personalmente, verificatosi nell'arco di dieci giorni, senza che in tale ambito temporale gli fosse segnalato nulla dai medici della struttura).

5. Il primo, il secondo e il terzo motivo formulati nell'interesse dell'imputato sono infondati e la trattazione congiunta di essi muove dalla identità delle premesse in diritto e dalla articolazione delle doglianze in termini di evidente interferenza.

L'esame degli stessi necessita però di una premessa sollecitata dalle argomentazioni difensive. Questa corte ha già chiarito, infatti, che non sussiste la violazione del divieto di *reformatio in peius* qualora, ancorché sia proposta impugnazione da parte del solo imputato, il giudice di appello, senza aggravare la pena inflitta, attribuisca al fatto una diversa e più grave qualificazione giuridica (nella specie concorso esterno in associazione mafiosa anziché favoreggiamento personale aggravato dall'art. 7 del D.L. 13 maggio 1991, n. 152, convertito in legge 12 luglio 1991, n. 203, come ritenuto in primo grado), a condizione che si tratti di punto della decisione al quale si riferiscono i motivi di gravame [cfr. sez. 2 n. 27460 del 13/06/2014, *Manzo e altro*, Rv. 259567 (in fattispecie in cui la corte ha precisato che la questione attinente alla definizione giuridica del fatto rientra senz'altro nella cognizione del giudice d'appello, ove sia stata contestata in generale la sussistenza del fatto)].

Il divieto, infatti, è tradizionalmente collegato agli effetti della *reformatio*, più che alla valutazione complessiva della condotta o degli elementi circostanziali, in tutti i casi in cui, ovviamente, non vi sia stato inasprimento del trattamento sanzionatorio (cfr., sul punto specifico, sez. 4 n. 9123 dell'08/11/2017 Ud. (dep. 28/02/2018), *Pati*, Rv.272188; sez. 3 n. 17731 del 15/02/2018, *Balzano e altro*, Rv. 272779), essendosi escluso tale effetto anche nelle ipotesi di riqualificazione giuridica del fatto in termini più gravi, sempre che sia sufficientemente prevedibile la ridefinizione dell'accusa inizialmente formulata, secondo i principi di matrice convenzionale derivanti dall'interpretazione dell'art. 6 della Convenzione E.D.U. (cfr. sul punto sez. 2 n. 39961 del 19/07/2018, *Tuccillo*, Rv. 273922; sez. 4 n. 23186 del 13/04/2016, *Suffer*, Rv. 268995).

5.1. Tanto premesso, passando all'esame del vizio motivazionale - specificamente dedotto con i motivi di ricorso, si osserva che di regola, nel caso di doppia conformità, le motivazioni della sentenza di primo grado e di appello, fondendosi, si integrano a vicenda, confluendo in un risultato organico ed inscindibile al quale occorre in ogni caso fare riferimento per giudicare della congruità della motivazione, tanto più ove i giudici dell'appello abbiano esaminato le censure con criteri omogenei, rispetto a quelli utilizzati dal giudice di primo grado e con frequenti riferimenti alle determinazioni ivi prese ed ai passaggi logico-giuridici della decisione, sicché le motivazioni delle sentenze dei due gradi di merito costituiscono una sola entità [cfr. sez. 3 n. 13926 dell'01/12/2011 Ud. (dep. 12/04/2012), *Valerio*, Rv. 252615].

E' pertanto evidente, proprio in tema di vizio della motivazione, che la possibilità di procedere all'integrazione delle sentenze di primo e secondo grado, così da farle confluire in un prodotto unico cui il giudice di legittimità deve fare riferimento, richiede per l'appunto che le

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

due decisioni abbiano utilizzato criteri omogenei e seguito un apparato logico argomentativo uniforme; in assenza di tali condizioni non è possibile integrare le argomentazioni della corte di appello con quelle adottate dalla motivazione della sentenza di primo grado ed eventuali carenze della seconda decisione in ordine alle censure contenute nell'atto d'impugnazione non sono superabili mediante il richiamo agli argomenti adottati dalla prima sentenza (cfr. sez. 3 n. 10163 dell'01/02/2002, *Lombardozi D.*, Rv. 221116). Ai fini del controllo di legittimità sul vizio di motivazione, dunque, è determinante la verifica della circostanza che il giudice d'appello, il quale operi - alla luce delle censure difensive - frequenti riferimenti ai passaggi logico giuridici della prima sentenza, concordi con quello di primo grado quanto all'analisi e alla valutazione degli elementi di prova posti a fondamento della decisione (sez. 3 n. 44418 del 16/07/2013, *Argentieri*, Rv. 257595).

La premessa ci consente di esaminare anche il secondo profilo evocato dal ricorrente, rispetto al quale può affermarsi, sempre in linea generale, che il vizio di travisamento della prova ricorre solo allorché nella motivazione si faccia uso di un'informazione rilevante che non esiste nel processo, o quando si omette la valutazione di una prova decisiva, ed esso può essere fatto valere nell'ipotesi in cui l'impugnata decisione abbia riformato quella di primo grado, non potendo, nel caso di c.d. doppia conforme, superarsi il limite del *devolutum* con recuperi in sede di legittimità, salvo il caso in cui il giudice d'appello, per rispondere alle critiche dei motivi di gravame, abbia richiamato atti a contenuto probatorio non esaminati dal primo giudice (cfr. sez. 2 n. 5223 del 24/01/2007, Rv. 236130).

In tale ipotesi, comunque, il sindacato della corte di cassazione resta quello di sola legittimità sì che continua ad esulare dai poteri della stessa quello di una rilettura degli elementi di fatto posti a fondamento della decisione anche laddove venga prospettata dal ricorrente una diversa e più adeguata valutazione delle risultanze processuali (cfr. sez. 2 n. 23419 del 23/05/2007, Rv. 236893) e il vizio è ravvisabile solo allorché l'errore sia idoneo a disarticolare l'intero ragionamento probatorio, rendendo illogica la motivazione per la essenziale forza dimostrativa del dato processuale/probatorio (cfr. sez. 1 n. 24667 del 15/06/2007, Rv. 237207).

Nel caso di specie, deve ritenersi che le sentenze di merito, pur discordanti in ordine ai profili di rimproverabilità delle condotte contestate, siano pervenute ad un giudizio di colpevolezza sostanzialmente conforme (sia pure in termini di attribuzione di un fatto da cui sono derivate conseguenze dannose, stante l'effetto estintivo del tempo sugli effetti penali della pronuncia di condanna), precisazione che s'impone nei limiti della rilevanza del concetto ai fini della deducibilità del vizio di travisamento della prova, tenuto conto del *novum* probatorio (perizia) conseguito alla disposta rinnovazione dell'istruttoria in appello.

In tal caso, infatti, il materiale probatorio esaminato dalla corte territoriale si è certamente arricchito degli esiti della perizia disposta in grado d'appello, cosicché deve ritenersi deducibile il vizio di travisamento della prova, sia pur in ipotesi di "doppia conforme", proprio perché il giudice d'appello, per rispondere alle critiche contenute nei motivi del gravame, ha richiamato dati probatori non esaminati dal primo giudice [cfr. sez. 4 n. 5615 del 13/11/2013 Ud. (dep. 04/02/2014), Rv. 258432 (in fattispecie in cui era stata disposta perizia

collegiale in grado d' appello)) e allorchè il dato probatorio asseritamente travisato sia stato per la prima volta introdotto come oggetto di valutazione nella motivazione del provvedimento di secondo grado [cfr. sez. 2 n. 7986 del 18/11/2016 Ud. (dep. 20/02/2017), Rv. 269217]. Tuttavia, deve tenersi fermo il principio secondo cui esso non è deducibile con riferimento a quelle parti della sentenza che abbiano esaminato e valutato in modo conforme elementi istruttori, suscettibili di autonoma considerazione, comuni al primo ed al secondo grado di giudizio [cfr. sez. 5 n. 18975 del 13/02/2017, Rv. 269906; sez. 4 n. 5615 del 13/11/2013 Ud. (dep. 04/02/2014), Rv. 258432].

5.2. Sulla scorta di tali premesse, dovranno quindi essere valutate le doglianze riguardanti la razionalità della giustificazione che la corte ambrosiana ha dato dell'utilizzo delle informazioni scientifiche ricollegabili esclusivamente al dato probatorio nuovo, tenuto conto della pertinente precisazione offerta dallo stesso giudice d'appello: l'accertamento in punto di fatto (imposto evidentemente dalla necessità di disporre di conoscenze di tipo tecnico, appannaggio della scienza) ha fornito informazioni ritenute tali da avvalorare la ricostruzione dei fatti operata dai consulenti del pubblico ministro, laddove le conclusioni in diritto, che gli ausiliari del giudice sembrano aver voluto parimente rassegnare nell'elaborato peritale, restano affidate alla valutazione del giudice.

Peraltro, la deducibilità del vizio in esame nel caso concreto non può, comunque, travalicare i limiti del sindacato di legittimità con riferimento ai dedotti vizi della motivazione. Esso è inteso, infatti, a verificare che quest'ultima: a) sia "effettiva", ovvero realmente idonea a rappresentare le ragioni che il giudicante ha posto a base della decisione adottata; b) non sia "manifestamente illogica", perché sorretta, nei suoi punti essenziali, da argomentazioni non viziate da evidenti errori nell'applicazione delle regole della logica; c) non sia internamente "contraddittoria", ovvero esente da insormontabili incongruenze tra le sue diverse parti o da inconciliabilità logiche tra le affermazioni in essa contenute; d) non risulti logicamente "incompatibile" con "altri atti del processo" (indicati in termini specifici ed esaustivi dal ricorrente nei motivi posti a sostegno del ricorso) in misura tale da risultarne vanificata o radicalmente inficiata sotto il profilo logico [cfr. sez. 1 n. 41738 del 19/10/2011, Rv. 251516 (in cui si è precisato che gli atti del processo invocati dal ricorrente a sostegno del dedotto vizio di motivazione non devono semplicemente porsi in contrasto con particolari accertamenti e valutazioni del giudicante, ma devono essere autonomamente dotati di una forza esplicativa o dimostrativa tale che la loro rappresentazione risulti in grado di disarticolare l'intero ragionamento svolto dal giudicante, determinando al suo interno radicali incompatibilità, così da vanificare o da rendere manifestamente incongrua o contraddittoria la motivazione); sez. 6 n. 45036 del 02/12/2010, Rv. 249035].

I principi sopra richiamati vanno intesi alla luce di quelli, parimenti consolidati, formulati in tema di tecnica di redazione dei provvedimenti giudiziari, con riferimento al rinvio che il giudice d'appello faccia alla sentenza di primo grado. Sul punto, pare sufficiente ricordare che è certamente legittima la motivazione *per relationem* della sentenza di secondo grado, che recepisca in modo critico e valutativo quella impugnata, nel caso in cui le censure formulate dall'appellante non contengano elementi di novità rispetto a quelle già condivisibilmente

esaminate e disattese dalla sentenza richiamata (cfr. sez. 2 n. 30838 del 19/03/2013, Rv. 257056; sez. 4 n. 38824 del 17/09/2008, Rv. 241062), limitandosi a ripercorrere e ad approfondire alcuni aspetti del complesso probatorio oggetto di contestazione da parte della difesa, ed omettendo di esaminare quelle doglianze dell'atto di appello, che avevano già trovato risposta esaustiva nella sentenza del primo giudice [cfr. Sez. 2 n. 19619 del 13/02/2014, Rv. 259929; Sez. 6 n. 48428 dell'08/10/2014, Rv. 261248 e n. 53420 del 04/11/2014, Rv. 261839; Sez. U. n. 17 del 21/06/2000, *Primavera*, Rv. 216664 (in cui sono analiticamente indicati gli elementi che rendono tale tecnica motivazionale del tutto legittima)].

Per finire, non va neppure dimenticato, con riferimento ai limiti di deducibilità del vizio di travisamento della prova, che in nessun caso esso può implicare il travalicamento del principio d'intangibilità della valutazione nel merito del risultato probatorio (cfr. sez. 6 n. 5146 del 16/01/2014, Rv. 258774; sez. 1 n. 24667 del 15/06/2007, Rv. 237207), rimanendo esclusa la possibilità che la verifica sulla correttezza e completezza della motivazione si tramuti in una nuova valutazione delle risultanze acquisite, da contrapporre a quella effettuata dal giudice di merito (cfr. sez. 4 n. 35683 del 10/07/2007, Rv. 237652).

5.3. Alla luce dei suindicati principi vanno, pertanto, esaminate tutte le doglianze ed argomentazioni difensive concernenti la giustificazione scientifica del nesso di causalità, anche sotto il profilo della rilevanza ed esigibilità della condotta alternativa lecita.

Su entrambi i temi consta una motivazione esaustiva, oltre che logica e non contraddittoria, rispetto alla quale le censure difensive si pongono ai limiti della stessa ammissibilità, alla luce di quanto sopra precisato.

La corte di cassazione, infatti, non è giudice del sapere scientifico, giacché non detiene proprie conoscenze privilegiate, ma è solo chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio ad esso da parte del giudice di merito (cfr. sez. 4 n. 43786 del 17/09/2010, *Cozzini e altri*). Entro questi limiti, pertanto, non può considerarsi vizio della motivazione in sé <<l'omesso esame critico di ogni più minuto passaggio della relazione tecnica disattesa, poiché la valutazione delle emergenze processuali è affidata al potere discrezionale del giudice di merito, il quale, per adempiere compiutamente all'onere della motivazione, non deve prendere in esame espressamente tutte le argomentazioni critiche dedotte o deducibili, ma è sufficiente che enunci con adeguatezza e logicità gli argomenti che si sono resi determinanti per la formazione del suo convincimento>> (cfr., in motivazione, sez. 4 n. 50078 del 19/10/2017, *Cavazza*, Rv. 270985).

5.4. L'approfondimento istruttorio, nel caso in esame, ha consentito al giudice d'appello di convalidare l'affermazione secondo cui la perforazione peritoneale era già avvenuta nella notte tra il 25 e il 26 settembre 2010, rendendo tardivo ogni intervento chirurgico successivo alle sei ore; l'intervento tempestivo sarebbe stato salvifico e non fu approntato a causa dell'errore nella diagnosi, sulla cui evitabilità (e conseguente rimproverabilità agli imputati) la corte territoriale ha opportunamente sottolineato l'esistenza dei segni clinici e strumentali tali da poterla effettuare, tenuto conto delle verifiche pur inizialmente orientate dal ... in maniera corretta e del dato evidenziato dai periti, secondo cui una diagnosi differenziale di perforazione del duodeno era possibile sin dalla prima T.A.C., vale a dire alle ore 23:30 del 25

settembre 2010. Inoltre, il giudice d'appello, per fondare il giudizio di rimproverabilità della condotta anche in termini di imperizia grave, ha richiamato la circostanza (peraltro comune ad entrambi gli imputati, alla luce dell'accertata identità delle fonti di conoscenza dei quali i due disponevano allorchè concordarono la diagnosi errata) che il chirurgo addominale aveva preso in considerazione la diagnosi corretta in alternativa a quella incentrata sull'area renale, laddove aveva scartato la seconda (errata) senza tuttavia sondare la prima e formulando, d'intesa con il [redacted] una ulteriore diagnosi, a sua volta errata.

Trattasi di percorso motivazionale del tutto congruo, logico e non contraddittorio, coerente con le evidenze acquisite nel corso del giudizio di primo grado, ma anche con l'accertamento peritale disposto in appello, alla stregua della precisazione doverosamente operata in premessa dalla corte territoriale, che sottrae la sentenza impugnata alle censure formulate da parte ricorrente.

6. La sentenza deve pertanto essere annullata senza rinvio agli effetti penali per essere il reato estinto per prescrizione, con rigetto dei ricorsi agli effetti civili e condanna dei ricorrenti alla rifusione delle spese sostenute dalle costituite parti civili, nei limiti di cui al dispositivo.

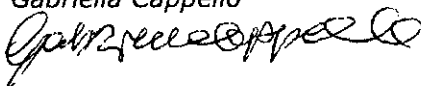
**P.Q.M.**

Annulla senza rinvio la sentenza impugnata agli effetti penali perché il reato è estinto per prescrizione. Rigetta i ricorsi agli effetti civili e condanna [redacted] e [redacted] in solido al pagamento delle spese processuali sostenute dalle parti civili costituite che liquida in complessivi euro tremila in favore di [redacted] oltre accessori come per legge ed in complessivi euro tremila in favore di [redacted] oltre accessori come per legge.

Deciso in Roma il 13 novembre 2018

Il Consigliere estensore

Gabriella Cappello



Il Presidente

Fausto Izzo

