



REPUBBLICA ITALIANA  
In nome del Popolo Italiano  
**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**  
QUARTA SEZIONE PENALE

Composta da:

PATRIZIA PICCIALLI	- Presidente -	Sent. n. sez. 1122/2018
CARLA MENICHETTI		UP - 24/05/2018
EMANUELE DI SALVO		R.G.N. 48748/2017
ANDREA MONTAGNI		
MAURA NARDIN	- Relatore -	

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

sui ricorsi proposti da:

FC	nato a TARANTO il	X	1953
FL	nato a SALERNO il	X	1957

avverso la sentenza del 17/03/2017 della CORTE APPELLO SEZ.DIST. di TARANTO  
visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;  
udita la relazione svolta dal Consigliere MAURA NARDIN;  
udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore FRANCESCO SALZANO  
che ha concluso chiedendo

Il Proc. Gen. conclude per il rigetto

udito il difensore

E' presente l'avvocato PETRONE CARLO del foro di TARANTO in difesa di:

FC il quale insiste per l'accoglimento del ricorso.

E' presente l'avvocato GARZONE FRANCESCO del foro di Taranto con delega depositata in aula in sostituzione dell'avv ERRICO RAFFAELE del foro di TARANTO in difesa di:

FL il quale insiste per l'accoglimento del ricorso e l'annullamento della sentenza.

**RITENUTO IN FATTO**

1. Con sentenza del 17 marzo 2017 la Corte d'appello di Taranto ha parzialmente riformato, riducendo la pena ed eliminando le statuizioni civili, la sentenza del G.U.P. del Tribunale di Taranto con cui è stata ritenuta la penale responsabilità di CF e LF in ordine al reato di cui all'art. 589 comm 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> cod. pen. per avere, in cooperazione fra loro, nella rispettiva qualità di dirigenti medici di medicina e chirurgia e di accettazione ed urgenza, presso l'Ospedale X, cagionato la morte di SC, omettendo di somministrare al medesimo- vittima di un sinistro stradale ed affidato alle loro cure ospedaliere- la terapia eparinica indicata dalle linee guida, che prevedono per i pazienti con periodo di allettamento superiore a tre giorni, nonché per coloro che abbiano età superiore agli anni 40 o si trovino in situazione di sovrappeso corporeo, la terapia antitrombotica, così determinando l'insorgenza del trombo nelle vene dell'arto inferiore destro, con conseguente arresto cardiaco respiratorio, secondario ad tromboembolia acuta massiva, cui seguiva il decesso.

2. Il fatto, per quanto non contestato con i motivi formulati in questa sede, può essere riassunto come segue: il giorno 8 giugno 2011 SC, religioso dell'età di 71 anni, restava coinvolto in un incidente stradale, perché alla guida della sua auto, entrava in collisione con l'automobile di TC, giudicato separatamente. Soccorso dal servizio 118, veniva trasportato presso l'Ospedale X ove gli veniva diagnosticata la frattura della VII costa destra, in politrauma della strada, ferita lacero-contusa in regione occipitale destra e contusioni multiple. Sottoposto a TAC total body, emergeva esclusivamente l'infrazione del VI elemento costale, in corrispondenza della linea ascellare media e l'infrazione dell'ala scapolo-omolaterale. Trasferito nel reparto di "osservazione breve", ivi rimaneva ricoverato sino al 12 giugno 2011, allorquando veniva dimesso con diagnosi di "infrazione della VI costa destra e dell'ala scapolare omolaterale in politrauma contusivo della strada; trauma cranico non commotivo con ferita lacerocontusa in regione occipitale destra" e con le seguenti prescrizioni " fans al bisogno più eventuale protezione gastrica (...) levofloxacina per 5 giorni (...) riposo domiciliare" con rinvio al medico curante. Presso la propria abitazione il C veniva assistito da persone di famiglia e da un assistente domiciliare. Il giorno 17 giugno 2011, dopo la colazione, egli cominciava a accusare difficoltà di respirazione, nuovamente allertato il 118, veniva sottoposto a manovre di rianimazione e giungeva all'ospedale in arresto cardiocircolatorio. L'esame autoptico rivelava che il paziente era deceduto a causa di un arresto cardiorespiratorio secondario tromboembolia acuta massiva, con occlusione

trombotica totale degli imbrochi di entrambe le arterie polmonari. Secondo l'esito dell'esame istologico il trombo risultava " fibrino-leucocitario", cioè di recente formazione, in assenza di alterazioni patologiche degli organi interni tali da giustificare una formazione autoctona.

3. Le sentenze di primo grado e di appello ritengono la sussistenza della condotta colposa degli imputati sulla scorta della ricostruzione e dell'analisi del perito nominato dal giudice per le indagini preliminari, ritenuto esperto ematologo, secondo il quale, a mente delle linee-guida contenute nel *Padua prediction score*, il C presentava un indice di rischio di tromboembolia pari almeno a 4, trattandosi di paziente anziano (1) ed in situazione di ipomobilità (3), punteggio che avrebbe dovuto indurre i medici a somministrare la profilassi eparinica. La profilassi, secondo il perito, avrebbe con altissima probabilità bloccato l'embolia polmonare, quantomeno nella sua entità, non potendosi peraltro sostenere, come preteso dagli imputati, la non somministrabilità a domicilio del farmaco, posto che siffatta raccomandazione, pur richiamata nelle linee guida, è classificata 2C e quindi dotata di scarso significato, perché non documentata da sufficienti studi clinici.

3.1 La Corte, dunque, conferma la sentenza di primo grado ritenendo provato sia il fattore di rischio rappresentato dall'ipomobilità del paziente, prolungatasi anche oltre i tre giorni del ricovero, che la natura fibrino-leucocitaria del trombo, tipica di un'insorgenza recentissima. E ciò, anche tenendo in considerazione il fatto che dalla relazione di servizio compilata dal F era emerso come il medico non si fosse prospettato la possibilità del rischio trombotico, ma solo di quello emorragico, tanto è vero che ripeté più volte l'esame emocromocitometrico per escludere l'evenienza di emorragie occulte postraumatiche, dimettendo il paziente, a fronte dell'esito rassicurante di siffatta analisi ematica, con la prescrizione di antidolorifici al bisogno, di un antibiotico e di riposo domiciliare.

3.2 La sentenza del giudice di appello rigetta, inoltre, il motivo formulato da entrambi gli imputati relativo alla mancata applicazione dell'art. 3 della l. 158/2012, condividendo con il primo giudice l'inapplicabilità della disciplina non difettandone il presupposto, per l'assoluto discostamento dell'agire dei medici dalle linee guida e dalle buone pratiche.

4. Avverso la sentenza della Corte territoriale propongono impugnazione CF e LF, mezzo dei rispettivi difensori.

5. Il primo affida il ricorso a due motivi.

6. Con il primo si duole della violazione della legge penale e della legge processuale in relazione all'art. 40, comma 2<sup>^</sup> e 41 cod. pen. ed agli artt. 192 e 546 lett. e) cod. proc. pen. e del vizio di motivazione per non avere la sentenza

tenuto in alcuna considerazione gli specifici motivi di censura proposti con l'atto di appello. Rileva l'assenza di spiegazione conferente circa la riferibilità causale dell'evento alle scelte terapeutiche poste in essere dal F che ebbe in cura il C solo durante il periodo di "osservazione breve" presso il nosocomio. Osserva che così come il primo giudice anche il secondo, benché sollecitato dall'impugnazione, ha ommesso il confronto con le argomentazioni dei consulenti di parte, secondo i quali non poteva applicarsi ad un soggetto non politraumatizzato l'allettamento o l'immobilizzazione prolungata, considerata causa della tromboembolia, ma non oggetto della prescrizione dei sanitari. Sottolinea che, in ogni caso, l'ipomobilità è cosa diversa dall'allettamento e che solo in questo secondo caso è indicata nel politraumatizzato la somministrazione di eparina. Rimarca che la corretta valutazione delle consulenze di parte avrebbe consentito di chiarire come la comparazione fra costi e benefici della terapia eparinica fu adeguatamente valutata in sede ospedaliera. Sostiene che la Corte uniformandosi pedissequamente al primo giudice è incorsa in un grave vizio processuale e motivazionale consistito nell'aver ommesso la valutazione formale e scientifica degli assunti tecnico-difensivi, con ovvie conseguenze in tema di nesso causale e di giudizio contro-fattuale.

7. Con il secondo motivo fa valere la violazione di legge con riferimento all'art. 3 del d.l. 158/2012 conv. con modifiche nella L. 189/2012. Rileva che la Corte territoriale, allineandosi al primo giudice, esclude l'applicabilità della c.d Legge Balduzzi senza avere proceduto d'ufficio, come ritenuto doveroso dalla giurisprudenza di legittimità, all'accertamento del grado di colpa, al fine di verificare se la condotta del sanitario fosse o no aderente alle linee guida accreditate. Parimenti omessa è stata la rilettura della vicenda oggetto del processo, a fronte dell'entrata in vigore della legge 8 marzo 2017, n. 24, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, proprio il giorno della pronuncia della sentenza di secondo grado, in data 17 marzo 2017 con termine di *vacatio* al 1° aprile 2017. A mente della nuova normativa che ha introdotto l'art. 590 sexies cod. pen., infatti, la punibilità deve ritenersi esclusa laddove siano state rispettate le linee guida e le raccomandazioni previste ovvero, in loro assenza, le buone pratiche cliniche assistenziali, sempre che risultino adeguate alla specificità del caso. Chiede l'annullamento della sentenza impugnata.

8. L'imputato LF affida il ricorso a due distinti motivi.

9. Con il primo lamenta il vizio di omessa motivazione e manifesta illogicità e contraddittorietà della sentenza, in ordine all'affermazione di responsabilità dell'imputato, limitandosi la sentenza di appello a condividere le motivazioni del primo giudice, ignorando del tutto il contenuto delle doglianze formulate con il gravame, cui risponde in modo solo apparente. Si duole, in particolare, che la

Corte territoriale abbia ommesso di considerare, ai fini dell'individuazione del corretto trattamento farmacologico, la differenza fra un paziente medico ed un paziente chirurgico, pur essendo l'argomento sollecitato in sede di impugnazione, senza comprendere che la qualità del paziente – in questo caso paziente medico-costituisce uno dei passi necessari per valutare quali cure somministrare; né si è premurata di distinguere fra allettamento, mai prescritto dai medici, e riduzione di mobilità, fatta rientrare dal primo giudice nella nozione di ipomobilità, la cui ricorrenza nel caso di specie la Corte dà per pacifica sulla base di elementi del tutto equivoci, quali l'utilizzo di analgesici, del catetere, la stipsi, l'esecuzione di una radiografia "direttamente a letto" (comportamento questo ritenuto indice del rifiuto di alzarsi a causa dei dolori). Sottolinea l'incongruenza della verifica probatoria, che non individua il momento in cui sarebbe iniziata la fase di ipomobilità (dandosi atto anche in sentenza, che il C fu notato in piedi il giorno del ricovero), di modo che la condivisione della ricostruzione del giudice di primo grado passa per una serie di omissioni che includono i contributi scientifici offerti, privi di effettiva e doverosa disamina. Conclude osservando come manchino le condizioni per saldare in un'unica motivazione le sentenze di merito, il che consente di superare il canone di inattaccabilità della c.d. doppia conforme.

10. Con il secondo motivo lamenta la violazione di legge in relazione alla corretta applicazione degli artt. 40, comma 2<sup>^</sup>, 41 cod. pen. e degli artt. 192. 546 lett. e) cod. proc. pen. e dell'art. 3 del d.l. 158/2012 e dell'art. 6 della l. 8 marzo 2017. La doglianza ripercorre le questioni proposte con il secondo motivo introdotto dall'imputato F. Anche l'imputato F conclude per l'annullamento della sentenza.

#### CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I ricorsi vanno respinti.

2. Le censure proposte sono stanzialmente sovrapponibili. Entrambi i ricorrenti, infatti, lamentano che il giudice di appello, aderendo in modo acritico alla sentenza impugnata, abbia sostanzialmente ommesso di confrontarsi con i motivi di gravame proposti con l'atto di appello.

2.1 Innanzitutto, si dolgono della mancata valutazione dei contributi tecnico-scientifici forniti dalle consulenze di parte che, ignorati dalla Corte pur richiesta di esaminarli, dimostravano, per un verso, che i sanitari effettuarono una adeguata valutazione del paziente, considerando i costi ed i benefici della terapia eparinica in soggetto non politraumatizzato, per altro, che per quel tipo di patologia non è previsto alcun allettamento e che, dunque, una simile terapia non si rendeva necessaria, essendo, d'altra parte, l'interessato un paziente

medico e non un paziente chirurgico (distinzione anche questa non considerata dal collegio del merito).

2.2 In secondo luogo, osservano che l'immobilizzazione prolungata del paziente, che la Corte assume pacifica e sostanzialmente prevedibile sulla base di dati del tutto equivoci (uso di analgesici, stipsi, inusuale effettuazione di una radiografia in posizione allettata), non fu affatto una scelta o un'indicazione dei sanitari e che dall'ipomobilità, che le sentenze fanno coincidere con l'allettamento, ai fini dell'applicazione del *Padua prediction score*, eventualmente intervenuta – secondo quanto riferito dall'assistente domiciliare- dopo le dimissioni, non può ricavarsi -a contrario- l'ipomobilità durante il ricovero. Mancherebbe, pertanto, il presupposto stesso della valutazione dello *score* di rischio tromboembolico, al momento delle dimissioni. Ed ancora, rilevano la sussistenza di evidenze probatorie contrarie, dalle quali, invece, dovrebbe desumersi che tanto al momento del ricovero, che durante il medesimo, il paziente fu visto in piedi e fece alcuni limitati movimenti. Dunque, l'impossibilità di stabilire quando si verificò l'ipomobilità, stante l'avvio del paziente al medico curante, deve condurre ad escludere la riferibilità dell'evento alla condotta dei sanitari ospedalieri.

3. Si tratta di motivi che appaiono destituiti di fondamento. E' vero, infatti, che la decisione della Corte di appello si allinea alle conclusioni del giudice di primo grado, ma solo dopo un'attenta disamina di tutte le censure proposte dai gravami.

3.1 Senza ripercorrere integralmente il ragionamento della sentenza di appello è sufficiente dar atto che ivi si affronta la questione dell'attribuzione dello *score* di rischio, espressamente rispondendo alle censure degli imputati- secondo i quali il trauma non poteva classificarsi come trauma maggiore e quindi non richiedeva terapia antitrombotica- condividendo la correttezza del ragionamento del primo giudice. La sentenza, infatti, chiarisce l'inconferenza dell'argomento difensivo, alla luce dei criteri del *Padua prediction score*, accreditato dalle linee guida internazionali, che non rimettono alla condizione di paziente semplicemente curato con i farmaci o sottoposto a misure chirurgiche il rischio trombotico, ma all'età anagrafica, di per sé fattore di rischio (1) ed all'allettamento, cui il modello decisionale predittivo parifica espressamente l'ipotesi di ipomobilità prolungata per almeno tre giorni (in cui è compreso il breve spostamento in bagno).

3.2 Il passaggio decisionale della sentenza è chiarissimo ed esamina proprio gli argomenti scientifici sottoposti con gli atti di appello. D'altro canto, il collegio affronta anche la questione, pure sollecitata dagli imputati, della prova dell'ipomobilità e, lungi dal ricavare dall'atteggiamento asseritamente

rinunciario del paziente, successivo alle dimissioni (rifiuto di alzarsi dal letto per il dolore) riferito dall'assistente domiciliare, ricavano da specifici indici rilevati in ospedale la condizione di ipomobilità. La circostanza che detti indici siano i medesimi tenuti in considerazione dal primo giudice non significa affatto che la Corte non abbia riposto alle doglianze, ma solo che il quadro probatorio è quello emerso in giudizio e cioè quello sulla base del quale il giudice di primo e quello di secondo grado sono tenuti a formare il loro convincimento.

3.3 Peraltro, la lettura della motivazione dimostra che il Collegio ha risposto a ciascuna delle questioni poste dagli imputati, ritenendo che l'ipomobilità osservata nel corso del ricovero per oltre tre giorni e le concrete condizioni del paziente rendessero facilmente prevedibile il protrarsi di quella situazione, anche avuto riguardo al fatto che al medesimo non fu prescritto di muoversi, né gli fu vietato l'allettamento. In più, concorreva alla necessità di prescrizione di terapia antitrombotica, secondo la Corte, la presenza di D-Dimeri (prodotto di degradazione della fibrina, proteina responsabile della formazione di coaguli) in misura dieci volte superiore al normale livello, perché pur essendo il dato, come ampiamente spiegato dal perito, indice aspecifico, esso concorreva con l'elevato *score*, dimostrando una volta di più la necessità della prescrizione, anche in assenza di sintomi espliciti.

3.4 E', dunque, evidente che la Corte d'appello non ha affatto evitato di confrontarsi con le censure avanzate dagli imputati, ma le ha semplicemente confutate avendo riguardo alle emergenze processuali. Così ha fatto anche in relazione alle sollecitazioni provenienti dai consulenti di parte, riprodotte in sede di appello, certamente condividendo il ragionamento del primo giudice, ma aggiungendovi -in risposta alle censure- che i consulenti di parte, secondo i quali la terapia eparinica presentava un rischio di emorragia sostanzialmente coincidente con la riduzione del rischio di trombo embolia, avevano omesso l'indicazione di linee guida contrarie al *Padua prediction score*. Sicché lo studio scientifico del 2007, cui essi facevano riferimento, era privo della necessaria validazione scientifica, neppure citata dai consulenti, indispensabile per assumerne gli esiti in giudizio. Ed invero, chiarisce la Corte territoriale, sebbene non spetti al giudice la verifica e la validazione di studi scientifici, quantomeno spetta a chi vi si riferisca indicarne la fonte di corroborazione scientifica. Infine, e così definitivamente la sentenza impugnata risponde ai motivi di appello, del tutto coerente con le premesse è il ragionamento con cui il primo giudice, riprendendo proprio quanto riferito dal perito in sede di contraddittorio, chiarisce che nessuna antinomia è possibile cogliere fra quanto sostenuto dal medesimo perito in sede di audizione, secondo cui la somministrazione avrebbe escluso al 100% o con elevatissimo grado di probabilità la morte del paziente, con quanto

contenuto nella relazione scritta, secondo cui la profilassi avviata durante la degenza avrebbe ridotto il rischio. Perché, sottolinea il Collegio, l'apparente contrasto è spiegato esaurientemente nella relazione scritta, secondo cui la somministrazione del farmaco, stabilizzando la coagulazione, evita comunque l'occlusione completa dei vasi, che costituisce, in simili situazioni, l'unica causa di morte. Anche con riferimento a queste osservazioni tese a confutare la sentenza di primo grado, la Corte fornisce argomenti specifici che, passando per l'esame ed il rigetto dei motivi di impugnazione, conducono alla conferma della penale responsabilità.

4. Ebbene questo preambolo, necessario all'analisi dei motivi proposti, dimostra che le doglianze avanzate in questa sede altro non sono che la surrettizia deduzione di un'asserita carenza di motivazione della sentenza di merito, volta ad ottenere una rivalutazione delle prove ed un sostanziale apprezzamento di fatto, pacificamente vietato in questa sede.

5. Il secondo motivo formulato dai ricorrenti, di identico contenuto, va parimenti respinto.

5.1 Non può che condividersi il giudizio della Corte territoriale che esclude l'applicabilità della disposizione dell'art. 3 del d.l. 158/2012 conv. dalla L. 189/2012. E' pur vero, infatti, come sostiene il ricorrente, che secondo l'orientamento maturato in sede di legittimità, in sede di vigenza del c.d. decreto Balduzzi: "la limitazione della responsabilità del medico in caso di colpa lieve, prevista dall'art. 3, comma primo, legge 8 novembre 2012, n.189, opera, in caso di condotta professionale conforme alle linee guida ed alle buone pratiche, anche nella ipotesi di errori connotati da profili di colpa generica diversi dall'imperizia. (In motivazione la Corte ha precisato che tale interpretazione è conforme al tenore letterale della norma, che non fa alcun richiamo al canone della perizia e risponde alle istanze di tassatività dello statuto della colpa generica delineato dall'art. 43 comma terzo, cod. pen.). (Sez. 4, n. 23283 del 11/05/2016 - dep. 06/06/2016, Denegri, Rv. 26690301). Nondimeno, il presupposto applicativo è la conformità della condotta alle linee guida, ove esistenti, ed alle buone pratiche, pacificamente mancata nel caso di specie, non avendo i sanitari neppure correttamente approfondito la valutazione dello score di rischio, come accertato con sentenza doppia conforme di merito. Il che consente di affermare la sussistenza di una colpa grave dei medici, rilevante non solo ai sensi del d.l. 158/2012, ma anche rispetto ai criteri generali regolanti la colpa medico-professionale prima dell'entrata in vigore della legge disciplinante in modo specifico la colpa medica.

5.2 Né può porsi la questione della valutazione della disciplina penale più favorevole in conseguenze dell'entrata in vigore della L. 24/2017, posto il

recente insegnamento delle Sezioni Unite secondo cui "In tema di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, l'abrogato art. 3 comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, si configura come norma più favorevole rispetto all'art. 590-sexies cod. pen., introdotto dalla legge n. 24 del 2017, sia in relazione alle condotte connotate da colpa lieve da negligenza o imprudenza, sia in caso di errore determinato da colpa lieve da imperizia intervenuto nella fase della scelta delle linee-guida adeguate al caso concreto." (Sez. U, n. 8770 del 21/12/2017 - dep. 22/02/2018, Mariotti e altro, Rv. 27217501).

6. Alla reiezione dei ricorsi consegue la condanna dei ricorrenti al pagamento delle spese processuali

**P.Q.M.**

Rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali

Così deciso il 24/05/2018

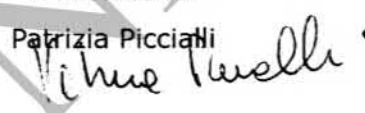
Il Consigliere estensore

Maura Nardin



Il Presidente

Patrizia Picciati



Depositata in Cancelleria

Oggi

25 GIU. 2018



Il Funzionario Giudiziario  
Patrizia Cierra

