

33405-18



REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

QUARTA SEZIONE PENALE

In caso di diffusione o di riproduzione del presente provvedimento per finalità di informazione giuridica, omettere le generalità e gli altri dati identificativi indicati nell'allegato provvedimento, a norma dell'art. 52 del D.L. n. 198 del 2003.

Il Funzionario Giudiziario
Patrizia Gloria
IL CANCELLIERE

Composta da:

FRANCESCO MARIA CIAMPI
EMANUELE DI SALVO
GABRIELLA CAPPELLO
VINCENZO PEZZELLA
MARIAROSARIA BRUNO

PUBBLICA UDIENZA
DEL 13/04/2018

- Presidente - Sent. n. sez.
791/2018

REGISTRO GENERALE
N.41062/2017

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

dalla parte civile DF nato il X /1971 a TRANI
dalla parte civile CRM nato il X 1973 a TRANI
dalla parte civile CU nato il X 1943 a TRANI
PROCURATORE GENERALE PRESSO CORTE D'APPELLO DI BARI
nel procedimento a carico di:

PG nato il X /1953 a SPECCHIA

avverso la sentenza del 28/11/2016 della CORTE APPELLO di BARI

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere EMANUELE DI SALVO

Udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore LUIGI CUOMO
che ha concluso per

Il Proc. Gen. conclude per l'annullamento con rinvio

Udito il difensore

E' presente per le parti civili l'avvocato SFRECOLA RUGGIERO del foro di TRANI
in difesa di:

DF

CRM

CU

, il quale deposita conclusioni e nota spese e si riporta ai motivi di ricorso.

E' presente l'avvocato NANNA VITO del foro di BARI in difesa di:

PG

, il quale si riporta ai motivi di ricorso.

Cassazione.net

RITENUTO IN FATTO

1. Il Procuratore generale presso la Corte d'appello di Bari e le parti civili DF, CRM e CU ricorrono per cassazione avverso la sentenza in epigrafe indicata, con la quale, in riforma della pronuncia di condanna emessa in primo grado, PG è stata assolta, perché il fatto non sussiste, dal reato di cui all'art. 589 cod. pen. perche, in cooperazione colposa con altri medici dell'ospedale pediatrico X, in qualità di anestesista, nell'intervento chirurgico sul piccolo DN, nel cercare ripetutamente di incannulare le vene del collo del paziente, perforava la cupola pleurica, così provocando un sanguinamento che determinava il decesso del bambino. In Bari il 17 dicembre 2007.

2. Il Procuratore generale ricorrente deduce violazione di legge e vizio di motivazione, in quanto, pur in presenza della prescrizione del reato, il giudice a quo è pervenuto a sentenza assolutoria trascurando del tutto le risultanze della consulenza autoptica, da cui emerge che l'imputata non intervenne affatto in una situazione di emergenza, poiché l'intervento era programmato e non avvenne in via di urgenza, e le condizioni generali del paziente erano discrete, con buona ossigenazione, come emerge dal diario infermieristico. Il bambino non versava, dunque, in condizioni critiche, come hanno affermato tutti i consulenti medico-legali intervenuti nella vicenda e come è confermato sia dalle testimonianze dei genitori che dalle dichiarazioni del coimputato, dr. G. Soltanto dopo l'infruttuoso tentativo, da parte della P, di incannulare la giugulare interna si verificò l'insorgenza di difficoltà respiratorie del paziente e le sue condizioni generali divennero critiche. E il consulente autoptico ha affermato, al riguardo, che è raccomandabile non ripetere la manovra dopo due tentativi falliti e che la morte del piccolo paziente deve ascriversi ad una censurabile condotta di colui che, allorquando risultò infruttuoso l'accesso chirurgico posto in essere al livello della regione prossimale della coscia sinistra, con isolamento della vena safena prossimale, provò a reperire altra vena sia agli arti che in giugulare interna. La prova in giugulare interna fu produttiva infatti di un emotorace bilaterale, a cui rapportare la morte. Tutte le predette prove risultano essere state effettuate esclusivamente dall'imputata. I periti hanno anche chiarito che, in situazioni di emergenza, nelle linee-guida viene indicata la puntura intraossea come prima procedura alternativa in caso di tre tentativi falliti di cannulazione di un vaso, proprio a causa dell'elevata difficoltà tecnica di esecuzione della cannulazione della vena giugulare interna. I periti hanno anche evidenziato che l'emotorace, pur costituendo una delle complicanze letali più frequenti, ha una

bassa incidenza complessiva. È perciò evidente che, aumentando i tentativi infruttuosi di incannulamento di un vaso centrale, aumentano conseguentemente i rischi di attualizzare la complicità. Già con cinque tentativi falliti si hanno complicanze di natura meccanica, come la perforazione delle cupole pleuriche e l'emotorace, in un percentuale pari all'85% dei casi circa. Nel nostro caso le prove di reperimento delle giugulari interne furono ben sette, sicché è intuitivo che la complicità dell'emotorace bilaterale, con così tanti tentativi falliti, aveva un rischio molto elevato di verificarsi, con conseguenze letali. Nella letteratura medica non risultano descritti casi in cui siano stati effettuati sette tentativi di incannulazione delle giugulari interne, fermandosi la casistica clinica ad un massimo di cinque. A ciò si aggiunga la notevole difficoltà tecnica di esecuzione, segnatamente nei pazienti di basso peso, come era il piccolo NP , che a 17 mesi pesava solo 6,5 kg, a causa degli spazi anatomici ridotti, della natura del tessuto cutaneo e sottocutaneo nonché della mobilità del vaso e della relativa tortuosità. Difficoltà che aumentavano ulteriormente la probabilità di causare complicanze letali e che avrebbero dovuto suggerire un atteggiamento più prudente e attendista, non essendovi indicazioni per un intervento d'urgenza.

3. Di tenore analogo le argomentazioni contenute nel ricorso delle parti civili, le quali evidenziano, in particolare, come dalla consulenza autoptica collegiale espletata, su incarico del pubblico ministero, emerga che il prodursi dell'emotorace denota la scarsa perizia dell'operatore che provò reiteratamente a reperire altra vena. In siffatta procedura è infatti fondamentale l'esperienza dell'operatore per ridurre i rischi della procedura, che poteva essere rimandata, in quanto il bambino non presentava un'insufficienza delle funzioni vitali. Né il giudice a quo spiega perché le infermiere LA e SP , che hanno riferito, nell'ambito di una deposizione contrassegnata da innumerevoli contraddizioni e incongruenze, di una situazione di assoluta emergenza, dovrebbero essere ritenute più attendibili dei consulenti del pubblico ministero e dei periti nominati dal G.i.p., tutti docenti universitari. Perfino il consulente dell'imputata ha ammesso che non vi era un imminente pericolo di vita e che poteva intervenire, magari nel pomeriggio, un chirurgo, che poteva essere più esperto nell'incannulamento della vena giugulare. Innumerevoli contraddizioni sono riscontrabili anche nelle dichiarazioni dell'imputata, che ha comunque ammesso che quando ella effettuò le prove alle giugulari interne non vi era ancora la situazione d'emergenza che si sarebbe prodotta soltanto successivamente. Il bambino dunque, che, per di più, era cosciente, in quanto la P i aveva praticato solo un'anestesia locale, morì soffocato per l'imperizia dell'imputata, che ebbe a ripetere la manovra per sette volte, fino a lesionare



entrambe le cupole pleuriche, cagionando un emotorace bilaterale e l'acquattamento di entrambi i polmoni nella cassa toracica. L'imputata non richiese nemmeno un esame radiologico di controllo dopo il primo accesso infruttuoso alla giugulare interna, nonostante le anomalie morfo-funzionali del piccolo, ben conosciute dalla dottoressa P , che aveva visitato il paziente prima dell'intervento e lo aveva seguito durante il suo ricovero. Ciò induce a ritenere che l'imputata potesse ragionevolmente prevedere la probabilità che insorgessero complicanze, con conseguenze letali.

Si chiede pertanto annullamento della sentenza impugnata.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I ricorsi sono fondati. In tema di sindacato del vizio di motivazione, infatti, il compito del giudice di legittimità non è quello di sovrapporre la propria valutazione delle risultanze processuali a quella compiuta dai giudici di merito, bensì di stabilire se questi ultimi abbiano esaminato tutti gli elementi a loro disposizione, se abbiano fornito una corretta interpretazione di essi, dando esaustiva e convincente risposta alle deduzioni delle parti, e se abbiano esattamente applicato le regole della logica nello sviluppo delle argomentazioni che hanno giustificato la scelta di determinate conclusioni, a preferenza di altre (Sez. U., 13-12-1995, Clarke, Rv. 203428). Il sindacato del giudice di legittimità sulla motivazione del provvedimento impugnato deve pertanto essere volto 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 sia esente da antinomie e da insormontabili incongruenze tra le sue diverse parti o 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 risultare radicalmente inficiata sotto il profilo della razionalità (Cass., Sez. 1, n. 41738 del 19/10/2011, Rv. 251516).

2. Nel caso in disamina, l'apparato logico posto a base della sentenza di secondo grado non è esente da vizi, non evincendosi con chiarezza sulla base di quali argomentazioni i giudici di merito siano pervenuti all'asserto relativo alla sussistenza di un sostrato probatorio idoneo a supportare adeguatamente la pronuncia assolutoria. La Corte territoriale si è infatti limitata ad osservare come



i periti nominati dal G.i.p., in sede di incidente probatorio, avessero evidenziato come la cannulazione della vena giugulare interna presenti non solo un elevatissimo rischio di trombosi reattiva ma anche una notevole difficoltà tecnica di esecuzione, segnatamente nei pazienti di basso peso, a causa degli spazi anatomici ridotti, della natura del tessuto cutaneo e sottocutaneo nonché della mobilità del vaso e della frequente relativa tortuosità. I periti non avevano escluso, inoltre, comprovandole statisticamente, le diverse complicanze associate all'inserimento di un catetere venoso centrale e avevano sottolineato la ricorrenza di complicanze meccaniche, a seguito di manovre di incannulamento di vene centrali, alcune delle quali precoci e potenzialmente letali. La lesione delle cupole pleuriche, che ha cagionato l'emotorace, così come accertato all'esito dell'esame autoptico, rientra statisticamente nelle complicanze letali più frequenti. Di qui la conclusione secondo la quale nella condotta posta in essere dalla Polimena non è certo possano ravvisarsi profili di colpa, a titolo di imperizia, poiché i periti avevano sostenuto che l'emotorace può verificarsi occasionalmente per cause non sempre attribuibili ad errori tecnici verificatisi nel corso della procedura di cannulamento venoso centrale e che non esiste una linea-guida che stabilisca il numero massimo di tentativi di cannulazione percutanea della vena giugulare. Tanto più che l'imputata era intervenuta in una fase post-chirurgica nel corso della quale le condizioni del piccolo erano già notevolmente aggravate, al punto tale da rendere il reperimento di un vaso necessario per cercare di fronteggiare una situazione di assoluta emergenza. L'apparato giustificativo del *decisum* non può però ridursi alla semplice riproduzione delle risultanze acquisite, dovendo il giudice elaborare il materiale probatorio disponibile e dare puntuale risposta agli interrogativi che la reg Giudicanda pone e alle argomentazioni delle parti (Cass., Sez. 6, n. 34042 del 11-2-2008, Napolitano).

3. In questa prospettiva, non può non rilevarsi come difetti, in primo luogo, una disamina della tematica relativa alla normativa applicabile alla fattispecie concreta in esame. Al riguardo, occorre rilevare come dall'epoca in cui si è verificato il fatto, nell'anno 2007, ad oggi si siano succedute ben tre normative. Nel 2007 l'ordinamento non dettava alcuna particolare prescrizione in tema di responsabilità medica. Erano dunque applicabili i principi generali in materia di colpa, alla stregua dei quali il sanitario era penalmente responsabile, ex art. 43 cod. pen., quale che fosse il grado della colpa. Era cioè indifferente, ai fini della responsabilità, che il medico versasse in colpa lieve o in colpa grave. Nel 2012 entrò in vigore il decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012 n. 189 (cosiddetta legge Balduzzi), il quale all'art. 3, comma 1,

stabiliva che l'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, si attenesse alle linee-guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non dovesse rispondere penalmente per colpa lieve. E' poi, di recente, entrata in vigore la legge 8 marzo 2017 n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco), la quale, all'art. 6, ha abrogato il predetto art. 3 d. l. n. 158 del 2012 e ha dettato l'art. 590 sexies cod. pen., attualmente vigente. Occorre dunque stabilire quale sia il regime applicabile al caso di specie. È in primo luogo da escludersi che quest'ultimo sia individuabile nell'assetto normativo vigente all'epoca del fatto. Abbiamo, infatti, appena rilevato come nel contesto del regime normativo originario la distinzione fra colpa lieve e colpa grave fosse del tutto irrilevante ai fini della responsabilità penale, potendo, al più, assumere rilievo nell'ottica del trattamento sanzionatorio, in quanto colpa lieve e colpa grave erano titoli del tutto equivalenti d'imputazione soggettiva dell'illecito. Sia il decreto Balduzzi che la legge Gelli-Bianco prevedono invece delle limitazioni alla responsabilità del medico che erano sconosciute al regime originario e costituiscono, dunque, entrambe, legge più favorevole, nell'ottica delineata dall'art. 2 cod. pen. Esclusa dunque l'applicabilità del regime vigente nel 2007, occorre stabilire quale delle due normative sopravvenute sia applicabile. Orbene, in questa prospettiva, va rilevato come il tenore testuale dell'art. 590 sexies, introdotto dalla legge n. 24 del 2017, nella parte in cui fa riferimento alle linee-guida, sia assolutamente inequivoco nel subordinare l'operatività della disposizione all'emanazione di linee-guida "come definite e pubblicate ai sensi di legge". La norma richiama dunque l'art. 5 l. n. 24 del 2017, che detta, come è noto, un articolato iter di elaborazione e di emanazione delle linee-guida. Dunque, in mancanza di linee-guida approvate ed emanate mediante il procedimento di cui all'art. 5 l. n. 24 del 2017, non può farsi riferimento all'art. 590 sexies cod. pen., se non nella parte in cui questa norma richiama le buone pratiche clinico-assistenziali, rimanendo, naturalmente, ferma la possibilità di trarre utili indicazioni di carattere ermeneutico dall'art. 590 sexies cod. pen., che, a regime, quando verranno emanate le linee-guida con il procedimento di cui all'art. 5, costituirà il fulcro dell'architettura normativa e concettuale in tema di responsabilità penale del medico. Ne deriva che la possibilità di riservare uno spazio applicativo nell'attuale panorama fenomenologico all'art. 590 sexies cod. pen. è ancorata all'opzione ermeneutica consistente nel ritenere che le linee-guida attualmente vigenti, non approvate secondo il procedimento di cui all'art. 5 l. n. 24 del 2017, possano venire in rilievo, nella prospettiva delineata dalla norma in esame, come buone pratiche clinico-assistenziali. Opzione ermeneutica non agevole ove si consideri che le linee guida differiscono notevolmente, sotto il profilo concettuale, prima ancora che tecnico-operativo, dalle buone pratiche

clinico- assistenziali, sostanziandosi in raccomandazioni di comportamento clinico sviluppate attraverso un processo sistematico di elaborazione concettuale, volto a offrire indicazioni utili ai medici nel decidere quali sia il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in specifiche circostanze cliniche (Cass., Sez. 4, n. 18430 del 5-11-2013, Rv. 261293). Esse consistono dunque nell'indicazione di standards diagnostico-terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica, a garanzia della salute del paziente (Cass., n. 11493 del 24-1-2013; Cass., n. 7951 dell' 8-10-2013, Rv. 259334) e costituiscono il condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi (Sez. U., n. 29 del 21-12-2017): e quindi qualcosa di molto diverso da una semplice buona pratica clinico-assistenziale. Laddove però volesse accedersi alla tesi, pur non esente da profili di problematicità, dell'equiparazione delle linee- guida attualmente vigenti - non approvate ed emanate attraverso il procedimento di cui all 'art. 5 l. n. 24 del 2017- alle buone pratiche clinico- assistenziali, previste dall'art. 590 sexies cod. pen., aprendo così la strada ad un'immediata operatività dei principi dettati da quest'ultima norma, la trama dei rapporti tra l'art. 3 d. l. 158 del 2012 e l'art. 590 sexies cod. pen. è quella, del tutto condivisibile, delineata dalle Sezioni unite, con la sentenza Mariotti. L'art. 3 d. l. n. 158 del 2012 è più favorevole dell'art. 590 sexies cod. pen in relazione alle contestazioni relative a comportamenti del sanitario, commessi prima dell'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco, connotati da negligenza o imprudenza con configurazione di colpa lieve, che solo per il decreto Balduzzi - e non anche per la legge Gelli-Bianco - erano esenti da responsabilità, quando risultava provato il rispetto delle linee-guida o delle buone pratiche accreditate. Ciò perché è incontrovertibile, sulla base del tenore testuale dell'art. 590 sexies, comma 2, cod. pen. che quest'ultima norma sia applicabile esclusivamente ai casi di imperizia mentre, in relazione all'art. 3 d. l. n. 158 del 2012, si era ritenuto, in giurisprudenza, che la limitazione della responsabilità in caso di colpa lieve, prevista da quest'ultima norma, pur trovando il proprio terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia, potesse venire in rilievo anche quando il parametro valutativo della condotta dell'agente sia quello della diligenza (Cass., Sez. 4, n. 45527 del 1-7-2015, Rv. 264987; Sez. 4, n. 23283 dell'11-5-2016, Rv. 266903). Ma, secondo le Sezioni unite, anche nell'ambito della colpa da imperizia è più favorevole il decreto Balduzzi, poiché l'errore determinato da colpa lieve che sia caduto sul momento selettivo delle linee- guida, e cioè su quello della valutazione dell'appropriatezza della linea guida, è coperto dall'esenzione di responsabilità ex art. 3 (Cass., Sez. 4, n. 47289 del 9-10-2014, Stefanetti) mentre non lo è più in base all'art. 590 sexies cod. pen. Sempre nell'ambito della colpa da imperizia, per quanto attiene invece



alla fase attuativa, l'errore determinato da colpa lieve, secondo il condivisibile orientamento del supremo Collegio, andava esente da responsabilità per il decreto Balduzzi ed è oggetto di causa di non punibilità in base all'art. 590 sexies cod. pen., essendo in tale prospettiva, ininfluyente, in relazione alla decisione del giudice penale che si pronunci nella vigenza della nuova legge su fatti verificatisi antecedentemente alla sua entrata in vigore, la qualificazione giuridica dello strumento tecnico attraverso il quale giungere al verdetto liberatorio. Dunque, per quanto riguarda la fase attuativa dei precetti delle linee-guida, legge Balduzzi e legge Gelli - Bianco si equivalgono, perché entrambe scriminano l'errore determinato da colpa lieve. Questa configurazione concettuale dei rapporti tra il decreto Balduzzi e la legge Gelli-Bianco deriva dalla impalcatura teorica elaborata dalle Sezioni unite, nell'interpretazione della legge Gelli-Bianco, secondo cui l'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio dell'attività medico-chirurgica: a) se l'evento si è verificato per colpa (anche lieve) da negligenza o imprudenza ; b) se l'evento si è verificato per colpa (anche lieve) da imperizia quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico assistenziali; c) se l'evento si è verificato per colpa (anche lieve) da imperizia nell'individuazione nella scelta di linee guida o di buone pratiche clinico assistenziali non adeguate alla specificità del caso concreto; d) se l'evento si è verificato per colpa grave da imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico.

4. La tematizzazione dei profili appena enucleati è del tutto estranea al tessuto motivazionale della sentenza impugnata, che, risalendo al 2016. è stata emanata antecedentemente all'entrata in vigore della legge Gelli- Bianco ma successivamente a quella del decreto Balduzzi, che, come abbiamo visto, additava senz'altro all'interprete la problematica relativa alla conformità dell'operato del medico alle *leges artis* e al grado della colpa come discrimine fra l'indifferente e il rilevante penale. La regiudicanda in esame richiede dunque che si stabilisca: se l'atto medico *sub iudice* costituisse, all'epoca in cui è stata posta in essere la condotta, oggetto di linee-guida; cosa queste ultime prescrivessero, con particolare riguardo a pazienti dell'età e delle condizioni fisiche della vittima; in mancanza, se vi fossero, al riguardo, buone-pratiche clinico assistenziali; se l'imputata si sia determinata sulla base di linee- guida o di buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto; nell'affermativa, se la P si sia attenuta ad esse o meno; se sia configurabile, nel suo operato una colpa;



se quest'ultima sia da considerare lieve o grave. E, sotto quest'ultimo profilo, non appare inutile richiamare l'orientamento giurisprudenziale secondo cui al fine di distinguere la colpa lieve dalla colpa grave possono essere utilizzati i seguenti parametri: a) la misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi; b) la misura del rimprovero personale, sulla base delle specifiche condizioni dell'agente; c) la motivazione della condotta; d) la consapevolezza o meno di tenere una condotta pericolosa (Cass., n. 22405 dell'8-5-2015, Rv. 263736).

Sui quesiti appena prefigurati il giudice a quo non fornisce adeguata risposta, ragion per cui è riscontrabile il vizio di mancanza di motivazione, ravvisabile non solo quando quest'ultima venga completamente omessa ma anche quando sia priva di singoli momenti esplicativi in ordine ai temi sui quali deve vertere il giudizio (Cass., Sez. 6, n. 27151 del 27-6-2011; Sez. 6, n. 35918 del 17-6-2009, Rv. 244763). Tanto più che, anche laddove il giudice a quo tenta un'analisi degli snodi problematici attraverso i quali si articola la problematica in disamina, le risposte fornite sono vaghe e generiche, come, ad esempio, laddove la Corte d'appello richiama la conclusione dei periti secondo cui l'emotorace può verificarsi, occasionalmente, per cause "non sempre" attribuibili ad errori tecnici, senza specificare le ragioni per le quali il caso in esame dovrebbe rientrare nel novero di quelli in cui tali errori non sono ravvisabili. E' poi contraddittorio affermare, da un lato, che non è certo possano ravvisarsi profili di colpa, a titolo di imperizia, a carico della P e, dall'altro, che la lesione delle cupole pleuriche che ha cagionato l'emotorace rientra statisticamente fra le complicanze fatali più frequenti: proprio per questa ragione, infatti, la possibilità di produrre la predetta lesione avrebbe dovuto essere ben nota al medico, il quale avrebbe, quindi, dovuto prevederla ed utilizzare ogni cautela per evitarla. Escludere la colpa a titolo di imperizia non significa poi escludere la colpa tout court, rimanendo da analizzare il quesito se sia o meno da riscontrare una colpa a titolo di imprudenza, segnatamente in relazione alla reiterazione dei tentativi di effettuazione della manovra, nonostante la ben nota pericolosità di quest'ultima. Del tutto assente dalla trama argomentativa della pronuncia impugnata è poi la tematica inerente alla possibilità o meno di interpellare, per l'effettuazione della manovra, in considerazione dell'esito infruttuoso dei primi tentativi, uno specialista più esperto. Non può pertanto affermarsi che i giudici di secondo grado siano pervenuti alle loro conclusioni attraverso un itinerario logico-giuridico immune da vizi, sotto il profilo della razionalità e sulla base di apprezzamenti di fatto esenti da connotati di contraddittorietà o di manifesta illogicità e di un apparato logico coerente con una esauriente analisi delle risultanze agli atti (Sez. U., 25-11-1995, Facchini, Rv. 203767). Si impone,

pertanto, nel caso in esame, un pronunciamento rescindente. Il reato, risalente al 17-12-2007, è però estinto per prescrizione, onde l'ulteriore prosieguo va devoluto alla cognizione del giudice civile.


5. La sentenza impugnata va dunque annullata senza rinvio agli effetti penali perché il reato è estinto per prescrizione. La medesima sentenza va annullata agli effetti civili, con rinvio al giudice civile competente per valore in grado di appello, cui va demandata pure la regolamentazione delle spese tra le parti per questo giudizio di cassazione.

PQM

Annulla senza rinvio agli effetti penali la sentenza impugnata perché il reato è estinto per prescrizione. Annulla la medesima sentenza agli effetti civili, con rinvio al giudice civile competente per valore in grado di appello, cui demanda la regolamentazione delle spese tra le parti anche per questo giudizio di cassazione.

Così deciso in Roma, il 13-4-2018.

Il Consigliere estensore



Il Presidente



Depositata in Cancelleria

Oggi, 18 LUG. 2018



Il Funzionario Giudiziario
Patrizia Corra

