

Penale Sent. Sez. 4 Num. 32870 Anno 2022

Presidente: PICCIALI PATRIZIA

Relatore: ESPOSITO ALDO

Data Udiienza: 03/05/2022

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

avverso la sentenza del 17/11/2020 della CORTE APPELLO di MILANO

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere ALDO ESPOSITO;

lette le conclusioni del PG dr. LUCA TAMPIERI che ha chiesto dichiararsi l'inammissibilità del ricorso;

letta la memoria difensiva del 27 aprile 2022 dell'avv. _____ in qualità di difensore di fiducia dell'imputato, che ha chiesto l'accoglimento del ricorso;

RITENUTO IN FATTO

1. Con sentenza del 9 gennaio 2019, il Tribunale di Milano ha assolto [redacted] e [redacted] (imputato non ricorrente) in relazione al reato di cui all'art. 589 cod. pen. perché il fatto non sussiste - imputazione: perché cagionavano per colpa la morte di [redacted] nella qualità di medico in servizio presso il pronto soccorso dell'ospedale [redacted] errava per grave negligenza ed imperizia, ed in particolare perché, di fronte a un paziente in età avanzata, in TAO, giunto in osservazione in pronto soccorso in quanto vittima di un recente trauma cranico causato dalla precipitazione da una scala, mancando di valorizzare questi dati, predisponendo in tempi rapidi una valutazione tomografica cerebrale (il primo esame TAC veniva effettuato circa 3 ore dopo rispetto all'ingresso del paziente in pronto soccorso) e, successivamente, non procedeva con una terapia di ricoagulazione dello stesso, operazioni che avrebbero potuto evitare con alta probabilità l'evento emorragico secondario causa della morte - [redacted] in qualità di neurochirurgo in servizio presso il pronto soccorso dell'ospedale [redacted]

errava per grave negligenza ed imperizia, ed in particolare perché, in seguito alla richiesta di visita specialistica del paziente [redacted] in osservazione in pronto soccorso in quanto vittima di un recente trauma cranico causato dalla precipitazione da una scala, soggetto in età avanzata, in TAO, con un valore di INR pari a 2,4 e con una TAC encefalo attestante "contusione fronto-basale dx, ESA traumatica, piccola falda subdurale frontale sin" - e, dunque, in presenza di più fattori di alto rischio di emorragia cerebrale - mancando di valorizzare questi dati, ometteva di predisporre in tempi rapidi una terapia di ricoagulazione che avrebbe potuto evitare con alta probabilità l'evento emorragico secondario con esito mortale.

In ordine alla ricostruzione dei fatti, in data 26 dicembre 2014, cadeva accidentalmente dalle scale della propria abitazione, riportando diverse lesioni. Era dunque allertato il 118. Alle ore 7.22, il personale dell'ambulanza giungeva presso l'abitazione del [redacted] il quale - come si evince dalla scheda di soccorso del 118 - era sveglio, in posizione seduta con ferite sanguinanti al volto. Le note anamnestiche riportano l'assunzione, tra gli altri farmaci, di [redacted] (terapia anticoagulante, essendo il soggetto affetto da fibrillazione atriale, v. *infra*).

Dalla cartella clinica dell'Ospedale [redacted] dove era trasportato il [redacted] risulta il suo ingresso in Pronto Soccorso alle ore 8.12. La scheda di triage riporta la classificazione come "codice giallo"; si legge infatti: "paziente accompagnato per [redacted] con flic in sede frontale parietale periorbitale dx con ematoma trauma al volto e setto nasale con epistassi alla lingua in seguito a caduta accidentale, di circa un'ora fa, dalle scale di casa sua. Pz vigile e collaborante in tp con sintrom per f.a. Trovato dai soccorritori seduto sulle scale di casa inoltre rif dolore ginocchio dx".

Alle ore 9.29, il dr. [redacted] medico di P.S., richiedeva degli esami ematochimici e di diagnostica per immagini (RX rachide lombo-sacrale, cervicale, toraco-dorsale) e prescriveva una TAC encefalo senza contrasto ed una TAC massiccio facciale (v. pag. 92 della cartella clinica e pag. 13 e 14 della relazione dei C.T. del P.M.).

Gli esami ematochimici, dunque, erano eseguiti alle ore 10.05 e resi disponibili alle ore 10.42; l'indice specifico INR (che permette di verificare lo stato di coagulazione del sangue) presentava un valore di 2.44, indicativo di un elevato rischio di progressione del sanguinamento cerebrale.

Il dr. [redacted] prescriveva la TAC nei dovuti tempi, ma non ne sollecitava l'esecuzione, che avveniva solo alle ore 11.01. L'esame mostrava un quadro di emorragia a livello dello spazio sotto durale e a livello intraparenchimale; in particolare a livello frontale. Dal referto, inoltre, si evinceva la presenza di fratture a carico del massiccio facciale, in particolare della parete orbitaria, del setto nasale, delle ossa nasali e dei seni mascellari. Secondo quanto esposto nella c.t. del P.M., si trattava di una refer-tazione indicativa della presenza di lesioni di tipo osseo. La TAC eseguita alle ore 11.28 alla colonna vertebrale (prescritta dal [redacted] alle ore 9.29) confermava la presenza di una frattura della vertebra cervicale e della prima dorsale. Quindi, come riferito dalla dott.ssa [redacted] v'era anche un interessamento a livello del rachide.

Alle ore 12.36, il [redacted] richiedeva una visita neurochirurgica. Alle ore 13.03, il [redacted] era visitato dal neurochirurgo dr. [redacted] il quale, annotate le notizie cliniche da lui apprese, tra le quali la circostanza che il paziente fosse in terapia anticoagulante, prescriveva la ripetizione di una TAC encefalo a distanza di 18-24 ore o prima, a seconda di un giudizio clinico che potesse indirizzare un'anticipazione di tale accertamento. Annotava l'assenza di problemi neurochirurgici in atto.

Alle 12.32, il [redacted] era rivalutato e classificato come "codice rosso". Dopo il cambio turno, alle ore 14.58, interveniva il dr. [redacted] il quale, alle ore 15.05, impostava la terapia per ricoagulare il paziente e richiedeva una visita specialistica neurologica.

Alle ore 15.34, il neurologo dr. [redacted] visitava il [redacted] e confermava l'idoneità della terapia per la ricoagulazione (ossia il [redacted] e la vitamina K, che però - come annotato nella cartella clinica - erano somministrati rispettivamente alle ore 21.00 e alle ore 20.14) e l'esecuzione di un TAC urgente che, effettuata alle ore 16.53, mostrava un aumento dimensionale dello spandimento emorragico intraparenchimale. In seguito al peggioramento delle sue condizioni, il [redacted] era sottoposto a manovre rianimatorie e ad una nuova visita neurochirurgica (ore 17 circa). Alle ore 16.40, era intubato e sedato, poi entrava in coma, con respiro russante e desaturazione (v. valori GCS, Glasgow Coma Scale).

Successivamente, il neurochirurgo lo rivedeva in sala rianimazione e valutava l'assenza di qualunque "margine terapeutico", vista la gravità dello stato del paziente. Alle ore 2.22 si registrava il decesso.

Il Tribunale, pur a fronte di un comportamento censurabile degli imputati, sulla base di quanto indicato dai c.t. del P.M. e dell'imputato, aveva escluso la possibilità di stabilire con certezza assoluta la sussistenza del nesso causale tra i profili di responsabilità professionale degli imputati e l'evento morte, non sussistendo in letteratura evidenze solide circa l'efficacia delle procedure terapeutiche illustrate.

La Corte di merito, aderendo all'impostazione dei c.t. di parte civile, ha evidenziato che un tempestivo intervento e, in particolare una rapida TAC, avrebbero evidenziato l'esistenza di focali emorragici ma ancora contenuti; un'immediata somministrazione di farmaco coagulante e la rinnovazione della TAC per verificare l'arresto dell'emorragia avrebbero impedito il decesso del paziente.

2. Il [redacted] a mezzo del proprio difensore, ricorre per Cassazione avverso la sentenza della Corte di appello, proponendo due motivi di impugnazione.

2.1. Vizio di motivazione per travisamento delle risultanze probatorie di cui alle argomentazioni tecniche dei consulenti delle parti e conseguente contraddittorietà con i relativi atti del processo; per violazione dell'obbligo di confutare gli elementi posti a base della decisione del giudice di primo grado relativamente alle contingenze significative del caso concreto e, cioè, le condizioni specifiche del paziente e le caratteristiche ed evoluzioni della sua patologia; per conseguente mancanza e illogicità della motivazione sul nesso di causa tra condotta omissiva ed evento, vizi risultanti dal testo provvedimento impugnato, inficianti la tenuta logico-dimostrativa della decisione, inidonea a porsi come spiegazione plausibile del fatto e ad escludere dall'ordine naturale delle cose la contraria prospettazione dubitativa del Tribunale.

Si deduce che la tesi accolta dalla Corte di appello non si è basata su una motivazione rinforzata, avente capacità dimostrativa della propria maggior plausibilità rispetto a quella della decisione riformata; essa non ha espresso valide ragioni del proprio dissenso dal Tribunale con riguardo ai medesimi elementi probatori, tratti dalle informazioni scientifiche provenienti dai consulenti delle parti. La riforma della decisione, anzi, è stata operata previo travisamento degli atti del processo, rilevanti per il punto decisivo della controversia sulla sussistenza o meno del nesso di causa.

Tale esito processuale è stato raggiunto anche a seguito dell'indefettibile valutazione dei concreti dati ontologici caratterizzanti la vicenda, pretermessi dai c.t. di parte civile. Ci si riferisce all'età, relativamente avanzata, 74 anni, del paziente, alla sua fragilità intrinseca per l'assunzione di terapia anticoagulante, a causa di ipertensione e fibrillazione atriale, al tipo ed entità delle lesioni cerebrali derivate dall'infor-

tunio (bilaterali, evolutive e coinvolgenti anche la parte del tronco cerebrale denominata bulbo), alle modalità del trauma (precipitazione da una scala, comportante anche fratture ossee e vertebrali).

Tali aspetti erano stati trattati soprattutto dai c.t. del P.M. dr. (medico legale) e dr. (neurochirurgo) e della difesa prof. (medico legale e professore associato) e prof. (neurochirurgo di fama in ambito ospedaliero ed accademico, in quanto già professore, ordinario di neurochirurgia all'università di), portatori di conoscenze ed esperienze di elevato valore scientifico. I relativi argomenti erano stati considerati e accolti nella sentenza di primo grado in maniera logica e processualmente convincente. I c.t. della difesa, infatti, erano rimasti aderenti al complesso caso clinico, nel loro, elaborato scritto (corredato di ampia letteratura medica acquisita agli atti, concernente le serie problematiche del trauma cranico nell'anziano e i risultati di studi condotti in numerosi ospedali europei ed extraeuropei su centinaia di pazienti) ed in udienza avanti il Tribunale.

I c.t. della difesa del P.M. e dell'imputato avevano evidenziato la prognosi delle lesioni multiple estremamente severa per i soggetti settantaquattrenni in caso di traumi cranici persino non particolarmente importanti, indipendentemente dalla coagulazione, in quanto in un paziente scoagulato con una TAC normale ci si limita ad aspettare e a fargli ripetere la TAC a distanza di qualche tempo. Agendo sulla coagulazione del paziente le lesioni non si sarebbero bloccate o regredite.

Il tessuto di un settantaquattrenne è più fragile e più delicato, per cui avviene un "auto-peggioramento" di quanto è già avvenuto. Occorreva considerare la gravità delle lesioni cerebrali, è qui il problema, in quanto il paziente aveva subito lesioni cerebrali multiple bilaterali evolutive. Le risultanze della letteratura fornivano percentuali nell'ordine del 50%.

Il paziente non aveva subito solo un trauma cranico, bensì anche un trauma facciale con fratture alle ossa facciali. Tale situazione era riconducibile, da un punto di vista medico legale, ad una lesività classica contusiva definita in termini propri generici. Le caratteristiche delle lesioni, come emerse in sede di pronto soccorso e in sede autoptica, erano compatibili con una lesività contusiva diretta del volto - e del capo contro una superficie battente ampia.

Le lesioni cerebrali hanno una loro evoluzione indipendentemente dalla coagulazione, perché comunque si associano ad alterazioni della coagulazione. I fattori della coagulazione, infatti, si alterano in presenza di un trauma cranico encefalico.

I consulenti delle parti civili dr. , medico legale e dr. ematologo, dapprima avevano affermato l'elevata gravità del trauma cranico occorso al paziente (al fine di stigmatizzare l'omesso intervento terapeutico); in secondo grado, concludevano nel senso che, se sottoposto alla terapia ricoagulante, il paziente sarebbe

tornato al precedente stato fisico, senza nemmeno postumi permanenti. Tali considerazioni, tuttavia, erano connotate da astrattezza rispetto al caso concreto e pretendevano di valutare separatamente entità clinico-patologiche, che invece dovevano essere soppesate congiuntamente.

Nella sentenza di primo grado erano state valutate tutte le contingenze del caso concreto: il percorso clinico del paziente, l'iter diagnostico all'interno del presidio ospedaliero, i risultati degli esami ematochimici e radiologici e la condotta dei sanitari. I c.t. del P.M. e della difesa, contrariamente a quanto affermato dalla Corte di appello, in base alle predette emergenze fattuali e alla letteratura scientifica su cui v'era stata concordia tra gli esperti, avevano affermato che, in presenza di emorragia endocranica da trauma cranico, in paziente in trattamento con anticoagulanti, occorre ripristinare la normale attività emostatica, previa valutazione del rapporto costi/benefici.

Il Tribunale aveva correttamente scisso il profilo soggettivo da quello oggettivo, in quanto l'accertamento del nesso di causalità tra condotta ed evento va condotto su base totalmente oggettiva, con un giudizio *ex post*, mediante il procedimento C.d. di eliminazione mentale e va tenuto ben distinto rispetto alla diversa e successiva indagine sull'elemento soggettivo del reato che deve essere valutato, invece, con giudizio *ex ante*, alla stregua delle conoscenze del soggetto agente.

La Corte di merito, invece, non ha correttamente valutato le diverse posizioni consulenziali, ma ha drasticamente deciso di accogliere *tout court* l'impostazione dei consulenti di parte civile e quindi di riformare la sentenza di primo grado. Alla base di tale adesione v'è l'errata circostanza, secondo cui tali esperti, a dire della Corte diversamente dagli altri, si sarebbero "puntualmente confrontati coi dati clinici e col risultato degli esami [...]".

La Corte di merito, quindi, ha violato ripetutamente il principio costantemente espresso dalla giurisprudenza relativo alla necessità dell'ampio accreditamento del sapere scientifico fondante la decisione; essa si è basata anche su un dato statistico di sopravvivenza (80%) fornito dai consulenti di parte civile e ricavato da un'applicazione *on line*. Sul punto la dr.ssa [redacted] infatti, aveva riferito come segue nella propria deposizione davanti al Tribunale: "Quindi io ho dei parametri che ho provato a fare con il caso del signor I [redacted] i che sono il volume di ematoma, l'età, le condizioni cliniche precedenti e mi sembra che ce ne siano altre 2, chi vuole prende un telefonino si cerca funk score (fonetico) sopra. Mettendo insieme questi elementi se io ho un volume di sangue di meno di 3 millilitri, come aveva probabilmente perché andrebbe calcolato alla TAC ma è ancora limitato, ho un 80%, insieme ad altri parametri, 80% ... cioè, ha un punteggio di 10-11; 10 vuol dire che ha un 80% di *restitutio in integrum* della sua qualità di vita. Ma quando diventa meno di 4 è assolutamente fatale. Quindi ci sono dei parametri obbiettivi che noi possiamo fare".

Argomentando in merito alle diverse "ipotesi di sopravvivenza formulate dagli altri consulenti", la Corte di appello ha affermato che "il [redacted] ha precisato che rispetto agli studi citati dal dottor [redacted] e a quanto riferito dal dottor [redacted] vi erano altri contributi (non meglio precisati e rimasti estranei al processo, N.d.R.) secondo i quali i pazienti con trauma cranico di età compresa tra i 65 e 75 anni con un INR (*rectius* GCS, Glasgow Coma Scale) superiore a 8 presentavano una sopravvivenza sovrapponibile a quelli di età inferiore".

La motivazione, quindi è illogicamente intrinseca in quanto, da un lato, nel preferire l'impostazione scientifica dei consulenti di parte civile, ha affermato che i consulenti del P.M. e della difesa si erano "avventurati su dati statistici" e, dall'altro, ha fondato la propria conclusione in ordine al cuore del processo - la ritenuta alta credibilità razionale dell'efficacia salvifica della condotta doverosa omessa - su dati asseriti come scientifici, non solo non condivisi, ma nemmeno riportati.

La Corte di merito, quindi, ha violato l'obbligo motivazionale di confrontarsi coi punti nodali della decisione di primo grado in ordine ai dubbi definiti dal Tribunale processualmente insuperabili, sull'efficienza causale della condotta omissiva contestata, rispetto a quella del decorso patologico naturale basato sulle circostanze del caso concreto ingovernabile dal sanitario.

Traspare dalla motivazione della sentenza impugnata l'indebita commistione tra nesso di causa, esistenza di fattori causali alternativi e affermata gravità dell'elemento soggettivo che, come di frequente accade, ha prevalso nella valutazione giudiziale, determinandone l'esito in senso accusatorio.

La Corte territoriale, pertanto, non si è confrontata con l'argomentare logico e progressivo della stessa, ma travisando le plurime e affidabili emergenze probatorie poste alla base dell'assoluzione e procedendo alla sua demolizione radicale sulla base di una ricostruzione della vicenda difforme rispetto a quanto razionalmente risultante dal compendio probatorio.

2.2. Vizio di motivazione in ordine al diniego delle circostanze attenuanti generiche e alla misura della pena.

La Corte di appello ha stigmatizzato la condotta dell'imputato, facendo riferimento alla obiettiva gravità del fatto estrinsecatasi nella modalità dell'azione (mancata osservanza delle linee guida, ritardo nelle prestazioni degli esami, mancanza di qualsiasi approccio terapeutico).

La Corte di merito non ha considerato gli elementi probatori risultanti dalla documentazione sanitaria, acquisita agli atti, relativa sia al paziente [redacted] sia ad altri pazienti all'assistenza e cura dei quali il dr. [redacted] medico di guardia nel P.S. dell'ospedale nelle giornate del 25 e 26 dicembre 2014, si era via via dedicato.

Dalla documentazione acquisita, infatti, il [redacted] risultava giunto all'attenzione del sanitario (dopo essere stato valutato in sede di *triage* e ivi catalogato come codice

giallo) alle ore 9,25 del 26 dicembre 2014. Egli lo aveva visitato e quindi alle ore 9,29 ha stabilito gli esami diagnostici, radiologici ed ematochimici, da effettuare e verbalizzato tali attività. Nel contempo, aveva proceduto alla sutura delle svariate ferite lacero contuse al volto subite dal paziente, che all'esito era stato trasportato da personale ospedaliero nel reparto di radiologia al fine della sottoposizione agli esami radiologici richiesti dal [redacted] tra i quali la TAC cerebrale e del massiccio facciale poi refertata dal radiologo alle ore 11.00. Non v'era dubbio sulla correttezza e sulla pertinenza degli esami per l'inquadramento del caso clinico (disposti sulla base della valutazione di tutti i dati clinici e anamnestici) e sulla perfetta sutura delle complicate ferite lacero contuse al volto.

Ricevuto il referto della TAC il dr. [redacted] chirurgo generale, ha interpellato lo specialista neurochirurgo (dr. [redacted]) al fine della valutazione, appunto neurochirurgica del paziente, in considerazione delle lesioni cerebrali riscontrate.

Dall'esame di tale *excursus* si ricava che la Corte milanese, in punto di negazione delle circostanze attenuanti generiche e di quantificazione della pena, non ha considerato l'effettiva attività terapeutica tempestivamente realizzata dal [redacted] nei confronti del [redacted] e il suo successivo impegno nella cura di un rilevante numero di altri pazienti (alcuni dei quali con manifestazioni patologiche oggettivamente rilevanti) e l'interpello di un neurochirurgo specialista per la definizione delle ulteriori cure da prestare al paziente.

2.3. Nella memoria difensiva, si evidenzia che, come sostenuto dai consulenti di difesa e del P.M., nella vicenda in esame le condizioni cliniche iniziali determinate dal grave trauma subito dal paziente settantaquattrenne apparivano certamente tali da risultare idonee al verificarsi del decesso,

Ciononostante, secondo la Procura generale, nel ricorso si tralascerebbe di considerare il "pacifico principio in virtù del quale la somministrazione delle necessarie terapie avrebbe comunque avuto l'effetto, ostacolando l'incedere del processo emorragico, di ritardare quanto più possibile l'evento morte".

Le medesime considerazioni, secondo la requisitoria, dovrebbero venire poste alla base della mancata concessione delle circostanze attenuanti generiche, unitamente all'ininfluenza, a dire dell'accusa, dell'impegno del medico imputato nella cura di molti altri pazienti (circostanza peraltro nel ricorso mai stata addotta quale scusante, ma unicamente valorizzata per affermare l'oggettivo svolgersi degli eventi, che avevano visto l'imputato tempestivamente e lungamente dedicato alla cura del paziente, prima di affidarlo ad altri per l'effettuazione dei necessari accertamenti, contestualmente proseguendo la sua attività di medico di P.S.).

La Procura generale riconosce la potenzialità lesiva mortale del trauma riportato dal paziente ed afferma quindi che la condotta doverosa avrebbe non evitato, ma ritardato l'evento morte.

Ebbene, dalla sentenza di appello si ricava univocamente che l'espansione dell'emorragia (già presente e causata dal trauma) sarebbe stata determinata dalla mancata somministrazione della terapia ricoagulante, ma non che ciò avrebbe influito sul momento del decesso, considerato che erano rimaste senza censura e che non erano state mai scientificamente smentite le affermazioni dei consulenti del P.M. e della difesa negative o comunque profondamente dubitative della possibilità, nel caso concreto, di influenza della terapia anticoagulante sul decesso, anche ammettendo la sua influenza sull'entità dell'emorragia.

Va peraltro considerato che - se astrattamente il delitto di omicidio colposo deve ritenersi sussistente anche se la realizzazione della condotta doverosa omessa procrastini significativamente la morte o la faccia accadere con modalità lesive meno intense - nessuna quantificazione dell'asserita maggior quota di vita sarebbe stata garantita al paziente è stata vagamente accennata nella sentenza della Corte e/o nella requisitoria scritta.

Tantomeno erano state svolte motivate considerazioni su tale punto, ciò che peraltro avrebbe dovuto essere fatto alla luce delle emergenze probatorie dibattimentali e non certamente con astratto richiamo all'impianto argomentativo della Corte di appello, che come detto non ha nemmeno effettivamente trattato il punto né tantomeno motivatamente accertato che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso di cui si discorre e non "meramente" sull'estensione - a sua volta incerta - dell'emorragia.

L'accertamento relativo al nesso causale tra condotta omessa e perdita della possibilità di prolungamento della vita, deve soggiacere agli stessi rigorosi limiti e principi che governano quello tra condotta colposa ed evento morte che si affermi esserle causalmente legato. Sussiste il nesso di causalità tra l'omessa adozione da parte del medico specialistico di idonee misure atte a rallentare il decorso della patologia acuta, colposamente non diagnosticata, ed il decesso del paziente, quando risulta accertato, secondo il principio di controfattualità, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica, che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso che l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca posteriore o con minore intensità lesiva.

Tale conclusione avrebbe presupposto l'accertamento, con alta probabilità logica, che il ricorso alla terapia omessa avrebbe determinato un allungamento della vita, bene giuridicamente rilevante anche se temporalmente non molto esteso, purché esso allungamento possa concretamente definirsi apprezzabile e significativo.

Detto accertamento non è stato effettuato e non è possibile conseguentemente affermare, nemmeno sotto tale profilo, la sussistenza del delitto di omicidio colposo a carico dell'imputato.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il ricorso è infondato.

Il primo motivo di ricorso, con cui si censura l'affermazione di responsabilità del _____ è infondato.

Va premesso che costituisce causa di un evento quell'antecedente senza il quale l'evento stesso non si sarebbe verificato: un comportamento umano è dunque causa di un evento solo se, senza di esso, l'evento non si sarebbe verificato (formula positiva); non lo è se, anche in mancanza di tale comportamento, l'evento si sarebbe verificato egualmente (formula negativa).

In particolare, nel reato omissivo improprio, che richiede per la sua configurabilità che l'evento si verifichi in conseguenza dell'omissione, in presenza dell'inosservanza di una regola cautelare, l'agente non sempre è del tutto inerte bensì, con frequenza, pone in essere un'azione diversa da quella richiesta secondo le regole della comune prudenza, perizia e diligenza o dello specifico precetto che presidiava l'area di rischio in oggetto.

Esaminando la condotta omissiva sotto il preciso angolo visuale del rischio del quale il sanitario è garante, ossia della regola cautelare appropriata, l'interprete è tenuto a delimitare l'ambito della posizione di garanzia, in modo da imputare al garante i soli eventi che egli sia in grado di dominare.

Peraltro, ai fini dell'operatività della clausola di equivalenza di cui all'art. 40, comma secondo, cod. pen., l'accertamento dell'obbligo impeditivo è il primo passaggio necessario per individuare il soggetto responsabile del reato omissivo improprio. In relazione a tale norma, la giurisprudenza di legittimità ha da tempo elaborato la «teoria del garante», valorizzando il significato profondo da riconoscere agli «obblighi di garanzia», discendenti dallo speciale vincolo di tutela che lega il soggetto garante, rispetto ad un determinato bene giuridico, per il caso di incapacità del titolare dello stesso bene di proteggerlo autonomamente (Sez. 4, n. 4793 del 06/12/1990, dep. 1991, Bonetti, in motivazione). I titolari della posizione di garanzia, poi, devono essere forniti dei necessari poteri impeditivi degli eventi dannosi. Tale problematica è particolarmente complessa, perché, secondo un orientamento dottrinale, non potrebbe essere considerata posizione di garanzia quella nella quale esiste soltanto un obbligo di attivarsi o un obbligo di sorveglianza senza che questi obblighi siano accompagnati da poteri impeditivi di natura tale da consentire all'agente di evitare il verificarsi dell'evento.

In ogni caso, non è condivisibile l'affermazione secondo cui il garante, perché risponda dell'evento, debba essere dotato di tutti i poteri impeditivi, essendo richiestogli di porre in essere solo quelli da lui esigibili; la posizione di garanzia richiede

l'esistenza dei poteri impeditivi che, peraltro, possono anche concretizzarsi in obblighi diversi (per es. di natura sollecitatoria), e di minore efficacia, rispetto a quelli direttamente e specificamente volti ad impedire il verificarsi dell'evento. Del resto, nella gran parte dei casi, i garanti non dispongono sempre e in ogni situazione di tutti i poteri impeditivi che invece, di volta in volta, si modulano sulle situazioni concrete. Le situazioni concrete determinano l'ambito dei poteri impeditivi esigibili da parte del garante e questi poteri possono essere limitati ad un mero obbligo di attivarsi. Insomma, all'obbligo giuridico di impedire l'evento deve accompagnarsi l'esistenza di poteri fattuali che consentano all'agente di porre in essere, almeno in parte, meccanismi idonei ad evitare il verificarsi dell'evento. In conclusione: l'agente non può rispondere del verificarsi dell'evento se, pur titolare di una posizione di garanzia, non disponga della possibilità di influenzare il corso degli eventi. Per converso, chi ha questa possibilità non risponde se non ha un obbligo giuridico di intervenire per operare la modifica del decorso degli avvenimenti (Sez. 4, n. 16761 del 11/03/2010, Catalano, non massimata sul punto).

Da tali principi nasce la nozione di giudizio controfattuale ("contro i fatti"), che è l'operazione intellettuale mediante la quale, pensando assente una determinata condizione (la condotta antiggiuridica tenuta dell'imputato), ci si chiede se, nella situazione così mutata, si sarebbe verificata, oppure no, la medesima conseguenza: se dovesse giungersi a conclusioni positive, risulterebbe, infatti, evidente che la condotta dell'imputato non costituisce causa dell'evento.

Il giudizio controfattuale, pertanto, costituisce il fondamento della teoria della causalità accolta dal nostro codice e cioè della teoria condizionalistica. Esso impone di accertare se la condotta doverosa omessa, qualora eseguita, avrebbe potuto evitare l'evento, per cui richiede preliminarmente l'accertamento di ciò che è effettivamente accaduto e cioè la formulazione del c.d. giudizio esplicativo (Sez. 4, n. 23339 del 31/01/2013, Giusti, Rv. 256941). Per effettuare il giudizio controfattuale è, quindi, necessario ricostruire, con precisione, la sequenza fattuale che ha condotto all'evento, chiedendosi poi se, ipotizzando come realizzata la condotta dovuta dall'agente, l'evento lesivo sarebbe stato o meno evitato o posticipato (Sez. 4, n. 43459 del 04/10/2012, Albiero, Rv. 255008).

Quando uno dei termini della serie è rappresentato da una condotta omissiva, occorre il ricorso ad un giudizio controfattuale meramente ipotetico, dandosi per verificato il comportamento doveroso omesso. Ne deriva che l'esclusione del nesso di causalità richiede, nel reato commissivo, che, eliminata mentalmente la condotta posta in essere dal soggetto agente, si pervenga all'accertamento che l'evento non si sarebbe verificato con certezza o con elevata credibilità razionale. Nel reato omissivo improprio, in cui vige la clausola di equivalenza ex art. 40, comma secondo, cod.

pen., è necessario stabilire con certezza o elevata credibilità razionale che, aggiungendo mentalmente la condotta doverosa omessa, l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato con minore intensità lesiva o in un'epoca significativamente posteriore.

In tema di responsabilità medica, è dunque indispensabile accertare il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia, in quanto solo in tal modo è possibile verificare se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta dal sanitario, l'evento lesivo sarebbe stato evitato o differito (Sez. 4, n. 43459 del 2012, cit.).

L'importanza della ricostruzione degli anelli determinanti della sequenza eziologica è stata sottolineata dalla giurisprudenza, laddove si è affermato che, ai fini dell'individuazione del nesso causale tra la condotta del sanitario e l'evento lesivo, non si può prescindere dalla individuazione di tutti gli elementi concernenti la causa dell'evento (morte o lesioni del paziente), giacché solo conoscendo in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia è poi possibile analizzare la condotta omissiva colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale e verificare, avvalendosi delle leggi statistiche o scientifiche e delle massime di esperienza che si attagliano al caso concreto, se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta (ma omessa), l'evento lesivo "al di là di ogni ragionevole dubbio" sarebbe stato evitato o si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (Sez. 4, n. 25233 del 25/05/2005, Lucarelli, Rv. 232013, in fattispecie in tema di omicidio colposo, in cui la Corte ha ritenuto esente da censure la sentenza di assoluzione dei medici cui era stato addebitato un ritardo nella diagnosi di un infarto intestinale, non essendosi accertato che il tempestivo espletamento dell'esame radiologico omesso avrebbe comunque permesso di evitare l'evento mortale).

Le Sezioni Unite, con impostazione sostanzialmente confermata dalla giurisprudenza successiva, hanno enucleato, per quanto attiene alla responsabilità professionale del medico, relativamente al profilo eziologico, i seguenti principi di diritto: il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica - si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa, l'evento non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Non è però consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, cosicché, all'esito del ragionamento probatorio, che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori eziologici alterna-

tivi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto grado di credibilità razionale. L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio (Sez. U, n. 30328 del 10/07/2002, Franzese, Rv. 222138).

Ne deriva che, nelle ipotesi di omicidio o lesioni colpose in campo medico, il ragionamento controfattuale deve essere svolto dal giudice in riferimento alla specifica attività (diagnostica, terapeutica, di vigilanza e salvaguardia dei parametri vitali del paziente o altro) che era specificamente richiesta al sanitario e che si assume idonea, se realizzata, a scongiurare o ritardare l'evento lesivo, come in concreto verificatosi, con alto grado di credibilità razionale (Sez. 4, n. 30469 del 13/06/2014, Jann, Rv. 262239). Sussiste, pertanto, il nesso di causalità tra l'omessa adozione, da parte del medico, di misure atte a rallentare o bloccare il decorso della patologia e il decesso del paziente, allorché risulti accertato, secondo il principio di controfattualità, condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica, che la condotta doverosa avrebbe inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso che l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca posteriore o con modalità migliorative, anche sotto il profilo dell'intensità della sintomatologia dolorosa (Sez. 4, n. 18573 del 14/02/2013, Meloni, Rv. 256338).

Tale insegnamento è stato ribadito dalle Sezioni Unite, nuovamente soffermatesi sulle questioni riguardanti l'accertamento della causalità omissiva e sui limiti del sindacato di legittimità, nel censire la valutazione argomentativa espressa in sede di merito (Sez. U, n. 38343 del 24/04/2014, Espenhahn, Rv. 261106). Nella sentenza ora richiamata, le Sezioni Unite hanno sviluppato il modello epistemologico già indicato nella citata pronunzia del 2002 - che delinea un modello dell'indagine causale capace di integrare l'ipotesi esplicativa delle serie causali degli accadimenti e la concreta caratterizzazione del fatto storico - ribadendo che, nel reato colposo omissivo improprio, 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 alta probabilità logica, che a sua volta deve essere fondato, oltre che su un ragionamento di deduzione logica basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto. In particolare, si è sottolineato che, nella verifica dell'imputazione causale dell'evento, occorre dare corso ad un giudizio predittivo, sia pure riferito al passato: il giudice si interroga

su ciò che sarebbe accaduto se l'agente avesse posto in essere la condotta che gli era richiesta.

Al riguardo, nel reato colposo omissivo improprio, 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 alta probabilità logica, che a sua volta deve essere fondato oltre che su un ragionamento di deduzione logica basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto (Sez. 4, n. 24372 del 09/04/2019, Molfese, Rv. 276292; Sez. 4, n. 33749 del 04/05/2017, Ghelfi, Rv. 271052; Sez. 4, n. 26491 del 11/05/2016, Ceglie, Rv. 267734; Sez. 4, n. 28571 del 01/06/2016, De Angelis, Rv. 266945; Sez. 4, n. 49707 del 04/11/2014, Incorvaia, Rv. 263284; Sez. U, n. 38343 del 2014, cit.).

Fondamentale è quindi preliminarmente la ricostruzione degli anelli determinanti la sequenza eziologia dato che, solo in presenza dell'individuazione di tutti gli elementi rilevanti in ordine alle ragioni dell'evento, è possibile analizzare la condotta omissiva colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale, avvalendosi delle leggi scientifiche e/o delle massime di esperienza che si attagliano al caso concreto (Sez. 4, n. 26568 del 15/03/2019, Dionisi, Rv. 276340). Occorre, cioè, individuare tutti gli elementi concernenti la causa dell'evento, in quanto solo la conoscenza, sotto ogni profilo fattuale e scientifico, del momento iniziale e della successiva evoluzione della malattia consente l'analisi della condotta omissiva colposa addebitata al sanitario onde effettuare il giudizio controfattuale e verificare se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta, l'evento lesivo sarebbe stato evitato al di là di ogni ragionevole dubbio.

Peraltro, si è precisato che, in tema di colpa nell'attività medico-chirurgica, il meccanismo controfattuale, necessario per stabilire che, secondo un giudizio di alta probabilità logica, l'azione doverosa omessa avrebbe impedito l'evento, si deve fondare non solo su affidabili informazioni scientifiche, ma anche sulle contingenze significative del caso concreto (Sez. 4, n. 33230 del 18/11/2020, Campo c/ D'Agostino, Rv. 280074, in fattispecie relativa al decesso di un paziente per arresto cardiaco, in cui la Corte ha ritenuto immune da censure la sentenza con la quale il giudice aveva assolto l'imputato valutando che la mancata e tempestiva diagnosi, attraverso la sottoposizione al tracciato elettrocardiografico e l'effettuazione del dosaggio degli enzimi cardiaci, della patologia cardiaca di cui soffriva l'uomo, non avrebbe evitato l'evento mortale, poiché, tenuto conto del momento del suo arrivo al pronto soccorso, del tempo necessario per eseguire gli esami strumentali e diagnostici, nonché della distanza chilometrica con il più vicino centro sanitario attrezzato, l'intervento corona-

rico percutaneo necessario ad evitare l'insorgenza dell'aritmia fatale avrebbe comunque avuto luogo in epoca significativamente successiva a quella richiesta per avere un effetto salvifico; Sez. 4, n. 10175 del 04/03/2020, Bracchitta, Rv. 278673, in fattispecie relativa al decesso di una paziente per embolia polmonare conseguente alla omessa somministrazione di adeguata terapia antitrombotica, in cui la Corte ha annullato con rinvio la sentenza che aveva affermato la responsabilità dei sanitari escludendo il rischio emorragico allegato dalla difesa, in adesione alle conclusioni dei consulenti della pubblica accusa fondate esclusivamente sulla mera valutazione di alcune situazioni astratte, indicate dalle linee guida, a cui si associa il rischio emorragico, ed omettendo, invece, di valutare le particolari condizioni in cui versava la paziente).

Tanto premesso, permane il problema di stabilire in quale modo il coefficiente salvifico di probabilità statistica - idoneo a ricondurre causalmente l'evento al comportamento omissivo del medico - possa essere modificato dagli ulteriori dati indiziari processualmente emersi, mediante l'analisi delle particolarità del caso concreto, in maniera tale da sorreggere il giudizio di alta probabilità logica idoneo a fondare la ragionevole certezza della configurabilità del nesso causale, e quindi la responsabilità penale del medico che abbia adottato un comportamento colposo.

Si pone, cioè, il problema di fornire un criterio che indirizzi il giudicante nella delicata operazione di trarre dai dati indiziari caratterizzanti il fatto storico oggetto del vaglio processuale, un adeguato giudizio di tipo induttivo, dal quale sia possibile desumere, in uno con le valutazioni deduttive basate sui coefficienti di probabilità statistica e sulle generalizzazioni scientifiche o esperienziali, un motivato giudizio di "elevata credibilità razionale" con riferimento alla sussistenza del nesso causale - sul piano controfattuale - fra il comportamento omissivo addebitato e l'evento morte/lesioni.

Un simile giudizio non può essere basato sulla mera sommatoria dei dati indiziari emersi rispetto al "nudo" dato statistico indicativo delle (generali e teoriche) probabilità di salvezza del paziente; i dati indiziari, piuttosto, devono essere attentamente scrutinati, singolarmente e nel loro complesso, dall'organo giudicante, e quindi analizzati - anche avvalendosi del parere degli esperti - al fine di offrire una ragionevole e convincente spiegazione in ordine alla concreta "attitudine" degli stessi ad incidere in maniera significativa sul coefficiente probabilistico di natura scientifico/statistica, incrementandolo in maniera tale da rendere (eventualmente) "elevato" il giudizio di "credibilità razionale" dell'ipotesi per cui, se il medico avesse adottato l'intervento omesso, il paziente si sarebbe salvato (Sez. 4, n. 30229 del 11/05/2021, Casula, Rv. 282378). Si tratta, insomma, di motivare adeguatamente sulla particolare "predisposizione" o "attitudine" degli elementi indiziari caratterizzanti il caso concreto, esaminati unitamente agli elementi deduttivi offerti dalle generalizzazioni scientifiche, ad

incidere o comunque ad avere un impatto rilevante (e migliorativo) sul dato costituito dal mero coefficiente statistico probabilistico (impatto il cui effetto, evidentemente, dovrà essere tanto più significativo quanto più basso sarà il coefficiente salvifico espresso in termini percentuali), onde consentire al giudicante di offrire una argomentata valutazione di "alta probabilità logica" in ordine alla circostanza che il paziente, al di là di ogni ragionevole dubbio, sarebbe sopravvissuto se il medico avesse adottato il c.d. comportamento alternativo lecito, vale a dire l'intervento terapeutico omesso.

Si tratta di un giudizio complesso da argomentare compiutamente e che, nella maggior parte dei casi, non può prescindere dal dato scientifico fornito dal contributo degli esperti. In tale prospettiva, il sapere scientifico acquisito nel processo mediante le conclusioni di periti e consulenti deve necessariamente essere utilizzato dal giudice di merito secondo un approccio metodologico corretto che presuppone la indispensabile verifica critica in ordine all'affidabilità delle informazioni che utilizza ai fini della spiegazione del fatto.

Il giudizio di certezza del ruolo salvifico della condotta omessa presenta i connotati del paradigma indiziario e si fonda anche sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico, da effettuarsi *ex post* sulla base di tutte le emergenze disponibili, e culmina nel giudizio di elevata probabilità logica (Sez. U, n. 30328 dell'11/09/2002, cit.; Sez. 4, n. 43786 del 17/09/2010, Cozzini, Rv. 248943). In ogni caso, l'esame dei dati caratterizzanti il fatto storico, ai fini del giudizio di tipo induttivo riguardante l'indagine controfattuale, non può mai essere basato su valutazioni di ordine congetturale, vale a dire sfornite di una adeguata base scientifica o esperienziale. Occorre, piuttosto, che di tali basi il giudice dia adeguato conto, al fine di offrire una motivata valutazione in ordine all'attitudine degli elementi indiziari caratterizzanti il caso concreto ad incidere sul coefficiente di probabilità statistica, in maniera tale da elevarlo fino a giungere ad un motivato giudizio di alta probabilità logica in ordine all'efficacia salvifica della condotta omessa, al di là di ogni ragionevole dubbio. In tema di colpa medica, quindi, il nesso di causalità tra l'omessa diagnosi e il decesso di un paziente deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica fondato, oltre che su un ragionamento deduttivo basato su leggi scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto (Sez. 4, n. 16843 del 24/02/2021, Suarez Cardenas, Rv. 281074).

D'altronde, in tema di omicidio colposo, sussiste il nesso di causalità tra l'omessa diagnosi di una malattia e l'evento morte, laddove dal giudizio controfattuale risulti l'alta probabilità logica che la diagnosi tempestiva avrebbe consentito il ricorso a terapie idonee a determinare un significativo prolungamento della vita residua del paziente, quale bene giuridicamente rilevante (Sez. 4, n. 5800 del 26/01/2021, Cantoni,

Rv. 280924; Sez. 4, n. 50975 del 19/07/2017, Memeo, Rv. 271533; pronunzie entrambe riguardanti fattispecie di malattia tumorale).

Inoltre, il giudice di merito può fare legittimamente propria, allorché gli sia richiesto dalla natura della questione, l'una piuttosto che l'altra tesi scientifica, purché dia congrua ragione della scelta e dimostri di essersi soffermato sulla tesi o sulle tesi che ha creduto di non dover seguire. Entro questi limiti, l'omesso esame critico di ogni più minuto passaggio della perizia (o della consulenza) non rappresenta di per sé vizio della motivazione, 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 (Sez. 4, n. 15493 del 10/03/2016, B, Rv. 266787; Sez. 4, n. 692 del 14/11/2013, dep. 2014, Russo, Rv. 258127).

2. Ciò posto sui principi giurisprudenziali operanti in materia, la Corte di appello, con motivazione lineare e coerente – sulla base delle risultanze processuali, costituite anche dal confronto tra consulenti e periti disposto dinanzi a sé – ha ribaltato la pronuncia assolutoria nei confronti del solo _____, escludendo la sussistenza di un ipotetico rischio cardiologico, non risultando dall'analisi della cartella clinica una sua pregressa richiesta di un consulto in materia; ipotetico rischio, peraltro, contrapposto a quello reale di espansione emorragico dovuto a una terapia favorente quale quella assunta dal Donati in concomitanza con la rovinosa caduta dalle scale che gli aveva causato significative lesioni cranio facciali.

Secondo la Corte di merito, il Tribunale avrebbe dovuto spiegare sulla base di un adeguato supporto di carattere scientifico, lo snodarsi dell'iter diagnostico-terapeutico, l'agire dei medici, le leggi scientifiche che presiedevano alla tipologia dell'intervento da effettuarsi, i profili di contrarietà alle leggi della condotta dei medici, la correlazione delle lesioni con eventuali errori commessi dai medico o la prefigurabilità dei decorsi causali alternativi o comunque fattori causali interferenti nella produzione dell'evento.

La Corte milanese ha deciso di rinnovare l'istruttoria dibattimentale tramite l'ascolto in contraddittorio tra loro degli esperti, per rispondere a tali interrogativi. Ade-
rendo alla tesi dei consulenti di parte civile dr.ssa _____ e dr. _____,
la Corte di appello ha riconosciuto la responsabilità del _____ sulla base delle se-
guenti considerazioni:

1) l'assenza di un trauma cranico-facciale del _____ i ad alto impatto in conse-
guenza della caduta dalle scale, circostanza dimostrata dalla sua immediata comuni-

cazione agli operatori del 118 di essere sottoposto a terapia anticoagulante (debitamente annotata), dal suo atteggiamento lucido e collaborativo e dalle buone condizioni all'arrivo in ospedale (valore INR di 15, mancanza di segni di frattura cranica, di infossamento osseo, di frattura di base).

2) L'omessa prescrizione di farmaci antagonisti e l'esecuzione della prima TAC a distanza di circa tre ore dal ricovero, dalla quale emergeva un'emorragia iniziale di ridotte dimensioni, diversa da quella risultante dalla seconda TAC effettuata alle 16.53, dovendosi quindi ricollegare il decesso non alla caduta in sé ma alle conseguenze dello svilupparsi di un ematoma intracranico.

3) La vistosa differenza tra le risultanze delle due Tac: a) nella prima Tac lo sversamento, pur esistente, era minimo, mentre nella seconda l'ematoma aveva invaso gran parte della scatola cranica; b) nella prima Tac il [redacted] presentava dei focolai in entrambi gli encefali dei tutto coerenti col tipo di trauma; nella seconda Tac, eseguita dopo oltre 8 ore dall'arrivo del paziente in ospedale, il focolaio era molto esteso e non era in sede diversa da quella originaria, ma questa volta, come rilevato anche in sede autoptica, interessava il lobo frontale di destra nella sua interezza con sfacelo del tessuto neurologico dovuto all'ematoma intraparenchimale; in sostanza, il [redacted] non aveva secondariamente sanguinato in altri distretti diversi da quelli attinti dal trauma.

4) L'incontrastata operatività per circa 8 ore (dall'arrivo in ospedale alla seconda TAC) della terapia anticoagulante col farmaco [redacted] in quanto la mancata somministrazione del farmaco antagonista aveva reso impossibile al sangue del [redacted] di coagulare e quindi di circoscrivere i fenomeni trombotici fisiologici delle primitive lesioni.

5) Il rilievo secondo cui l'eventuale tempestiva somministrazione della terapia antagonista avrebbe evitato l'evento letale, in quanto, all'arrivo in ospedale, la lesione evidenziata dalla prima TAC era minima, il paziente era perfettamente cosciente e non aveva difetti neurologici per cui, se adeguatamente trattato; diversamente, senza fermare l'effetto del farmaco anticoagulante si era rilevata un'emorragia inarrestabile poiché, per tutto il periodo di ricovero, l'anticoagulante aveva continuato ad agire mentre la terapia adatta se somministrata avrebbe prodotto effetto in una ventina di minuti, impedendo l'estensione dell'ematoma con la conseguenza che il paziente non sarebbe deceduto.

6) Il contenuto delle linee guida del FCSA, nell'edizione del 2103, in base alle quali poteva constatarsi che, in presenza di emorragia endocraniche, erano assolutamente necessari "il rapido ripristino di una normale attività emostatica per ottenere un INR minore di 1.5 infondendo concentrati di processo protrombinico e vitamina" (opinione appariva largamente condivisa in letteratura e nelle linee CHEST del 2012 e BJK del 2012) nonché un costante monitoraggio del paziente.

7) La natura di intervento non altamente specializzato della pratica in esame, che doveva essere nota ad un addetto al pronto soccorso.

8) L'esistenza di studi indicati dal dr. _____, attestanti che i pazienti con trauma cranico di età compresa tra 65 e 75 anni con un INR superiore a 8 presentavano una sopravvivenza sovrapponibile a pazienti di età inferiore, diversamente rispetto alle ipotesi di sopravvivenza formulate dagli altri consulenti.

9) La possibilità di riscontrare tramite una rapida Tac l'esistenza di focali emorragici ma ancora contenuti, per cui un'immediata somministrazione di farmaco coagulante (terapia antagonista avente un'efficacia pressoché immediata, agendo in 20 minuti circa) avrebbe impedito il decesso del paziente.

10) La mancata esecuzione da parte del dr. _____ di tutte le prassi e linee guida suindicate, previste in caso di paziente anziano vittima di trauma cranico, in quanto lo stesso non aveva insistito per un'immediata esecuzione della TAC e non aveva impostato la giusta terapia prevista per la fattispecie in esame.

La Corte territoriale, pertanto, nel rispetto dei consolidati orientamenti giurisprudenziali sopra riportati, ha disatteso il rilievo assegnato dal Tribunale alla prognosi percentuale di sopravvivenza indicata dai c.t. del P.M. e della difesa dell'imputato (50% per il dr. _____ 1 a 3 per il dr. _____), attribuendo rilievo ai dati anamnestici e clinici del paziente riscontrati dai c.t. di parte civile nella cartella clinica e negli esami strumentali, dimostrando come dai piccoli focolai causati dal trauma, presenti nella prima Tac alle ore 11,28, si era sviluppata un'emorragia inarrestabile nelle cinque ore, nelle quali non risultava impostata nessuna terapia. Ha poi evidenziato la divergenza tra le percentuali esposte dagli altri esperti sulla probabilità di sopravvivenza rispetto ai dati scientifici unanimemente accettati e privi di obiettivo riscontro. Nella sentenza impugnata si è precisato che il dato statistico percentuale di sopravvivenza era stato illustrato in termini assolutamente generici e comunque non unanimemente accettati dalla comunità scientifica.

La Corte milanese ha logicamente censurato la pronunzia di primo grado, la quale si basava erroneamente sul dato statistico e non sulla probabilità logica e non teneva conto della giurisprudenza sopra citata relativamente al sapere scientifico.

La Corte di merito ha poi svolto regolarmente il giudizio controfattuale, dando atto che la condotta doverosa aveva inciso positivamente sulla sopravvivenza del paziente, nel senso che l'evento non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca posteriore o con modalità migliorative, anche sotto il profilo dell'intensità della sintomatologia dolorosa e che la somministrazione del farmaco coagulante (cura omessa) avrebbe ridotto in misura significativa la possibilità dell'espandersi dell'emorragia (decesso del paziente dovuto ad emorragia cerebrale). In particolare, la Corte territoriale ha esaurientemente spiegato che l'esecuzione della TAC avrebbe

consentito di rilevare il sanguinamento e di adottare tempestivamente le cure necessarie per arrestare l'emorragia.

3. In relazione al secondo motivo di ricorso, con cui il ricorrente si duole del diniego delle circostanze attenuanti generiche e dell'entità eccessiva della pena irrogata, è manifestamente infondato.

Va osservato che, in tema di circostanze attenuanti generiche, il giudice del merito esprime un giudizio di fatto, la cui motivazione è insindacabile in sede di legittimità, purché non sia contraddittoria e dia conto, anche richiamandoli, degli elementi, tra quelli indicati nell'art. 133 cod. pen., considerati preponderanti ai fini della concessione o dell'esclusione, come avvenuto nella fattispecie, avendo il giudice segnalato la gravità della condotta criminosa e i numerosi precedenti penali dell'imputato, indicativi di spiccata capacità a delinquere (Sez. 5, n. 43952 del 13/04/2017, Pettinelli, Rv. 271269, fattispecie nella quali la Corte ha ritenuto sufficiente, ai fini dell'esclusione delle attenuanti generiche, il richiamo in sentenza ai numerosi precedenti penali dell'imputato).

Nel motivare il diniego della concessione delle attenuanti generiche, infatti, non è necessario che il giudice prenda in considerazione tutti gli elementi favorevoli o sfavorevoli dedotti dalle parti o rilevabili dagli atti, ma è sufficiente che egli faccia riferimento a quelli ritenuti decisivi o comunque rilevanti, rimanendo tutti gli altri disattesi o superati da tale valutazione (Sez. 7, Ord. n. 39396 del 27/05/2016, Jebali, Rv. 268475; Sez. 2, n. 3896 del 20/01/2016, De Cotiis, Rv. 265826; Sez. 3, n. 28535 del 19/03/2014, Lule, Rv. 259899; Sez. 2, n. 2285 dell'11/10/2004, dep. 2005, Alba, Rv. 230691).

Quanto al trattamento sanzionatorio, va premesso che la determinazione della misura della pena tra il minimo e il massimo edittale rientra nell'ampio potere discrezionale del giudice di merito, il quale assolve il suo compito anche se abbia valutato intuitivamente e globalmente gli elementi indicati nell'art. 133 cod. pen. (Sez. 4, n. 41702 del 20/09/2004, Nuciforo, Rv. 230278).

Il giudice del merito esercita la discrezionalità che la legge gli conferisce, attraverso l'enunciazione, anche sintetica, dell'eseguita valutazione di uno (o più) dei criteri indicati nell'art. 133 cod. pen. (Sez. 2, n. 36104 del 27/04/2017, Mastro, Rv. 271243; Sez. 3, n. 6877 del 26/10/2016, dep. 2017, S., Rv. 269196; Sez. 2, n. 12749 del 19/03/2008, Gasparri, Rv. 239754).

Il sindacato di legittimità sussiste solo quando la quantificazione costituisca il frutto di mero arbitrio o di ragionamento illogico.

3.1. Tanto premesso sui principi giurisprudenziali operanti in materia, la Corte di appello non ha concesso le circostanze attenuanti generiche e ha disposto il trattamento sanzionatorio suindicato alla luce dell'obiettiva gravità del fatto estrinsecatasi

nelle modalità dell'azione (inosservanza delle linee guida, ritardo nella prestazione degli esami, mancanza di qualsiasi approccio terapeutico).

Il ricorrente si limita ad evidenziare ulteriori elementi a sé favorevoli, senza indicare elementi positivi idonei a disarticolare il percorso argomentativo della Corte di appello.

La pena, peraltro, è stata irrogata in misura prossima al minimo edittale e, in relazione ad essa, non era dunque necessaria un'argomentazione più dettagliata da parte del giudice (Sez. 3, n. 38251 del 15/06/2016, Rignanese, Rv. 267949).

Né appare obbligatorio che il giudice prenda in considerazione tutti gli elementi favorevoli dedotti dalla parte, essendo sufficiente che egli faccia riferimento a quelli ritenuti decisivi o comunque rilevanti, rimanendo tutti gli altri disattesi o superati da tale valutazione.

4. Per le ragioni che precedono, il ricorso va rigettato.

Al rigetto del ricorso consegue la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali (art. 616 cod. proc. pen.).

P. Q. M.

Rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali.

Così deciso in Roma il 3 maggio 2022.