58363-18

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

Composta da:

PATRIZIA PICCIALLI - Presidente -
DONATELLA FERRANTI
UGO BELLINI
ALESSANDRO RANALDI - Relatore -
MARIAROSARIA BRUNO

Sent. n. sez. 1910/2018
UP - 11/10/2018
R.G.N. 15267/2018

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sui ricorsi proposti da:
(omissis) nato a (omissis)
(omissis) nato a (omissis)
AZIENDA SANITARIA LOCALE (omissis)

avverso la sentenza del 22/02/2017 della CORTE APPELLO di ROMA

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;
udita la relazione svolta dal Consigliere ALESSANDRO RANALDI;
udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore FELICETTA MARINELLI che ha concluso chiedendo l'annullamento senza rinvio per essere il reato estinto per intervenuta prescrizione, con conferma degli effetti civili.

L'avvocato (omissis) per le parti civili (omissis), (omissis) e La (omissis) insiste per la conferma della sentenza impugnata. L'avvocato (omissis) per le parti civili (omissis) e (omissis) deposita memoria conclusionale cui si riporta e nota spese. L'avvocato (omissis) per il responsabile civile ASL (omissis) (GIA' ASL (omissis)) insiste nei motivi di ricorso. L'avvocato (omissis) per (omissis) insiste nei motivi di ricorso. L'avvocato (omissis) per (omissis) insiste nei motivi di ricorso.

RITENUTO IN FATTO

1. Con sentenza del 22.2.2017 la Corte di appello di Roma ha confermato la sentenza del Tribunale di Roma con cui (omissis), nella sua qualità di dirigente sanitario presso la Casa circondariale di (omissis) e (omissis), in qualità di medico incaricato, presso la medesima struttura, che ebbe in cura il detenuto (omissis), sono stati giudicati responsabili del reato di cui agli artt. 113 e 589 cod. pen. per avere cagionato la morte di (omissis), trasferito dal carcere di (omissis), con diagnosi di anoressia, vomito ed ipokaliemia; in particolare, si contesta agli imputati, un volta verificata l'inefficacia del trattamento sanitario adottato in carcere, di avere omesso di assumere le iniziative mediche preordinate al trasferimento del detenuto in una struttura sanitaria idonea a meglio fronteggiare la patologia; ed inoltre, di avere omesso di evidenziare i profili psichiatrici della patologia nella relazione sanitaria del 30 agosto 2009, sottoscritta da entrambi, richiesta dal Tribunale di Sorveglianza, finalizzata alla valutazione della compatibilità delle condizioni sanitarie con lo stato di detenzione, nonché omettendo, nella relazione del 9 novembre 2009, riguardante identica richiesta, ogni informazione in ordine al notevole ed allarmante calo ponderale subito dal (omissis) dalla data di ingresso nella struttura ed all'inefficacia delle terapie psichiatriche e psicologiche, trascurando così di fornire all'autorità giudiziaria elementi indispensabili per valutare la idoneità della struttura sanitaria carceraria a trattare in modo efficace il progressivo decorso della patologia, che produceva il decesso di (omissis) (omissis) in data (omissis).

2. La vicenda è riassunta nelle sentenze di merito come segue.

Il (omissis) veniva tratto in arresto in esecuzione di un provvedimento di cumulo di pene e condotto presso il carcere di (omissis), ove all'ingresso misurava un peso ponderale di kg 79; il (omissis) venivano richiesti esami di laboratorio che rivelavano ipopotassiemia, ipocloremia ed ipercalcemia; il (omissis), allorquando il peso corporeo era pari a Kg 63, veniva prescritta visita psichiatrica per stato ansioso, che non veniva effettuata; il (omissis), su richiesta del responsabile dell'area sanitaria del carcere di (omissis), dott. (omissis), il detenuto veniva ricoverato presso il reparto di medicina protetta dell'Ospedale (omissis), con diagnosi 'squilibrio elettrolitico in paziente con anoressia'; nella cartella clinica si dava atto che il paziente faceva risalire l'esordio della patologia alla fine di gennaio, a seguito di una serie di episodi di vomito post-prandiale e si registrava grave calo ponderale; il 10 marzo, dopo il rientro nella normalità dei valori di potassio, viste

le migliorate condizioni generali, veniva dimesso in forma protetta, con indicazione di ripetizione degli esami elettrolitici, ripetuti con miglioramento il 17 marzo; in data 1 aprile veniva disposta integrazione del vitto per grave dimagrimento; il 4 maggio il detenuto formulava istanza al Magistrato di Sorveglianza di detenzione domiciliare ex art. 47-ter O.P., allegando una relazione, datata 19 marzo, con cui si evidenziavano le condizioni del paziente e la necessità di sottoporlo a terapia psichiatrica, al fine di eliminare la cause di deplezione (ovvero il vomito); in data 8 maggio veniva disposta visita psichiatrica a seguito della quale si dava atto che (omissis) presentava un umore lievemente deflesso e rifiutava la terapia psichiatrica, rispetto alla quale nondimeno non vi erano indicazioni, mentre si consigliavano terapia psicologica e controllo internistico; il 29 maggio il magistrato di sorveglianza rigettava l'istanza di detenzione domiciliare, motivando con il discreto compenso delle patologie riscontrate; il 27 maggio il peso corporeo era pari a kg. 54 ed il dott. (omissis) di sua iniziativa chiedeva con la massima celerità ricovero in un C.D.T. dell'amministrazione penitenziaria, non essendo il detenuto compatibile con il regime carcerario ordinario; il 3 giugno il difensore di (omissis) formulava istanza al Tribunale di Sorveglianza per anticipare l'udienza relativa alla concessione della detenzione domiciliare, corredandolo con una nuova relazione del prof. (omissis) e del dott. (omissis), con cui si dava atto del rischio per la vita; in data 8 giugno il detenuto veniva trasferito a (omissis), ove si presentava una situazione di paziente anoressico del peso di kg. 54, con pregressa ipokaliemia, sicché il detenuto veniva ricoverato presso il secondo reparto di medicina sotto la responsabilità del dott. (omissis), il quale il giorno dopo dava atto che il peso del detenuto era sceso a kg. 53,5 e disponeva vitto ipercalorico e somministrazione di un farmaco riduttore della produzione di acido gastrico (lansoprazolo); il 13 giugno il peso del (omissis) era sceso a kg. 52; essendo insorto il vomito; il 20 giugno veniva prescritta terapia con soluzione salina e glucosata, insulina ed antiemetico (Plasil); il 1 Luglio il Tribunale di Sorveglianza richiedeva dettagliata relazione sulle condizioni sanitarie dell'interessato; il 2 luglio il (omissis) redigeva la relazione, firmata anche dal (omissis), con la quale si segnalava che il peso del (omissis) era sceso a kg. 50,9 e che il medesimo era stato sottoposto a prelievi ematici con risultati che dimostravano la normalizzazione dei parametri (salvo una lieve ipocloremia) e che tuttavia permanevano episodi di vomito, pur essendo il paziente stato trattato con antiemetici e polivitaminici. La relazione concludeva per l'impossibilità di esprimere un parere sulla necessità di ricorrere a presidi sanitari territoriali; il 2 luglio il valore del potassio scendeva a 2,1 mml/l; il 6 luglio il (omissis) veniva trasferito al reparto di chirurgia della Casa Circondariale

(omissis) , sotto la responsabilità del dott. (omissis); il 7 luglio il Tribunale di Sorveglianza rigettava l'istanza di detenzione domiciliare, ritenendo che, esclusa la presenza di cause organiche, l'eventuale peggioramento della patologia potesse "*portare all'instaurazione di un procedimento per ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, tenuto conto della esclusiva necessità di terapia psichiatrica*"; il 9 luglio veniva prescritto farmaco per correggere il deficit di potassio; il 13 luglio il peso del detenuto era pari a kg. 50,6; il 20 luglio il medesimo veniva valutato da uno psichiatra che lo definiva lucido, orientato, con umore depresso e con precedenti di anoressia, in parte strumentali, con necessità di colloqui psicologici; il 26 luglio veniva ricoverato presso l'Ospedale (omissis) in grave ipokaliemia (1.9); il 27, una volta risalito il valore del potassio, veniva trasferito all'ospedale (omissis) , in apposito reparto, ove si procedeva ad esami ematolitici, Rx; il 29 veniva dimesso; il 30 luglio alla visita psichiatrica veniva disposta la prosecuzione della terapia; il 3 agosto il dott. (omissis), medico presso il carcere di (omissis) , redigeva relazione per il Tribunale di Sorveglianza, firmata anche dal dirigente (omissis) , nella quale segnalava: "*recente dimissione da ospedale esterno, ove era stato ricoverato per ipopotassiemia marcata. In atto buone condizioni generali. Potassio in risalita verso valori normali. Segue la terapia prescritta*'; il 3 agosto il detenuto registrava un peso pari a kg. 52,300; il (omissis) il Magistrato di sorveglianza di Roma rigettava nuovamente l'istanza presentata dalla difesa del (omissis) per la concessione della detenzione domiciliare per motivi di salute o per differimento provvisorio della pena, facendo riferimento alle condizioni generali discrete ed alla risoluzione dell'ipopotassiemia; il 13 agosto seguiva nuova visita psichiatrica, in cui veniva dato atto dei sintomi descritti dallo stesso detenuto, come ricerca compulsiva di cibo e successivo vomito, disturbo del sonno e prescritta terapia con Tavor; il 17 agosto il peso del (omissis) risaliva a k. 53,8; il 24 agosto il medesimo veniva sottoposto a nuova visita psichiatrica, con cambio della terapia per aggiunta di Laroxyl e Depakin; il 29 agosto il peso scendeva a kg. 51,6; il 28 settembre il peso era sceso a kg. 47,5; il 29 settembre il valore del potassio scendeva a 1,9 mmoli/l, ed indi risaliva il 5 ottobre a 2,3, restando invariato agli esami del 12; il 26 ottobre veniva eseguita visita psichiatrica con prescrizione di prosecuzione terapia; il 9 novembre il dott. (omissis) redigeva nuova relazione per il Tribunale di Sorveglianza, anche questa firmata pure dal dott. (omissis) , in cui affermava che rispetto alla relazione del luglio precedente '*le condizioni sono stazionarie*', che il paziente continuava ad essere ricoverato in C.D.T. per la mancata completa normalizzazione dei valori ematici di potassio, sottolineando peraltro che era stata effettuata visita nefrologica, di cui si attendevano gli esiti, ed aggiungendo: '*in atto compatibile*

con il regime detentivo'; il (omissis) veniva fissata la camera di consiglio per la discussione dell'ennesima istanza di detenzione domiciliare per motivi di salute o differimento pena, corredata di relazione di aggiornamento del prof. (omissis) e del dott. (omissis), che insistevano sull'assenza di atteggiamenti manipolativi in capo al detenuto, sul continuo calo ponderale e sull'ipopotassiemia, mai risoltasi, nonché sul conseguente elevato rischio di aritmie cardiache potenzialmente letali, come reso evidente dall'ultimo elettrocardiogramma, da cui emergeva l'allungamento dell'intervallo QT; il 18 novembre il Tribunale di Sorveglianza disponeva l'acquisizione di relazione sanitaria, anche psichiatrica, aggiornata sullo stato del (omissis), ai fini della valutazione della compatibilità con il regime carcerario; il (omissis) gli elettroliti di potassio raggiungevano il valore di 3,3 mmoli/l; in data 26 novembre (omissis), alle ore 8.10 del mattino, veniva trovato morto nel reparto C.D.T. della casa circondariale di (omissis) dagli agenti di polizia penitenziaria che procedevano alla conta dei detenuti.

3. La sentenza di secondo grado, rilevato che rispetto all'originaria imputazione era stato escluso il profilo di colpa del tardivo trattamento psichiatrico, essendosi il decesso verificato dopo un rilevante intervallo di tempo dall'inizio della terapia, ha condiviso la valutazione del Tribunale relativamente agli altri due profili di colpa inerenti alla mancata assunzione di propria iniziativa, vista la riscontrata inefficacia del trattamento complessivo praticato a (omissis) (omissis), della decisione di trasferire il paziente detenuto presso una struttura sanitaria esterna, al fine di consentire il miglioramento delle condizioni di salute; ed al non avere fornito all'autorità giudiziaria gli elementi indispensabili per la valutazione circa l'idoneità della struttura sanitaria della Casa Circondariale a trattare in modo efficace il paziente. La decisione, da un lato, ha richiamato gli esiti della consulenza tecnica, secondo la quale non esistevano cause anatomiche o funzionali cui attribuire l'origine degli episodi di vomito, che doveva pertanto essere considerato auto provocato, con conseguente squilibrio del potassio, cosicché l'exitus era stato conseguenza naturale di un fenomeno elettrico ipercinetico ventricolare cardiaco da diselettrolitemia grave. Dall'altro, ha escluso la sussistenza di cause alternative, scientificamente apprezzabili. Ciò posto, pur dando atto che il rifiuto alimentare, manifestato anche durante altre precedenti esperienze carcerarie, potesse inizialmente avere una connotazione manipolativa, cui erano estranee patologie psichiatriche, ha, nondimeno, sottolineato che la storia clinica del detenuto dimostrava che, ad un certo punto, la situazione era divenuta ingestibile, tanto è vero che il (omissis) veniva sottoposto a numerose visite psichiatriche ed alle relative terapie

farmacologiche, rivelatesi inefficaci. Cosicché, secondo la Corte territoriale, la valutazione espressa con la relazione inviata al tribunale di sorveglianza il (omissis) (omissis), con cui si era attestata la compatibilità con il regime detentivo, doveva ritenersi censurabile sotto un duplice profilo. Da un lato, per la sottovalutazione delle condizioni cliniche del paziente, indicate come 'stazionarie', mentre il mancato miglioramento doveva ritenersi di per sé una situazione critica ed un fattore di rischio; dall'altro, per avere omesso ogni riferimento al trattamento psichiatrico praticato (mai indicato nelle relazioni), in questo modo impedendo all'autorità giudiziaria di poter tenere conto di tutti gli elementi necessari al fine di decidere sull'istanza di detenzione domiciliare formulata dal difensore del condannato. Inoltre, neppure venivano predisposte dagli imputati interventi volti ad evitare ulteriori aggravamenti, come il trasferimento presso struttura sanitaria esterna. Confermata la valutazione del giudice di primo grado sulla sussistenza del nesso di causalità fra le omissioni e l'evento, essendo emerso che il trasferimento presso struttura non penitenziaria avrebbe consentito l'immediato miglioramento delle condizioni del paziente e quindi probabilmente il recupero, la Corte ha escluso, ai fini dell'applicabilità della cd. Legge Balduzzi (d.l. 158/2012 conv. legge 189/2012), la colpa lieve, per essere stata la valutazione di compatibilità con il regime carcerario generica, controversa e, in ultima analisi, errata, come emerge anche dalle lettere inviate dal detenuto alla convivente. Su questa base ha ritenuto la responsabilità anche del dirigente sanitario (omissis), tenuto conto che egli non solo si era assunto, avuto riguardo alla funzione svolta, la responsabilità delle determinazioni espresse; ma era anche a conoscenza della storia personale del (omissis), trasferito a (omissis) proprio in ragione delle sue difficili condizioni di salute e di una valutazione di non idoneità del regime carcerario già espressa dall'area sanitaria del carcere di (omissis).

4. Avverso la sentenza propongono ricorso per cassazione (omissis), (omissis) e l'Azienda Sanitaria Locale di (omissis), in qualità di responsabile civile, che formulano una pluralità di doglianze.

5. (omissis) formula due censure.

5.1. Con la prima si fa valere il vizio di motivazione, osservando che la Corte territoriale ha tralasciato di dare risposta alle censure formulate con l'atto di appello. In primo luogo, con riferimento al rapporto fra la causa della morte - individuata in sentenza come aritmia ventricolare in relazione ad episodio di ipokaliemia - e la pretesa condotta omissiva del medico. Ed invero, pur facendo proprie le conclusioni dei consulenti, avuto riguardo alle caratteristiche

anatomiche del muscolo cardiaco, che di per sé potevano causare uno 'Shunt destro-sinistro', poi intervenuto a seguito del vomito autoindotto, la sentenza non dà conto delle ragioni per le quali la conformazione cardiaca è stata esclusa dalle cause che hanno determinato l'evento, prodottosi per la sommatoria di condizioni anatomiche, dello shunt e dell'assunzione di oppiacei nelle 24 ore precedenti la morte, tutti fattori che allungano il QT, rispetto al complesso dei quali manca ogni considerazione critica da parte del giudice d'appello.

Si osserva, inoltre, l'assenza del giudizio controfattuale in ordine all'approccio terapeutico alternativo che avrebbe impedito l'evento, non essendosi tenuta nella dovuta considerazione l'accertata manipolazione del paziente rispetto alla patologia e non essendo affatto provato che questa sarebbe venuta meno con un ricovero in strutture esterne, né che colà avrebbe ricevuto un diverso trattamento sanitario. D'altro canto, la sentenza di primo grado afferma la correttezza dell'operato clinico farmacologico posto in essere dal (omissis), escludendo ogni negligenza, con il formarsi di un giudicato interno in ordine alla correttezza della condotta tenuta dal medico.

Ci si duole dell'apparenza della motivazione laddove si ritiene il nesso di causalità fra l'omessa comunicazione al magistrato di sorveglianza circa le condizioni di salute del (omissis) e l'evento morte, non avendo la Corte chiarito per quale ragione una diversa informazione - peraltro di natura meramente amministrativa - avrebbe dovuto con certezza risolversi nel mutamento delle condizioni di detenzione del paziente, posto che il tribunale di sorveglianza era a conoscenza dello stato di salute del detenuto ed aveva rigettato l'istanza di differimento pena, di cui agli artt. 147 e 148 cod. pen., indicando l'eventuale alternativa di un ricovero presso O.P.G. Si sottolinea, dunque, l'assenza della prova sul nesso di causalità tra l'incompleta comunicazione ed il mancato avvio presso struttura esterna e l'evento morte, per mancata individuazione della condotta diversa ed alternativa rispetto a quella contestata.

Si rileva come nella sentenza non si dia conto delle regole di informazione obbligatoria dovuta al paziente e dell'obbligo di non compiere atti che il paziente rifiuta, sicché a fronte della natura psichiatrica e del vomito autoindotto, espressione di una scelta, non si è approfondita l'indagine sulla volontà del paziente di recedere dalla condotta tenuta.

5.2. Con il secondo motivo si censura l'errata applicazione, da parte della Corte territoriale, del disposto dell'art. 3 della c.d. Legge Balduzzi, applicabile benché abrogata dalla legge n. 24/2017, in quanto norma più favorevole. Si sottolinea che la sentenza, in modo del tutto semplicistico, desume la non lievità della colpa, delegando il giudizio sul metodo scientifico al metodo empirico, facendo riferimento alle lettere inviate dal detenuto alla convivente, da cui

emergerebbe la gravità delle condizioni di salute del (omissis), senza tenere in considerazione le possibili strumentalizzazioni per l'ottenimento di benefici dall'autorità giudiziaria e soprattutto senza valorizzare la novità legislativa, che fa riferimento alle pratiche terapeutiche virtuose, corroborate dal sapere scientifico.

6. (omissis) lamenta quanto segue.

6.1. Con i primi due motivi denuncia violazione di legge e vizio di motivazione in relazione agli artt. 40, comma 1, cod. pen. e 533 cod. proc. pen., avuto riguardo al canone di giudizio «al di là di ogni ragionevole dubbio».

Deduce che la sentenza impugnata asserisce apoditticamente che la morte del (omissis) «*è stata determinata da un'aritmia ventricolare in relazione ad un episodio di ipokeliemia*», e che «*dall'istruttoria dibattimentale non emergono cause diverse ed alternative del decesso del* (omissis), *scientificamente apprezzabili*». Di contro, sostiene che nel caso che occupa non è affatto provata la causa della morte, e conseguentemente anche il nesso di causalità fra l'addebito mosso al ricorrente e l'evento fatale. Le conclusioni cui sono pervenuti i consulenti si fondano, senza un apprezzabile corredo di letteratura scientifica, da un lato sul riscontro dei livelli deficitari di potassio, desunto dalle cartelle cliniche, dall'altro sul conforto indiretto proveniente dall'asserita esclusione di cause alternative di morte. Si tratta di argomentazioni che destano seri dubbi. Infatti, dall'analisi delle cartelle cliniche è agevole notare come il livello di potassio nel detenuto, due giorni prima della morte, fosse appena al di sotto della norma, per cui si dovrebbe parlare di ipokaliemia lieve, in un soggetto che tra l'altro soffriva di una carenza cronica di potassio.

L'esclusione di ipotesi eziologiche alternative nel caso appare fallace, essendo emerse ulteriori possibili cause alternative della morte. La prima, rilevata dallo stesso collegio tecnico dell'accusa, costituita da una rilevante malformazione cardiaca, pudicamente denominata dai consulenti una "situazione parafisiologica"; la seconda, l'assunzione di sostanza stupefacente del tipo eroina nelle 24/48 ore precedenti al decesso; la terza, costituita dalla presenza di una miocardite (infezione del miocardio), probabilmente su base virale, riscontrata dai consulenti tecnici ma esclusa dalla anatomo-patologa dr.ssa (omissis), contraddizione su cui la Corte di appello non si è soffermata.

Denuncia, in definitiva, che la sentenza impugnata ha omesso di operare una valutazione di attendibilità scientifica e di obiettiva valenza del risultato conseguito dai consulenti tecnici dell'accusa, limitandosi a farlo proprio senza alcun approccio critico. Ciò in violazione del canone di giudizio del ragionevole

dubbio, essendo emerse cause alternative della morte niente affatto astratte o remote.

6.2. Con il terzo e quarto motivo denuncia violazione di legge e vizio di motivazione per erronea applicazione dell'art. 40, comma 2, cod. pen., in ordine alla sussistenza dell'obbligo giuridico di attivarsi in capo al (omissis) .

Ritiene erronea l'individuazione in capo al ricorrente di una posizione di garanzia giuridicamente rilevante, nella sua qualità di responsabile capo dei servizi sanitari del carcere (omissis) , nella qualità di responsabile delle determinazioni e delle valutazioni espresse nell'ambito della sua attività di organizzazione della struttura sanitaria. Tale valutazione risulta effettuata senza operare una ricognizione scrupolosa del dato normativo e di tutte le fonti giuridiche rilevanti, avuto riguardo al fatto che il ricorrente, all'epoca dei fatti, era a capo di una organizzazione complessa, articolata in otto ambulatori, oltre a reparti di degenza ed altre strutture in cui lavoravano 176 operatori sanitari. In quel periodo il (omissis) era chiamato istituzionalmente e contrattualmente a curare numerose competenze ed attività di carattere dirigenziale ed organizzativo. Né la legge né il contratto di lavoro prevedevano in capo al (omissis) obblighi giuridici di controllo sull'operato dei medici incaricati e/o di intervento diretto dal punto di vista clinico. La posizione di garanzia dell'imputato consisteva esclusivamente nel rendere disponibili i trattamenti ed i controlli prescritti dai medici curanti, circostanza che nel caso in esame si è puntualmente verificata.

6.3. Con il quinto motivo denuncia vizio di motivazione in ordine alla ritenuta conoscenza diretta della situazione del (omissis) da parte del (omissis) .

Ritiene carente ed illogica la motivazione della sentenza impugnata nella parte in cui trae la diretta conoscenza, da parte del ricorrente, della situazione del (omissis) dalle dichiarazioni rese *de relato* dalla convivente del detenuto, (omissis) , la cui testimonianza non risulta soppesata con la massima attenzione e cautela, nonostante si tratti di una parte civile le cui dichiarazioni risultano prive di riscontro e non corroborate neanche dalle numerose e dettagliate lettere del (omissis), che non contengono alcun riferimento di segno negativo nei confronti del dirigente sanitario.

6.4. Con il sesto e settimo motivo denuncia violazione di legge e vizio di motivazione per erronea applicazione dell'art. 40, comma 2, cod. pen., in ordine alla sussistenza del nesso causale tra le omissioni contestate al prevenuto e la morte del (omissis).

Deduce che le condotte omissive contestate al ricorrente sono prive di rilievo causale rispetto all'evento mortale.

Con riguardo alla condotta di non aver fornito al Tribunale di Sorveglianza tutti gli elementi necessari per valutare la compatibilità delle condizioni di salute del detenuto con il regime carcerario in atto, osserva che la Corte territoriale non ha spiegato il "come" e il "perché" l'azione doverosa omessa avrebbe impedito con certezza o elevata probabilità il verificarsi dell'evento.

Con riguardo al mancato ricovero del detenuto in struttura esterna al carcere, rileva che il giudizio controfattuale operato dalla Corte territoriale ha tralasciato che le prestazioni sanitarie offerte nei nosocomi esterni sono state le stesse offerte presso il centro clinico di (omissis) . Inoltre la Corte ha omesso ogni specificazione in ordine a quale trattamento terapeutico diverso, più efficace o migliore, si sarebbe dovuto riservare al (omissis).

6.5. Con l'ottavo e nono motivo denuncia violazione di legge e vizio di motivazione per erronea applicazione dell'art. 3, comma 1, legge n. 189/2012 (cd. legge Balduzzi), in ordine all'insussistenza della colpa lieve.

Osserva che secondo la citata legge, che nel caso trova applicazione quale norma più favorevole, l'esercente la professione sanitaria, qualora nello svolgimento della propria attività si sia attenuto alle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non risponde penalmente per colpa lieve. Nella specie la Corte territoriale ha valutato la colpa prescindendo da ogni considerazione rispetto al tema delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica di riferimento; di conseguenza non ha operato alcuna valutazione in ordine alla misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta dal (omissis) e quella che era da attendersi sulla base della regola cautelare che si doveva osservare.

6.6. In conclusione deduce che il reato è comunque estinto per prescrizione.

7. Il responsabile civile Azienda Sanitaria Locale (omissis) (d'ora in poi ASL) lamenta quanto segue.

7.1. Con il primo motivo denuncia il vizio di motivazione con riferimento alla causa che ha determinato la morte della persona offesa.

Osserva che dalla consulenza dei tecnici del pubblico ministero è emerso un ruolo causale da attribuire alla malformazione cardiaca di cui era portatore il (omissis) (omissis) ed alla accertata assunzione di sostanza stupefacente il giorno prima del decesso. In motivazione la Corte territoriale ha riconosciuto il ruolo causale della malformazione anatomica del cuore e dei ripetuti episodi di vomito autoindotto, salvo poi fare illogica e contraddittoria retromarcia quando ha escluso che tale anomalia anatomica possa essere collegata con la causa della morte. Non è stata spiegata, inoltre, l'incidenza causale dell'assunzione di sostanza stupefacente.

7.2. Con il secondo motivo denuncia vizio di motivazione con riferimento al giudizio controfattuale per attribuire incidenza causale alla condotta omissiva colposa dei sanitari.

Deduce che la sentenza impugnata risulta mancante del necessario giudizio ipotetico volto a stabilire se, ove fosse stata adottata la condotta doverosa omessa, l'evento si sarebbe ugualmente verificato o meno. La Corte territoriale non ha speso una parola su quale fosse il trattamento diverso, praticabile presso strutture esterne al carcere, che avrebbero comportato il miglioramento delle condizioni di salute del detenuto, anche tenuto conto del comportamento autoindotto al vomito posto in essere dal (omissis). Tanto più che gli stessi consulenti hanno escluso profili di responsabilità professionale sotto il profilo internistico, tenuto conto del trattamento farmacologico e psichiatrico adottato nei confronti del paziente. Anche rispetto all'omessa comunicazione, al Tribunale di Sorveglianza, di elementi di valutazione ai fini della decisione sull'istanza di detenzione domiciliare e di differimento pena presentata dal difensore del detenuto, la Corte non ha fornito alcuna argomentazione volta a spiegare come e perché un atto di natura amministrativa dal contenuto più dettagliato avrebbe impedito il verificarsi dell'evento lesivo.

7.3. Con il terzo motivo denuncia violazione di legge e vizio di motivazione con riferimento all'art. 3 della legge n. 189/2012, in ordine all'insussistenza della colpa lieve.

Lamenta che le motivazioni addotte sul punto non si fondano sul metodo scientifico, volto a verificare se le condotte contestate fossero o meno riconducibili alle linee guida o alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica pertinenti al caso specifico. Al contrario, il giudice di appello ha erroneamente fondato il proprio giudizio di colpevolezza sulle missive inviate dal detenuto alla convivente, senza tener conto che il contenuto di tale corrispondenza ben poteva essere finalizzato a sostenere le richieste di benefici formulate dal detenuto.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Si deve preliminarmente rilevare l'intervenuta estinzione del reato per cui si procede per intervenuta prescrizione, posto che il termine massimo di sette anni e mezzo risulta decorso - tenuto conto di 41 giorni di sospensione intervenuti nel corso del processo di merito - il 7.7.2017, in data successiva alla sentenza di appello.

Nel caso, tuttavia, stante la presenza delle parti civili, permane l'esigenza di valutare compiutamente i motivi di censura dedotti dai ricorrenti ai fini delle

statuizioni civili, con possibili effetti anche sulla decisione ai fini penali, qualora venga riscontrata l'insussistenza dei presupposti oggettivi o soggettivi del reato, e quindi sia accertata la mancanza di responsabilità penale, anche per insufficienza o contraddittorietà delle prove (secondo il noto insegnamento di Sez. U, n. 35490 del 28/05/2009, Tettamanti, Rv. 24427301).

2. Al fine di affrontare compiutamente le problematiche che vengono evocate nei motivi di ricorso con riferimento, in particolare, alla necessaria verifica delle condizioni di salute del soggetto detenuto in relazione alla loro compatibilità con il regime carcerario, mette conto puntualizzare in questa sede le particolari cautele previste dal nostro sistema legislativo per la tutela sanitaria del detenuto, con specifico richiamo ai principi normativi nazionali e sovranazionali che regolano la materia.

2.1. Il sistema dell'assistenza sanitaria penitenziaria, disciplinato dall'art. 11 della legge n. 354/1975, prevede che in ogni istituto penitenziario vi siano un servizio medico ed un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e che si disponga, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria; cure ed accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari dell'istituto vengono eseguiti previo trasferimento del detenuto in ospedali o luoghi di cura esterni. Con specifico riguardo alle visite mediche, è prevista una visita medica generale all'atto dell'ingresso nell'istituto allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche; i sanitari hanno l'obbligo di visitare quotidianamente gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta e di segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche.

2.2. La tutela del diritto alla salute delle persone private della libertà personale si ricava, in primo luogo, in via interpretativa dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e dalla Convenzione EDU, che sostanzialmente fanno riferimento al divieto di sottoporre i detenuti a trattamenti disumani e degradanti, sulla scorta di principi giurisprudenziali ricavati dalla Corte EDU, che riconducono il diritto alla salute nell'alveo dei diritti garantiti in ambito internazionale, quale corollario del diritto alla vita e della dignità umana.

2.3. Vi sono, poi, le Regole penitenziarie europee, ove si afferma che la finalità del trattamento consiste nel «salvaguardare la salute e la dignità» dei condannati nella prospettiva del loro reinserimento sociale (art. 3 delle Regole penitenziarie europee), nonché la deliberazione approvata dall'ONU (dicembre 1982) in materia di «Principi di etica medica per il personale sanitario in ordine alla protezione dei detenuti», nella quale è previsto che «gli esercenti le attività sanitarie incaricati di prestare cure a persone detenute o comunque private della

libertà, hanno il dovere di proteggerne la salute fisica e mentale, nello stesso modo che li impegna nei confronti delle persone libere».

2.4. Tali principi e regole si pongono in linea sia con il principio di umanizzazione sia con la finalità rieducativa della pena, se ed in quanto entrambi postulano il perseguimento di una piena ed efficace tutela del diritto alla salute del condannato, posto che solo una condizione di benessere psico-fisico dello stesso può garantire il suo recupero e perciò il suo reinserimento sociale. In tal senso quindi, in ossequio all'art. 27 Cost. ed ai suoi corollari, il detenuto ha diritto alla tutela della sua salute sia fisica che mentale, posto che in effetti la pena può svolgere la propria funzione rieducativa verosimilmente su una persona mentalmente in grado di comprenderne la portata e il significato.

2.5. Inoltre, al fine di meglio garantire il diritto inviolabile in questione, la riforma della medicina penitenziaria (d.lgs. 22 giugno 1999, n.230) ha previsto il trasferimento della sanità degli istituti di pena dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale, con ciò - in ossequio al principio di sussidiarietà verticale - imponendo la collaborazione e la integrazione, ciascuna nel proprio ambito, alle diverse istituzioni dello Stato.

2.6. L'art. 11 dell'Ordinamento penitenziario, nella seconda parte del comma 5, dispone che l'assistenza sanitaria sia prestata, nel corso della permanenza nell'istituto «*con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati*», con ciò ponendo un obbligo di controllo delle condizioni sanitarie generali dei detenuti, che deve essere periodico e frequente, specie in presenza di situazioni soggettive meritevoli di particolare attenzione, in considerazione di peculiari condizioni psico-fisiche derivanti anche da una pregressa storia clinica che caratterizzi il detenuto come soggetto potenzialmente "a rischio" sanitario. Da questo punto di vista il (omissis) rientrava appieno nella categoria, avendo subito un celere trasferimento dal carcere di (omissis) al Centro Diagnostico di (omissis) per stato anoressico, calo ponderale e squilibrio elettrolitico, con segnalazione di inidoneità al regime penitenziario ordinario.

2.7. Più in generale, va ricordato che la possibilità per il detenuto di fruire di cure mediche appropriate anche nella condizione di restrizione carceraria, oltre a porsi in linea con la normativa di principio, costituisce il presupposto fondante la linea di demarcazione tra la compatibilità e l'incompatibilità delle condizioni psico-fisiche della persona con il regime carcerario (Sez. 1, n. 16681 del 24/01/2011, Buonanno, Rv. 24996601); tale rilievo, desumibile dal sistema di norme costituito dagli artt. 299, comma 4-ter, cod. proc. pen., 147 n. 2 cod. pen. e 47 ter, comma 1-ter, l. n. 354/1975, impone un'interpretazione del testo normativo conforme all'obiettivo di associare la privazione della libertà personale

al costante controllo delle condizioni di salute della persona (cfr. in tal senso e per la ricostruzione del quadro legislativo riportato in questo paragrafo, Sez. 4, n. 25576 del 11/05/2017, P.M., P.C. in proc. Aloise, Rv. 27032801).

3. Tanto chiarito, si deve rilevare l'infondatezza dei ricorsi proposti da (omissis) e dalla ASL (omissis), per le considerazioni che seguono.

4. Il primo motivo del (omissis) ed il primo motivo di censura della ASL lamentano, essenzialmente, che la Corte di appello non avrebbe fornito una motivazione adeguata in ordine alle effettive cause della morte del (omissis), escludendo immotivatamente decorsi causali alternativi pur prospettati in sede di merito.

Contrariamente a quanto asserito dai ricorrenti, la sentenza impugnata - che sul punto va letta unitamente a quella di primo grado, trattandosi di cd. doppia conforme - presenta in proposito un percorso motivazionale che sfugge ai rilievi di carattere logico-giuridico sollevati nei motivi di doglianza in esame.

In sede di merito è stato compiutamente accertato, tramite l'ausilio del collegio di consulenti tecnici escussi in sede istruttoria, che il decesso del (omissis) (omissis) è stato causato da un'aritmia ventricolare, insorta a seguito di un episodio di ipokalemia. I mezzi del decesso sono stati individuati in un fenomeno elettrico ipercinetico ventricolare cardiaco da diselettrolitemia grave. In altri termini, le continue e marcate variazioni dei valori del potassio ematico del (omissis) hanno determinato, nella notte tra il (omissis), un'aritmia cardiaca, di gravità tale da risultare fatale per le sue precarie condizioni di salute. Ciò ha trovato drammatica conferma nelle conclusioni che erano state rassegnate dai consulenti nominati dalla parte civile nella relazione del (omissis) (appena tre settimane prima del decesso), secondo cui il (omissis), nonostante le terapie praticate, continuava a presentare "livelli di kaliemia notevolmente al di sotto della norma", tali da essere associati "ad un rischio elevato di aritmie cardiache", condizione che, "se non adeguatamente trattata in idoneo ambiente di tipo clinico, porrà con ogni probabilità il sig. (omissis) a serissimi rischi per la sua salute, come peraltro già verificatosi".

Sono state, quindi, ragionevolmente escluse le ipotesi alternative di morte prospettate dalla difesa dei prevenuti, la prima costituita da un'ipotetica assunzione di sostanze stupefacenti in carcere da parte del detenuto nel pomeriggio del 25 novembre, desunta dal fatto che un campione di urina prelevato dal cadavere è risultato positivo agli oppiacei. In proposito, la specialista tossicologa ha precisato come dalla positività del solo campione di urina non discenda una attualità d'uso, quanto piuttosto un'assunzione avvenuta

in un arco di tempo di 24/48 ore precedenti di oppiacei, ormai in fase di eliminazione attraverso le urine. Peraltro il giudice di primo grado, secondo un ragionamento probatorio coerente e non manifestamente illogico, ha ritenuto indimostrata l'ipotesi di assunzione di droga del (omissis) in ambiente carcerario nel pomeriggio del 25 novembre, stante la mancanza in atti di riscontri probatori specifici.

La seconda ipotesi alternativa sulle cause del decesso è stata quella riconducibile alla presenza nel paziente di una malformazione cardiaca, in particolare di una "pervietà anatomica della fossa ovale, con lieve formazione aneurismatica della stessa e presenza di materiale di verosimile natura trombotica" (abbreviata con l'acronimo di PFO). Sul punto, tuttavia, le sentenze di merito hanno congruamente e logicamente argomentato nel senso che gli esperti hanno ben specificato, in primo luogo, che non si tratta di una vera e propria patologia (quanto piuttosto di una "parafisiologia" potenzialmente assai diffusa nella popolazione); in secondo luogo, hanno recisamente affermato che detta pervietà, in concreto, non ha avuto alcuna incidenza sulla causazione della morta del (omissis).

Si tratta di argomentazioni che vanno esenti da vizi logico-giuridici riscontrabili in questa sede; né è consentito alla Cassazione di procedere ad una rilettura del fatto in termini alternativi rispetto a quanto compiutamente accertato dai giudici di merito.

5. Sempre il primo motivo del (omissis) ed il secondo motivo di censura della ASL lamentano, in sintesi, il vizio motivazionale con riferimento al giudizio controfattuale per attribuire incidenza causale alla condotta omissiva colposa dei sanitari.

Si tratta di doglianza che non coglie nel segno.

In proposito, meritano di essere segnalati quelli che costituiscono gli essenziali profili di colpa omissiva che sono stati ritenuti sussistenti dai giudici di merito nei confronti del (omissis) (e del (omissis) , su cui però v. *infra*), che non attengono tanto alla inadeguatezza in sé del trattamento terapeutico adottato nei confronti del paziente all'interno del centro diagnostico carcerario, quanto alla negligente ed imprudente sottovalutazione delle condizioni di salute del (omissis) (omissis) in relazione al persistente giudizio di compatibilità delle stesse con il regime detentivo; e ciò a fronte di una situazione che, con il passare del tempo, rendeva evidente che il (omissis) non potesse più essere adeguatamente curato in ambito inframurario, tenuto conto del fatto che le reazioni psico-fisiche del detenuto erano ormai fuori controllo e non più gestibili dallo stesso interessato, per il quale si erano parimenti rivelate inefficaci le cure psichiatriche e

farmacologiche cui era stato sottoposto nel corso dei mesi in cui era stato ricoverato presso il centro diagnostico di (omissis) . In altri termini, il riscontrato mancato miglioramento delle condizioni psico-fisiche del detenuto nel corso di un lungo periodo di cura e osservazione clinica, foriero dei paventati gravi rischi per la sua stessa vita, avrebbe dovuto indirizzare i sanitari - in una logica di prevalenza della salute del paziente rispetto alle esigenze specialpreventive connesse al regime carcerario – verso un trattamento medico da svolgere in una struttura ospedaliera esterna e non in un contesto ristretto e disagevole come quello penitenziario.

Sotto questo profilo, le sentenze di merito hanno esaurientemente e razionalmente argomentato nel senso che il rapporto di causalità tra le indicate omissioni e l'evento risulta riscontrato dagli accertamenti tecnici espletati, che hanno evidenziato come il trasferimento del detenuto presso una struttura sanitaria esterna, pur se effettuato solo qualche giorno prima del decesso, avrebbe comportato un miglioramento delle condizioni di salute del (omissis) e, quindi, impedito l'evento. E' stato puntualizzato - secondo quanto riferito dal dr. (omissis) – che rimossa la situazione di detenzione, il trasferimento in una struttura sanitaria esterna avrebbe comportato "un immediato miglioramento e probabilmente quindi un recupero", anche se disposto una settimana prima dell'evento. Ciò risulta riscontrato da quanto era avvenuto in precedenza, visto che il (omissis), proprio il dr. (omissis) aveva disposto il ricovero del (omissis) presso il pronto soccorso dell'ospedale (omissis) , in occasione di un significativo abbassamento del valore di potassio ematico. All'esito del ricovero in struttura sanitaria esterna, con dimissione il (omissis), le condizioni del detenuto erano effettivamente migliorate.

Anche in questo caso si tratta di un percorso argomentativo congruo e non manifestamente illogico, come tale insindacabile nella presente sede di legittimità.

6. Deve ritenersi infondato anche il secondo motivo del (omissis) ed il terzo motivo di censura della ASL, con i quali si denuncia violazione di legge e vizio di motivazione con riferimento all'art. 3 della legge n. 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), in ordine alla invocata configurabilità nel caso di specie di una ipotesi di colpa lieve, come tale penalmente irrilevante.

Al di là della considerazione che le sentenze di merito hanno adeguatamente valutato anche il profilo della eventuale configurabilità, nel caso in disamina, della colpa lieve del sanitario, escludendola motivatamente in considerazione delle gravi omissioni ascrivibili al (omissis), a motivo del loro significativo distacco dal modello di comportamento che sarebbe stato lecito pretendere nella vicenda

in esame, mette conto rilevare che, a seguito dell'intervenuta estinzione del reato per prescrizione, non residua alcuno spazio in questa sede per la valutazione della colpa agli effetti penali, dovendosi riscontrare l'impossibilità di prosciogliere il (omissis) con formula più favorevole, avuto riguardo alla infondatezza dei motivi addotti.

Pertanto, in ossequio ai principi della sentenza delle Sezioni Unite Tettamanti, si impone nei confronti del (omissis) l'annullamento senza rinvio della sentenza, agli effetti penali, per l'intervenuta prescrizione del reato.

Per il resto deve essere rigettato il ricorso di (omissis) agli effetti civili e rigettato, altresì, il ricorso del responsabile civile ASL (omissis). I predetti vanno condannati alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili in questo giudizio di legittimità, liquidate come da dispositivo.

7. Il ricorso di (omissis) è invece fondato, perché devono trovare accoglimento gli assorbenti motivi terzo e quarto, con i quali si deduce la violazione di legge ed il vizio di motivazione per erronea applicazione dell'art. 40, comma 2, cod. pen., in ordine alla sussistenza dell'obbligo giuridico di attivarsi in capo al (omissis) .

8. Al riguardo, si deve convenire con il ricorrente che la posizione di garanzia del (omissis) , quale dirigente sanitario della struttura diagnostica carceraria dove era ricoverato il (omissis), non è stata adeguatamente valutata alla luce delle fonti normative e/o contrattuali rilevanti, su cui le sentenze di merito nulla dicono.

In effetti, pur potendo in astratto individuarsi una posizione di garanzia del (omissis) quale dirigente sanitario, occorre che nel caso concreto sia provata una sua diretta ingerenza sia nel trattamento sanitario del paziente, sia nella valutazione della compatibilità delle condizioni di salute del detenuto rispetto al regime carcerario. Nulla di tutto questo risulta evidenziato nella sentenza impugnata, che si limita ad individuare in capo al ricorrente una mera responsabilità di posizione derivante dalla sua qualità di dirigente sanitario e dal fatto che, in tale qualità, lo stesso ebbe a controfirmare le relazioni sanitarie dei medici che avevano in cura il detenuto. In tal modo, tuttavia, la Corte di appello delinea una sorta di responsabile oggettiva del dirigente che, oltre ad essere contraria al principio di colpevolezza che caratterizza il sistema penale, si pone in evidente contraddizione con l'affermazione contenuta nella stessa sentenza secondo cui il (omissis) svolgeva principalmente un'attività di organizzazione della struttura sanitaria. L'attività prevalentemente amministrativa e gestionale svolta dal (omissis) , posto a capo di una struttura complessa articolata in otto

ambulatori, in diversi reparti di degenza ed in altre strutture in cui all'epoca lavoravano ben 176 operatori sanitari, è stata riconosciuta anche dal giudice di primo grado, il quale tuttavia ne trae conclusioni palesemente illogiche in punto di responsabilità, laddove afferma che il (omissis) «*deve rispondere delle conseguenze derivanti dalla propria scelta*» di non fare il medico ma il mero "passacarte", frase il cui significato è chiaramente incongruo rispetto al tema principale della posizione di responsabilità del (omissis) per colpa omissiva.

Si deve dunque dare atto che le sentenze di merito non hanno puntualmente individuato la fonte normativa/contrattuale o la situazione di fatto che imponesse al (omissis) specifici obblighi giuridici di controllo sull'operato dei medici incaricati e/o di intervento diretto dal punto di vista clinico, in relazione al trattamento sanitario della persona offesa.

Né la posizione di garante del dirigente sanitario può essere desunta dalle generiche ed inconsistenti dichiarazioni *de relato* rese dalla convivente del (omissis) (omissis), (omissis) , atteso che la conoscenza da parte del (omissis) della situazione del (omissis) non implica che il primo abbia instaurato un effettivo rapporto terapeutico con il secondo, ingerendosi nel trattamento sanitario in maniera tale da cagionare, per colpa omissiva, il decesso del detenuto.

Si deve qui ribadire che in tema di colpa professionale medica, l'instaurazione del rapporto terapeutico tra medico e paziente è fonte della posizione di garanzia che il primo assume nei confronti del secondo, e da cui deriva l'obbligo di attivarsi a tutela della salute e della vita. (Sez. 4, n. 15178 del 12/01/2018, Tessitore, Rv. 27301201). Inoltre, va anche rammentato che la titolarità di una posizione di garanzia non comporta, in presenza del verificarsi dell'evento, un automatico addebito di responsabilità colposa a carico del garante, imponendo il principio di colpevolezza la verifica in concreto della sussistenza della violazione di una regola cautelare (generica o specifica) volta a prevenire l'evento, nonché della sussistenza del nesso causale tra la condotta ascrivibile al garante e l'evento dannoso (Sez. 4, n. 32216 del 20/06/2018, Capobianco e altro).

9. Nel caso di specie non è stato superato il limite del ragionevole dubbio rispetto alla effettiva titolarità in capo al (omissis) di una posizione di garanzia nei confronti della persona offesa, avuto riguardo alle evidenziate lacune motivazionali della sentenza impugnata in relazione alla effettiva ingerenza del dirigente nel trattamento sanitario e nelle scelte riconducibili alle valutazioni di compatibilità delle condizioni di salute del (omissis) con il regime carcerario; tutto ciò a fronte della riconosciuta e prevalente attività gestionale e amministrativa del (omissis) nell'ambito della struttura organizzativa

complessa da lui diretta, avente caratteristiche e finalità assai diverse rispetto alla tipica attività medica a diretto contatto con i pazienti, cui si riconducono gli obblighi di garanzia per la tutela della loro salute, ai fini della operatività della c.d. clausola di equivalenza di cui al secondo comma dell'art. 40 cod. pen.

Le superiori considerazioni consentono già in questa sede di escludere la responsabilità penale del (omissis) in ordine al reato a lui ascritto, palesandosi la superfluità di un nuovo giudizio di merito sul punto.

10. La gravata sentenza va, pertanto, annullata senza rinvio nei confronti del (omissis), per non aver commesso il fatto; tale proscioglimento comporta *ex lege* il venire meno nei confronti del medesimo anche della condanna al risarcimento dei danni in favore delle parti civili.

P.Q.M.

Annulla senza rinvio la sentenza impugnata nei confronti di (omissis) (omissis) per non aver commesso il fatto.

Annulla senza rinvio la sentenza impugnata agli effetti penali nei confronti di (omissis) per essere il reato estinto per prescrizione.

Rigetta il ricorso di (omissis) agli effetti civili e rigetta, altresì, il ricorso del responsabile civile ASL (omissis). Condanna in solido (omissis) e il responsabile civile alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili in questo giudizio di legittimità, così liquidate: euro 3.000,00 a favore di (omissis) e (omissis) (omissis), euro 3.500,00 a favore di (omissis), (omissis) e (omissis) (omissis), oltre accessori come per legge.

Così deciso il 11 ottobre 2018

Il Consigliere estensore
Alessandro Ranaldi

Il Presidente
Patrizia Piccialli

DEPOSITATO IN CANCELLERIA
oggi, 28 DIC. 2018

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott.ssa Irene Valiendo