

Data Udienza: 30/05/2018

L'avvocato LICITRA LUCA del foro di RAGUSA in difesa di [REDACTED] si riporta ai motivi, deposita sentenza n.22296/2017 della Terza Sezione Penale della Corte di

h

Cassazione ed insiste per l'accoglimento del ricorso.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale



RITENUTO IN FATTO

1. La Corte d'Appello di Catania, con sentenza del 6 aprile 2017, in parziale riforma della sentenza del 27 gennaio 2015 del Giudice dell'udienza preliminare presso il Tribunale di Ragusa, revocava la condanna del responsabile civile [REDACTED] al risarcimento del danno ed al pagamento della provvisionale, confermando nel resto la condanna dell'imputato [REDACTED] alla pena, concesse le circostanze attenuanti generiche, di anni uno di reclusione, ed al risarcimento del danno ed al pagamento di una provvisionale in favore delle costituite parti civili, per il delitto p. e p. dall'art. 589 cod.pen., perché, in cooperazione con altri, nella qualità di sanitario in servizio presso il reparto di chirurgia generale dell'ospedale Maggiore di Modica, cagionava per colpa la morte del paziente [REDACTED] deceduto per embolia polmonare massiva, conseguente a trombosi venosa profonda dell'arto inferiore destro, causata dall'omessa profilassi antitrombotica, nonostante il rischio di sviluppare una trombosi da parte del paziente fosse alto-altissimo.

2. La vicenda clinica del [REDACTED] veniva ricostruita pacificamente dai giudici di merito. Egli, già sottopostosi nel mese di marzo 2012 ad intervento chirurgico al cuore presso l'ospedale di Bergamo, veniva ricoverato in data 10 aprile 2012 presso il reparto di cardiologia dell'ospedale Maggiore di Modica con diagnosi di accettazione di sincope in cardiomiopatia ipertrofica. Il 20 aprile 2012 veniva disposto il trasferimento presso il reparto di medicina del medesimo ospedale, dove, esclusa l'origine cardiopatica della sincope, veniva evidenziata un'ulcera duodenale stenosante in fase attiva. Richiesta consulenza chirurgica, il paziente veniva trasferito in data 27 aprile presso il reparto di chirurgia generale dello stesso nosocomio, ove giungeva con diagnosi di stenosi pilorica in paziente con cardiomiopatia dilatativa ipertrofica non ostruttiva, con condizioni patologiche associate a trombofilia. Andava quindi incontro ad episodio settico in data 29 aprile, trattato con antibiotici. Veniva poi sottoposto ad intervento di gastresezione con ricostruzione secondo Billroth II ed anastomosi al piede dell'ansa secondo Braun in data 4 maggio 2012, intervento eseguito, fra gli altri, dal [REDACTED], in qualità di aiuto. Nel pomeriggio del 6 maggio, [REDACTED] accusava algie all'arto inferiore destro. Nella notte del 7 maggio veniva praticata terapia antalgica dall'infermiere di turno, su indicazione del [REDACTED], medico reperibile. Il malessere tuttavia tornava, veniva diagnosticata da altro sanitario una flebite e, dopo un colloquio con il primario, veniva disposto il trasferimento presso l'ospedale di Vittoria per una visita specialistica nel reparto attrezzato per detta patologia. Sempre in data 7 maggio, una volta rientrato a Modica, il paziente veniva sistemato su una barella per oltre cinque ore, fino alle 17.00 circa, quando veniva spostato su un letto

mobile. Alle 19.30 era trasportato presso il servizio TAC e poco dopo decedeva, a causa di un'embolia polmonare, con diagnosi secondarie di trombosi embolica dell'arto inferiore destro e stenosi pilorica.

3. Valorizzando le emergenze istruttorie, ed in particolare la perizia collegiale a firma dei dott. Milana e Banna, disposta dal primo giudice, i giudici di merito ravvisavano una condotta censurabile in capo ai medici del reparto di chirurgia generale dell'ospedale Maggiore di Modica, per non avere attuato la corretta profilassi atta a prevenire la trombosi venosa profonda che determinava la fatale embolia polmonare. Il paziente [REDACTED] infatti, versava in rischio di trombosi altissimo, in quanto esposto ad un doppio ordine di fattori di rischio: quello legato al fatto che avrebbe dovuto essere sottoposto ad intervento di chirurgia maggiore (la resezione gastroduodenale), e quello legato ad ulteriori fattori specifici di rischio, vale a dire l'età superiore ai 40 anni, la presenza di miocardiopatia dilatativa con possibili turbe emodinamiche intracardiache, il recente intervento chirurgico al cuore, l'allettamento da quattro settimane, la presenza di un catetere venoso centrale in femorale, l'episodio settico verificatosi il 29 aprile 2012. In detti casi, in letteratura e sulla base delle linee guida acquisite nel corso del giudizio (ossia quelle dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino, del policlinico San Matteo di Pavia e della Regione Toscana), si evidenziava la necessità di somministrazione di terapia antitrombotica mediante eparine a basso peso molecolare (fra cui la clivarina e la reviparina) in dosi di almeno 4200 UI, da iniziare almeno 12 ore prima dell'intervento e proseguire 12 ore dopo lo stesso ed ogni giorno successivo per almeno dieci giorni o per tutto il periodo di rischio.

3.1. I giudici accertavano che la profilassi antitrombotica era stata correttamente eseguita fino al momento del trasferimento del paziente in chirurgia. Al momento del ricovero presso il reparto di terapia intensiva coronarica, infatti, i sanitari indicavano in cartella la terapia di base programmata, disponendo la somministrazione di clivarina (1 flacone da 4200 UI), farmaco contenente quale principio attivo la reparina sodica con funzione antiaggregante, comunemente usato nella profilassi della TVP (trombosi venosa profonda). Durante la degenza in tale reparto, peraltro, per scongiurare il rischio emorragico (da bilanciare rispetto a quello trombotico), venivano eseguiti esami di laboratorio che permettevano di accertare valori di coagulazione e fibrinogeno nella norma. Sempre durante la degenza nel reparto di cardiologia, veniva rilevata una condizione anemica il 12 aprile, in ragione della quale veniva sospesa dal 13 al 15 aprile la somministrazione della clivarina e disposta quella di ferlixit (farmaco comunemente utilizzato per contrastare l'anemia). Dal 16 aprile, rientrati i valori nella media, veniva interrotto il ferlixit e ripresa la profilassi antitrombotica. Tale profilassi continuava anche

b

successivamente al trasferimento presso il reparto di medicina, avvenuto in data 20 aprile, e veniva accompagnata da sistematico monitoraggio dei fattori di coagulazione. In data 27 aprile, infine, il paziente veniva trasferito presso il reparto di chirurgia, dove, inespugnabilmente, la terapia antitrombotica veniva interrotta. Dal diario infermieristico risultava che al paziente veniva somministrata clivarina in 1750 UI solamente nella notte fra il 4 ed il 5 maggio, successivamente rispetto all'effettuazione dell'intervento di resezione gastrica, e poi nuovamente fino al 7 maggio con dosaggio di 1750 UI al giorno sottocute. Alle ore 9.00 del 7 maggio, infine, il dott. [REDACTED] disponeva somministrazione di clivarina in 4200 UI. Alle ore 19.30 circa il paziente decedeva.

3.2. I giudici di merito, pertanto, concludevano per l'inadeguatezza della profilassi eseguita dai medici del reparto di chirurgia in quanto iniziata tardivamente (ossia solamente dal giorno dell'intervento e successivamente allo stesso) e somministrata con un dosaggio insufficiente (1750 UI a fronte delle 4200 UI consigliate). Ritenevano, inoltre, conformemente a quanto affermato dai periti, che fosse da escludere un elevato rischio emorragico in capo [REDACTED], dovendosi invece ritenere assolutamente alto e preponderante quello trombotico. Ne conseguiva che l'omessa adozione della profilassi antitrombotica aveva esposto il [REDACTED] a rischio tromboembolico prossimo all'80%. La corretta pratica medica imponeva infatti ai sanitari del reparto di chirurgia, certa la sussistenza di un elevatissimo fattore di rischio trombotico, di somministrare idonea terapia antitrombotica, essendo pressoché certo che, ove la stessa fosse stata eseguita, non si sarebbe sviluppata la TVP, causa a sua volta dell'embolia polmonare fatale.

4. Quanto alla posizione specifica del [REDACTED], i giudici ritenevano che l'imputato, il quale aveva altresì preso parte all'intervento chirurgico del 4 maggio, avesse in cura il paziente già dal 27 aprile, data del trasferimento di quest'ultimo nel reparto di chirurgia. Egli era in servizio regolarmente nei giorni successivi al ricovero nel reparto, era presente al momento dell'intervento ed era di turno la sera precedente al decesso del [REDACTED]. Né l'aver prescritto eparina in 4200 UI la mattina del 7 maggio, a distanza di ben tre giorni dall'intervento, poteva giovargli in alcun modo, trattandosi all'evidenza di intervento chiaramente tardivo. Nello specifico, la Corte d'Appello, acquisito il turno di servizio del mese di aprile 2012 ai sensi dell'art. 603 cod.proc.pen. all'udienza del 9 marzo 2017, accertava che lo [REDACTED] risultava in servizio il 27 aprile, e che ad accordi presi proprio con l'imputato si riferiva l'annotazione in cartella clinica relativa al trasferimento del paziente da medicina a chirurgia. Ne risultava provata la posizione di garanzia e la colpa del prevenuto, dal momento che l'omissione contestata andava ascritta a tutti

i sanitari che avevano avuto in carico il paziente, in quanto ciascuno di loro avrebbe avuto il potere di valutare la correttezza del dosaggio dei farmaci.

5. La Corte d'Appello, nel confermare nel merito integralmente la decisione adottata all'esito di giudizio abbreviato dal giudice di primo grado, disponeva tuttavia l'estromissione, ai sensi dell'art. 87, c. 2, cod.proc.pen., del responsabile civile. Rigettava, invece, le censure avanzate dagli appellanti circa la tardività della costituzione delle parti civili intervenute in data 27 marzo 2014.

6. L'imputato, a mezzo dei propri difensori di fiducia, propone ricorso per cassazione, affidando i propri motivi a due distinti atti, uno a firma dell'avv. Licitra, l'altro a firma dell'avv. Platania. Avendo contenuto per lo più simile, possono essere sintetizzati congiuntamente.

7. Con primo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. d), cod.proc.pen., la mancata assunzione di una prova decisiva. La Corte d'Appello, all'udienza del 9 marzo 2017, disponeva con ordinanza l'acquisizione dei turni di servizio relativi al mese di aprile 2012 presso il reparto di chirurgia dell'ospedale Maggiore di Modica, ritenendola assolutamente necessaria ai sensi dell'art. 603, c. 3, cod.proc.pen. Di conseguenza, l'imputato, avvalendosi del diritto alla prova contraria, richiedeva l'ammissione di alcuni documenti, volti a provare quale fosse stata l'attività effettivamente svolta dall'imputato in quei giorni, documenti che venivano ammessi dalla Corte. Viceversa, non veniva ammessa l'ulteriore istanza volta ad ottenere la testimonianza del [REDACTED], che avrebbe potuto chiarire diverse circostanze dettagliatamente riprodotte nel ricorso, in quanto ritenuta non assolutamente necessaria. Il ricorrente si duole della violazione della regola di giudizio sulle prove di cui all'art. 190 cod.proc.pen., atteso che il giudice aveva rigettato la richiesta di testimonianza non perché l'avesse ritenuta manifestamente superflua e irrilevante, ma perché la riteneva non assolutamente necessaria. In tale modo, la Corte distrettuale avrebbe violato i principi pacifici della giurisprudenza di legittimità per cui la rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale in appello, implica, a fronte dell'ammissione di prova a carico, il diritto per l'imputato all'ammissione di prove a discarico, a norma dell'art. 495, c. 1, cod.proc.pen., e secondo i parametri ordinari previsti dagli artt. 190 e 190-bis cod.proc.pen. D'altra parte, il ricorrente insiste sulla indubbia decisività della prova negata, volta ad accertare che i soli documenti di servizio relativi alla giornata del 27 aprile 2012 non avrebbero mai potuto accertare, necessariamente ed automaticamente, la sussistenza di un contatto terapeutico con pazienti presenti in reparto.

8. Con secondo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in ordine alla posizione

di garanzia dello [REDACTED] La Corte di merito, infatti, non avrebbe verificato in concreto e sulla scorta dell'organizzazione dell'unità operativa, a chi in effetti spettasse il compito di predisporre il piano terapeutico di un nuovo paziente, o se si fosse effettivamente instaurato un rapporto terapeutico fra il paziente [REDACTED] e l'imputato. D'altra parte, il ricorrente ribadisce che la motivazione data dai giudici d'appello sul presunto contatto tra lo [REDACTED] ed il paziente in data 27 aprile 2012 risulta assolutamente nuova, essendo fondata su documentazione acquisita solamente in appello. Ne consegue che non si può parlare, in argomento, di c.d. "doppia conforme".

9. Con terzo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. e), cod.proc.pen., travisamento della prova, in relazione a diverse emergenze processuali. In particolare, il ricorrente si sofferma sul travisamento del diario clinico del reparto di chirurgia del 27 aprile 2012 ed in specie di un'annotazione in esso contenuta che dà conto, alle ore 9.30, del trasferimento del paziente in chirurgia, "come da accordi presi con il [REDACTED]". Tale riferimento, a detta del ricorrente, riguarderebbe esclusivamente il trasferimento, e niente altro, non potendosene ricavare, come invece hanno fatto i giudici di merito, l'affidamento del paziente all'imputato al momento del suo arrivo nel reparto di chirurgia. Peraltro, il ricorrente sottolinea come la Corte territoriale abbia travisato anche l'orario preciso, leggendo "9.24" al posto di "7-14", indicazione evidentemente della durata, su base oraria, del turno di lavoro degli infermieri.

10. Con quarto motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. c) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione alla mancata valutazione delle specifiche doglianze proposte dall'appellante avverso la sentenza di primo grado. Dopo avere riprodotto l'intero atto di appello in nota, il ricorrente sintetizza alcune censure riguardo a: l'impossibilità di individuare esattamente quale fosse stato il ruolo avuto dall'imputato e quando e come fosse avvenuto il contatto terapeutico con il [REDACTED]; l'irrilevanza di quanto avvenuto la mattina del 7 maggio, giorno in cui vi sarebbe effettivamente stato contatto fra lo [REDACTED] ed il paziente, dal momento che il prevenuto aveva proceduto a somministrare la giusta dose di clivarina, somministrazione che si sarebbe rivelata comunque inutile, non essendo più ipotizzabile, a quel punto, un intervento salvifico; l'irrilevanza, infine, della partecipazione dello [REDACTED] all'operazione chirurgica del 4 maggio, in quanto tale momento non veniva specificamente menzionato nel capo di imputazione, che si riferiva all'imputato solamente quale sanitario in servizio presso il reparto di chirurgia, ed in quanto il prevenuto aveva preso parte all'intervento in qualità di aiuto e non come primo operatore, non

avendo altra posizione di garanzia che quella relativa allo svolgimento delle proprie mansioni.

11. Con quinto motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. c), cod.proc.pen., violazione di legge processuale in relazione al principio di corrispondenza fra accusa e sentenza, in subordine rispetto al quarto motivo. L'intervento chirurgico del 4 maggio 2012, infatti, non trova menzione nella contestazione mossa allo [REDACTED] con la conseguenza che affermarne la responsabilità proprio in relazione a tale momento comporta una sostanziale modifica dell'imputazione, con conseguente lesione del diritto di difesa e violazione degli artt. 521 e 178, c. 1, lett. c), cod.proc.pen. È infatti evidente che fra l'omissione in reparto (fatto contestato) e l'omissione in sala operatoria (fatto ritenuto) non vi sia affatto un rapporto di continenza, ma bensì di vera e propria eterogeneità.

12. Con sesto motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. e), cod.proc.pen., illogicità della motivazione. Disponendo la rinnovazione officiosa dell'istruzione probatoria, infatti, la Corte ha ritenuto che il provvedimento impugnato fosse ingiusto in quanto fondato su materiale probatorio insufficiente, dando così luogo ad un nuovo giudizio, salvo però poi affermare di condividere e richiamare le considerazioni svolte dalla prima sentenza.

13. Con settimo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione al nesso causale. Dopo avere richiamato la giurisprudenza consolidata in materia di causalità omissiva e causalità della colpa, il ricorrente si duole del fatto che la Corte d'Appello non abbia tenuto in nessun conto la sicura portata interruttiva del nesso causale da attribuire agli interventi o alle omissioni successivi al 27 aprile, dato che lo schema terapeutico non poteva certo dirsi statico ed immutabile, modificandosi in relazione al modificarsi della situazione clinica del paziente. Né la Corte si era preoccupata di fare alcun concreto riferimento alle singole condotte dei singoli medici. Sarebbe quindi stato necessario che il giudice individuasse tutti gli elementi concernenti la causa dell'evento, in particolare il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia, per potere effettuare il giudizio controfattuale con riferimento all'intervento dei vari medici.

14. Con ottavo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. e), cod.proc.pen., manifesta illogicità della motivazione in relazione alla somministrazione di clivarina in 4200 UI in data 7 maggio 2012 da parte dello [REDACTED]. Gli stessi periti e la stessa sentenza di primo grado, infatti, avevano escluso una possibile efficacia salvifica di tale somministrazione a quel punto, non

potendosi più in nessun caso evitare l'evento. Ne consegue l'insussistenza del nesso causale fra tale intervento ed il successivo decesso.

Quanto, invece, alla terapia somministrata fra il 27 aprile e la data del decesso, vale a dire la somministrazione di clivarina in dosi insufficienti, il ricorrente sottolinea come non si tratterebbe nemmeno di vera e propria omissione di terapia, ma solamente di terapia insufficiente o inadeguata, rispetto alla quale però non sono stati compiuti accertamenti, da parte dei giudici di merito, di carattere controfattuale. Posto che la probabilità di verificarsi dell'embolia polmonare è pari all'1/5% in assenza di terapia, i giudici avrebbero dovuto indagare la probabilità in presenza di terapia inadeguata.

15. Con nono motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. e), cod.proc.pen., vizio di motivazione in relazione alla valutazione data dalla Corte territoriale al dato del fibrinogeno, considerato sicuro indice di rischio trombotico. Il ricorrente sostiene che dalla sentenza impugnata emergerebbe con chiarezza che il rischio trombotico, essendo divenuto allarmante il dato di fibrinogeno, fosse diventato pressante solamente in data 30 aprile. Se così è, tuttavia, non si vede come la Corte abbia potuto predicare l'efficacia causale dell'interruzione di profilassi avvenuta il precedente 27 aprile, avendo imputato proprio tale interruzione allo

16. Con il decimo, l'undicesimo, il dodicesimo ed il tredicesimo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione alla colpa dell'imputato, con particolare riferimento all'art. 3 della legge Balduzzi ed all'art. 590-sexies cod.pen. La Corte territoriale, infatti, non avrebbe tenuto in nessuna considerazione le linee guida dell'American College of Chest Physicians del 2012, che evidenziavano la necessità di tenere conto del rischio emorragico, alla luce, fra l'altro, di fattori di rischio specifici. Tali fattori di rischio specifici, su cui la Corte taceva completamente, erano almeno quattro: il tipo di chirurgia (addominale) cui il paziente veniva sottoposto, l'anemia conclamata (a prescindere dalla ripresa del valore di sideremia), il sesso maschile e la complessità dell'operazione (comportante più di un'anastomosi). A ciò doveva aggiungersi la presenza dell'ulcera peptica attiva, controindicazione sicura all'uso della clivarina. Il fatto che fosse attiva si ricavava con evidenza dall'atto operatorio, laddove si affermava che essa era probabilmente penetrata nel pancreas. Ancora, proprio l'episodio anemico del 12 aprile, per quanto rientrato, doveva essere considerato chiaramente come segno che la somministrazione della clivarina in 4200 UI comportasse alto rischio anemico.

16.1. Alla luce di quanto affermato, il ricorrente segnala che alla data della decisione di secondo grado era già entrata in vigore, sebbene da pochi giorni, la c.d. legge Gelli-Bianco ed il nuovo art. 590-sexies cod.pen. La Corte, pertanto, avrebbe dovuto, giusto l'art. 2, c. 4, cod.pen., procedere all'individuazione della legge ritenuta più favorevole. Chiarito questo, errava comunque la Corte distrettuale nel non ritenere applicabile al caso di specie l'art. 3 della legge n. 189/2012, ritenendo grave la colpa dell'imputato. Sarebbe qui riscontrabile un chiaro vizio della motivazione, dal momento che la Corte non ritiene possibile l'applicazione della causa di non punibilità di cui alla legge Balduzzi perché impedita dall'evidenza risultante dagli esami di laboratorio del 30 aprile, pur condannando l'imputato per un fatto commesso il precedente 27 aprile. Ad ogni modo, la Corte non avrebbe tenuto in minima considerazione la situazione sostanzialmente di emergenza in cui si era venuto a trovare lo [REDACTED] il 27 aprile, nel momento della presa in carico del paziente. In quella giornata, infatti, il prevenuto si trovava impegnato in ben due interventi chirurgici, e quindi, nei brevi lassi di tempo ricavati fra uno e l'altro all'interno della giornata, avrebbe dovuto prendere in carico il paziente, leggerne la cartella clinica, valutarne le necessità terapeutiche e profilattiche e predisporre il relativo piano. Come insegna la giurisprudenza di legittimità, pertanto, l'emergenza può costituire elemento attenuante l'intensità della colpa, che in questo caso non potrebbe certamente dirsi grave.

17. Con quattordicesimo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. c) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in ordine al trattamento sanzionatorio. Si censura, infatti, l'eccessività della pena base irrogata, che le peculiarità del caso concreto impongono di rivedere. La Corte territoriale avrebbe dovuto tenere in considerazione i rapporti fra l'imputato ed il primo operatore, il fatto che più sanitari si fossero avvicendati, con affidamento dell'uno sull'operato dell'altro, ed infine l'elasticità delle linee guida relative al rischio emorragico.

18. Con quindicesimo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. c), cod.proc.pen., violazione di legge processuale in relazione alla costituzione delle parti civili, ritualmente fatta valere con l'atto di appello. La costituzione delle parti civili, infatti, deve considerarsi inammissibile in quanto tardiva, essendo avvenuta all'udienza del 27 marzo 2014, quando la verifica della regolare costituzione delle parti nel giudizio abbreviato era già stata compiuta, atteso che all'udienza precedente del 13 febbraio 2014 il giudice aveva già ammesso l'imputato al rito abbreviato condizionato, ed aveva altresì ammesso la perizia e disposto la convocazione dei periti all'udienza successiva. La Corte territoriale aveva poi errato nel ritenere preclusa la riproposizione della questione in grado di appello, dal

momento che, per giurisprudenza pacifica, la decisione di inammissibilità o di rigetto della richiesta d'esclusione della costituzione di parte civile è impugnabile, da parte dell'imputato, unitamente alla sentenza. Di talché, la questione doveva considerarsi ammissibile, e sul punto l'imputato è stato privato di un grado di giudizio.

19. Con sedicesimo motivo, il ricorrente lamenta, ex art. 606, c. 1, lett. e), cod.proc.pen., vizio di motivazione in ordine alla provvisoria riconosciuta ai fratelli del [REDACTED]. Già con atto di appello, infatti, la difesa aveva sollevato la questione non già della legittimazione dei fratelli a costituirsi parte civile – unico punto su cui la Corte distrettuale aveva risposto – ma bensì dell'insussistenza della prova del danno risarcibile, e dunque dei presupposti per il riconoscimento di una provvisoria. I fratelli della persona offesa, infatti, non avevano né dedotto né provato rapporti di convivenza o particolari vincoli affettivi e sociali con [REDACTED], limitandosi ad affermazioni del tutto generiche ed astratte.

20. Con memoria, ritualmente presentata, a firma dell'avv. Licitra, il ricorrente espone nuovi motivi di ricorso.

21. A sostegno del quarto motivo, il ricorrente sottolinea come la sentenza impugnata sia incorsa in violazione dell'art. 6 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU), in relazione, fra le molte, alla recente sentenza Uche c. Svizzera del 17 aprile 2018, che ha confermato il dovere del giudice di motivare adeguatamente la sentenza anche in riferimento alle doglianze difensive.

22. A sostegno del quinto motivo, il ricorrente sottolinea come sia la stessa giurisprudenza di legittimità a chiarire che non si possa dare una diversa qualificazione giuridica dei fatti accertati con atto a sorpresa e con pregiudizio per la difesa, a pena di incorrere in violazione dell'art. 6 CEDU e dell'art. 111, c. 3, Cost., che impongono l'instaurazione del contraddittorio fra le parti sulla relativa questione di diritto. A detta del ricorrente, se tale principio è valido in riferimento alla qualificazione giuridica dei fatti, *a fortiori* dovrà esserlo in riferimento all'enunciazione stessa del fatto contestato da parte della pubblica accusa. Nel caso di specie, quindi, la Corte distrettuale avrebbe violato il principio di correlazione fra accusa e sentenza, basando la condanna su una condotta che non era ricompresa nel perimetro di quanto contestato in imputazione.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il ricorso è infondato, e deve pertanto essere rigettato.

2. Occorre anzitutto dichiarare l'infondatezza dei motivi di carattere processuale, vale a dire quelli relativi alla mancata assunzione della testimonianza del dott. Guccione, al difetto di correlazione fra accusa e sentenza, ed alla tardività della costituzione di alcune parti civili.

2.1. Quanto alla testimonianza, la cui mancata assunzione viene censurata come mancata assunzione di una prova decisiva, deve qui ribadirsi che la mancata acquisizione di una prova può essere dedotta in sede di legittimità, a norma dell'art. 606, c. 1, lett. d), cod.proc.pen., quando si tratta di una "prova decisiva", ossia di un elemento probatorio suscettibile di determinare una decisione del tutto diversa da quella assunta, ma non quando i risultati che la parte si propone di ottenere possono condurre – confrontati con le altre ragioni poste a sostegno della decisione – solo ad una diversa valutazione degli elementi legittimamente acquisiti nell'ambito dell'istruttoria dibattimentale (*ex multis*, Sez. 6, n. 37173 del 11 giugno 2008, Ianniello, Rv. 241009; Sez. 2, n. 21884 del 20 marzo 2013, Cabras, Rv. 255817). Peraltro, è appena il caso di notare che l'altro requisito necessario affinché tale censura sia elevabile a norma dell'art. 606 cod.proc.pen. è dato dal fatto che la prova di cui si lamenta la mancata assunzione sia stata chiesta ai sensi dell'art. 495, c. 2, cod.proc.pen., come controprova (Sez. 5, n. 4672 del 24 novembre 2016, Fiaschetti ed altro, Rv. 269270; Sez. 2, n. 9763 del 6 febbraio 2013, P.G. in proc. Muraca ed altro, Rv. 254974; Sez. 1, n. 16772 del 15 aprile 2010, Rv. 246932).

2.2. È vero, come sostenuto dal ricorrente, che la testimonianza del dott. Guccione è stata richiesta come controprova, ma è altresì vero che essa non riveste assolutamente il carattere della decisività, indispensabile per ritenere fondato il motivo in questione. Siamo in presenza, peraltro, per quanto riguarda la posizione dello [REDACTED] di una c.d. "doppia conforme" di condanna, e, per giurisprudenza costante, è noto che il vizio di travisamento della prova possa essere dedotto con il ricorso per cassazione, in tal caso, solamente nell'ipotesi in cui il giudice di appello, per rispondere alle critiche contenute nei motivi di gravame, abbia richiamato dati probatori non esaminati dal primo giudice, ovvero quando entrambi i giudici del merito siano incorsi nel medesimo travisamento delle risultanze probatorie acquisite in forma di tale macroscopica o manifesta evidenza da imporre, in termini inequivocabili, il riscontro della non corrispondenza delle motivazioni di entrambe le sentenze di merito rispetto al compendio probatorio acquisito nel contraddittorio delle parti (Sez. 2, n. 5336 del 9 gennaio 2018, Rv. 272018; Sez. 4, n. 4060 del 12 dicembre 2013, Capuzzi ed altro, Rv. 258438). Nel caso di specie non si ravvisa nessuna delle due ipotesi. Il corpo motivazionale delle due sentenze di merito, infatti, è completo e risponde alle censure avanzate dalla difesa. La sentenza della

Corte distrettuale richiama, sebbene sinteticamente, le risultanze ottenute da quella di primo grado, condividendole ed utilizzandole per rispondere al gravame avanzato dal prevenuto.

2.3. Tanto premesso, è evidente che la testimonianza del Guccione sulle circostanze evidenziate nel ricorso non si mostri decisiva, avendo i giudici di merito concordemente affermato la penale responsabilità dello [REDACTED] all'esito della complessiva ricostruzione dei fatti, non basata unicamente sui documenti di servizio del 27 aprile 2012, come si avrà modo di specificare meglio.

3. Manifestamente infondato è il motivo relativo al difetto di correlazione fra accusa e sentenza, in riferimento all'intervento del 4 maggio, motivo peraltro oggetto di specificazione ed ampliamento ad opera della memoria dell'avv. Licitra. Questa Corte ha avuto modo anche recentemente di ribadire l'orientamento per cui la violazione del principio di correlazione tra l'accusa e l'accertamento contenuto in sentenza si verifica solo quando il fatto accertato si trovi, rispetto a quello contestato, in rapporto di eterogeneità o di incompatibilità sostanziale tale da recare un reale pregiudizio dei diritti della difesa (Sez. 4, n. 4497 del 16 dicembre 2015, Addio ed altri, Rv. 265946; Sez. 1, n. 28877 del 4 giugno 2013, Colletti, Rv. 256785), ovvero quando il capo d'imputazione non contiene l'indicazione degli elementi costitutivi del reato ritenuto in sentenza, né consente di ricavarli in via induttiva (Sez. 6, n. 54457 del 17 novembre 2016, Marchiafava ed altro, Rv. 268957; Sez. 6, n. 10140 del 18 febbraio 2015, Bossi ed altro, Rv. 262802). Tale principio trova la propria *ratio* nella necessità di garantire il diritto di difesa dell'imputato (*ex multis*, Sez. 6, n. 899 del 11 novembre 2014, Isolan, Rv. 261925), conseguendone che l'indagine volta ad accertare la violazione del principio suddetto non debba esaurirsi nel pedissequo e mero confronto puramente letterale fra contestazione e sentenza perché, vertendosi in materia di garanzie e di difesa, la violazione è del tutto insussistente quando l'imputato, attraverso l'*iter* del processo, sia venuto a trovarsi nella condizione concreta di difendersi in ordine all'oggetto dell'imputazione (Sez. Un., n. 36551 del 15 luglio 2010, Carelli, Rv. 248051).

3.1. Ciò chiarito in generale, la giurisprudenza di legittimità ha sempre affermato, con specifico riguardo alle contestazioni relative a delitti colposi, che non sussiste la violazione del principio di correlazione tra l'accusa e la sentenza di condanna se la contestazione concerne globalmente la condotta addebitata come colposa, essendo consentito al giudice di aggiungere agli elementi di fatto contestati altri estremi di comportamento colposo o di specificazione della colpa, emergenti dagli atti processuali e, come tali, non sottratti al concreto esercizio del diritto di

difesa (Sez. 4, n. 35943 del 7 marzo 2014, Denaro ed altro, Rv. 260161; Sez. 4, n. 51516 del 21 giugno 2013, Miniscalco ed altro, Rv. 257902). Ciò è vero anche in riferimento alle ipotesi di colpa omissiva, in cui non si ha violazione del principio di correlazione fra accusa e sentenza quando, fermo restando il fatto storico addebitato, consistente nell'omissione del comportamento dovuto, in sentenza sia stata individuata una diversa fonte della posizione di garanzia che non abbia comunque inciso in concreto sul diritto di difesa (Sez. 4, n. 4622 del 15 dicembre 2017, Gorini, Rv. 271948). È infatti la garanzia del diritto di difesa a fungere in ogni caso da "faro" per saggiare la corrispondenza fra la contestazione e la sentenza, così da potere pacificamente affermare che non sussiste la violazione del principio di correlazione tra l'accusa e la sentenza di condanna se l'affermazione di responsabilità per il reato si fonda su diverse possibili alternative condotte colpose, ciascuna delle quali avente efficienza causale in relazione all'evento, allorché l'imputato sia stato posto in condizione di esercitare i diritti di difesa in merito alle diverse ipotesi ricostruttive (Sez. 4, n. 19028 del 1° dicembre 2016, Casucci, Rv. 269601).

3.2. Alla luce di questi consolidati principi, emerge con evidenza l'infondatezza del motivo di ricorso. Nel caso odierno, infatti, viene contestato al dott. [REDACTED] un profilo di colpa generica omissiva consistente nell'aver omesso "di adottare tutte le misure di profilassi atte a prevenire la trombosi venosa profonda che ha determinato l'evoluzione verso la fatale embolia polmonare" incorsa al [REDACTED] il quale versava in una situazione di rischio trombotico altissimo. Tanto risulterebbe già di per sé sufficiente per ritenere non violato il principio di correlazione fra accusa e sentenza, dal momento che la terapia antitrombotica necessaria (e colposamente omessa) avrebbe dovuto essere praticata anche e soprattutto in vista dell'intervento chirurgico di gastrectomia eseguito in data 4 maggio 2012, e segnatamente nel corso di tutto il periodo perioperatorio. Cionondimeno, la contestazione, che contiene la specifica descrizione degli addebiti mossi allo [REDACTED] ed agli altri coimputati (che hanno prescelto il rito dibattimentale), include espressamente anche l'intervento del 4 maggio, inteso però non già quale operazione nel corso della quale si sia verificata un'ulteriore omissione, di tipo chirurgico, da parte dell'imputato – come sostiene il ricorrente parlando di "omissione in sala operatoria", da contrapporsi a quella "in reparto", l'unica che sarebbe stata contestata – ma bensì come semplice momento della relazione terapeutica intercorsa fra i sanitari del reparto di chirurgia generale e la persona offesa nel quale la terapia antitrombotica avrebbe dovuto essere praticata ed è stata invece omessa.

3.3. È dunque evidente che nessun rapporto di eterogeneità fra la condotta contestata e quella ritenuta in sentenza può essere considerato sussistente, essendo l'intervento chirurgico previsto nella contestazione quale momento in cui la posizione di garanzia gravante sullo [REDACTED] avrebbe dovuto imporgli di praticare la terapia antitrombotica. L'omissione della terapia nel corso dell'intervento è dunque condotta ricompresa, in rapporto di continenza (Sez. 3, n. 15820 del 25 novembre 2014, Picariello, Rv. 263405; Sez. 2, n. 12207 del 17 marzo 2015, Abruzzese, Rv. 263017), nella più generale omissione di ogni misura antitrombotica, e ne rappresenta solamente una specificazione, vale a dire una delle possibili diverse fonti della posizione di garanzia, rispetto alle quali l'imputato ha avuto ampiamente modo di difendersi, già a partire dalla formulazione stessa della contestazione, nella quale infatti trova espressa menzione l'insufficiente dosaggio di clivarina somministrato in data 4 maggio, in ogni caso troppo a ridosso dell'intervento chirurgico.

4. Infondato, sempre relativamente al piano processuale, è infine il motivo relativo all'inammissibilità per tardività della costituzione delle parti civili intervenuta in data 27 marzo 2014.

4.1. In via preliminare occorre prendere atto dell'errore compiuto dalla Corte d'Appello nel ritenere preclusa la questione, già decisa in primo grado. Per giurisprudenza pacifica, infatti, occorre distinguere e ritenere che, mentre l'ordinanza dibattimentale di esclusione della parte civile è sempre e definitivamente inoppugnabile, quella di inammissibilità o di rigetto della richiesta di esclusione è impugnabile, da parte dell'imputato, unitamente all'impugnazione della sentenza (Sez. Un., n. 12 del 19 maggio 1999, Pediconi, Rv. 213858; Sez. 6, n. 2329 del 7 gennaio 2015, Rv. 261860; Sez. 1, n. 4060 del 8 novembre 2007, Sommer ed altro, Rv. 239188).

4.2. Ciò chiarito, la questione, sebbene ammissibile, non risulta fondata. Non è infatti possibile considerare tardiva la predetta costituzione di parte civile. La disposizione processuale che disciplina la costituzione di parte civile nel giudizio abbreviato, vale a dire l'art. 441, c. 2, cod.proc.pen., prevede, infatti, che la costituzione intervenuta dopo la conoscenza dell'ordinanza che dispone il giudizio abbreviato, equivale ad accettazione del rito abbreviato. Da ciò è possibile agevolmente ricavare che tale costituzione sia possibile anche successivamente rispetto all'ammissione dell'imputato al rito abbreviato.

4.3. Deve dunque in questa sede essere ribadito l'orientamento pacifico per cui la costituzione di parte civile può intervenire, nel giudizio abbreviato, dopo l'emissione dell'ordinanza che lo ha disposto (Sez. 3, n. 27274 del 15 giugno 2010,

Rv. 247933; Sez. 3, n. 27274 del 15 giugno 2010, Rv. 247933). Tale possibilità, tuttavia, non significa affatto, come vorrebbe il ricorrente, che non sia previsto un termine finale per la costituzione di parte civile o che tale termine debba coincidere con la verifica della regolare costituzione delle parti. La giurisprudenza, infatti, ha chiarito che tale termine finale, stabilito a pena di decadenza, è quello della dichiarazione di apertura della discussione (Sez. 3, n. 35700 del 22 giugno 2010, Rv. 248487; Sez. 2, n. 12608 del 18 febbraio 2015, P.C. in proc. Pisani, Rv. 262774). Ciò a causa di una sistematica e logica lettura del combinato disposto degli artt. 79, 420, 421, 441 e 458, cod.proc.pen. Occorre partire dal testo dell'art. 79 cod.proc.pen., rubricato "Termine per la costituzione di parte civile", il quale stabilisce che la costituzione di parte civile può avvenire per l'udienza preliminare e, successivamente, fino a che non siano compiuti gli adempimenti previsti dall'art. 484, e cioè fino a che non sia compiuta la costituzione delle parti. Come correttamente affermato in giurisprudenza (si veda la parte motiva di Sez. 2, n. 12608 del 18 febbraio 2015, P.C. in proc. Pisani, Rv. 262774), tale termine deve però essere considerato in modo differente a seconda della fase processuale nella quale ci si trova, secondo le diverse disposizioni del codice di rito. Quanto all'udienza preliminare, sono gli artt. 420 e 421, c. 1, cod.proc.pen. a stabilire che "conclusi gli accertamenti relativi alla costituzione delle parti il giudice dichiara aperta la discussione", e dunque a fissare in questo momento il termine di costituzione delle parti civili. Per giurisprudenza consolidata, infatti, il termine finale stabilito dalla legge a pena di decadenza per la costituzione di parte civile in sede di udienza preliminare è individuato nel momento in cui il giudice dichiara aperta la discussione ai sensi dell'art. 421, c. 1, cod.proc.pen. (Sez. 3, Sentenza n. 21408 del 17 aprile 2002, Varotto, Rv. 221614). Quanto, invece, al rito abbreviato, per espressa disposizione dell'art. 441, c. 1, cod.proc.pen., si applicano le medesime regole previste per l'udienza preliminare. Di conseguenza, le parti, nell'udienza nella quale si celebra il giudizio abbreviato, si costituiscono ex art. 420 cod.proc.pen. ed il giudice procede agli accertamenti relativi. Anche nel rito abbreviato, dunque, terminata la costituzione delle parti il giudice dichiara aperta la discussione cui segue, poi, la fase della decisione. La costituzione di parte civile, dunque, deve intervenire, anche nel giudizio abbreviato, a pena di decadenza, entro la dichiarazione di apertura della discussione.

4.4. Deve dunque essere ribadito il principio di diritto per cui è tempestiva, nel giudizio abbreviato, la costituzione di parte civile intervenuta dopo la conoscenza dell'ordinanza che dispone il rito abbreviato, a norma dell'art. 441, c. 2, cod.proc.pen., purché intervenga prima della dichiarazione di apertura della discussione a norma dell'art. 421, c. 1, cod.proc.pen.

4.5. Tanto chiarito, nel caso odierno tale termine è stato perfettamente rispettato, essendo la costituzione di parte civile intervenuta dopo l'ammissione del rito ma pur sempre prima della dichiarazione di apertura della discussione, a norma dell'art. 421, c. 1, cod.proc.pen., e dunque tempestivamente.

5. Terminata l'analisi delle censure processuali, devono considerarsi privi di pregio anche i motivi ricorso di merito, riguardanti il nesso causale, la posizione di garanzia e la colpa dell'imputato.

6. Partendo dal nesso causale, occorre sinteticamente richiamare i principi pacifici in tema di causalità omissiva. La giurisprudenza di legittimità, come noto, ha individuato le varie tappe dell'accertamento causale nei reati omissivi impropri, fondato su un giudizio controfattuale di c.d. "aggiunta" mentale e sul determinante principio dell'alto grado di credibilità razionale, secondo il c.d. schema Franzese. Nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può, infatti, ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (*ex multis*, Sez. Un., n. 30328 del 10 luglio 2002, Franzese, Rv. 222138). Il giudizio di alta probabilità logica, 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 (*ex multis*, Sez. Un., n. 38343 del 24 aprile 2014, P.G., R.C., Espenhahn e altri, Rv. 261103; Sez. 4, n. 26491 del 11 maggio 2016, Ceglie, Rv. 267734).

6.1. Fondamentale, nel paradigma Franzese, è il giudizio controfattuale, vale a dire il giudizio compiendo il quale il giudice perviene a stabilire se, ipotizzando come avvenuta la condotta doverosa omessa ed escludendo l'interferenza di fattori causali alternativi da soli sufficienti a determinare l'evento, quest'ultimo sarebbe stato evitato con alto grado di credibilità razionale. In tema di responsabilità medica, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità è necessario 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 per 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 (Sez. 4, n. 43459 del 4 ottobre 2012, Albiero ed altri, Rv. 255008). Evidentemente, tale ragionamento controfattuale deve essere svolto dal giudice di merito 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 l'evento lesivo, come in concreto verificatosi, con alto grado di credibilità razionale (Sez. 4, n. 30469 del 13 giugno 2014, P.G., P.C., in proc. Jann e altri, Rv. 262239).

6.2. Tanto premesso, alcun dubbio può essere avanzato circa la sussistenza del nesso causale fra l'omissione contestata al [REDACTED] ed il successivo decesso della persona offesa [REDACTED]. L'evento morte è stato determinato, come risulta dagli atti, da un'embolia polmonare massiva, conseguente ad una trombosi venosa profonda dell'arto inferiore destro. Tale trombosi, come correttamente argomentato dai giudici di merito, deve ritenersi, con alto grado di credibilità razionale, causata dalla cessazione della terapia antitrombotica una volta che il paziente era stato trasferito nel reparto di chirurgia generale per sottoporsi all'intervento di gastroresezione del 4 maggio. È stata la decisione di sospendere la somministrazione della clivarina – praticata senza quasi soluzione di continuità nel corso del ricovero presso i due reparti di cardiologia e di medicina del medesimo ospedale – ad avere determinato l'insorgenza della trombosi, non essendo revocabile in dubbio che il [REDACTED] è paziente ad elevatissimo rischio trombotico, derivante da numerosi fattori, tutti conosciuti dai sanitari del reparto di chirurgia, che avevano dunque tutti gli strumenti per arginare tale rischio, mediante adeguata trombofilassi. Dal punto di vista controfattuale, dunque, risulta corretto affermare – come affermato dalla Corte distrettuale – che sia pressoché certo che, ove fosse stata eseguita idonea terapia antitrombotica, non si sarebbe sviluppata la trombosi venosa profonda, causa a sua volta dell'embolia polmonare e poi del decesso del paziente. Ciò a causa del fatto che i fattori di rischio trombotico su [REDACTED] [REDACTED] vale a dire il fatto che avrebbe dovuto essere sottoposto ad intervento di chirurgia maggiore (la resezione gastroduodenale), l'età superiore ai 40 anni, la presenza di miocardiopatia dilatativa con possibili turbe emodinamiche intracardiache, il recente intervento chirurgico al cuore, l'allettamento da quattro settimane, la presenza di un catetere venoso centrale in femorale, l'episodio settico verificatosi il 29 aprile 2012 – erano numerosi e che sommandosi provocavano un effetto moltiplicatore che avrebbe dovuto imporre ai sanitari del reparto di chirurgia di praticare un'adeguata terapia antitrombotica, unica idonea a scongiurare il rischio della formazione di trombi, dai quali poi, in maniera direttamente proporzionale ai fattori di rischio, è probabile che si verificchi, quale conseguenza, l'embolia

polmonare. Evidente, quindi, risulta l'irrilevanza delle osservazioni del ricorrente secondo cui il rischio trombotico sarebbe stato ricostruito dalla Corte territoriale sulla base del solo dato rappresentato dai valori del fibrinogeno, derivando, come si è appena visto, da ben più numerosi ed ampi fattori.

6.3. Il ricorrente sostiene che il nesso causale dovrebbe ritenersi escluso in base al fatto che la terapia antitrombotica non era stata del tutto omessa, ma solamente somministrata in maniera insufficiente, e che dunque sarebbe stato necessario valutare l'incidenza della terapia comunque praticata sulla riduzione del rischio trombotico. In secondo luogo, la difesa sostiene che non possa considerarsi integrato il nesso causale in quanto il [REDACTED] in data 7 maggio, aveva proceduto alla somministrazione di corretta dose di clivarina (4200 UI), in un momento in cui, a detta degli stessi periti e della stessa sentenza di primo grado, doveva ritenersi esclusa una possibile efficacia salvifica di tale somministrazione, non potendosi più in nessun caso evitare l'evento, con conseguente mancanza della c.d. causalità della colpa. Ebbene, occorre ricordare che in data 27 aprile il paziente veniva trasferito presso il reparto di chirurgia, dove la terapia antitrombotica, correttamente somministrata nei reparti di cardiologia e medicina, veniva interrotta. Da quel momento, si deve ribadire che, secondo quanto ricavabile dal diario infermieristico, la clivarina veniva somministrata al paziente in 1750 UI solamente nella notte fra il 4 ed il 5 maggio, successivamente rispetto all'effettuazione dell'intervento di resezione gastrica, e poi nuovamente fino al 7 maggio con dosaggio di 1750 UI al giorno sottocute. Alle ore 9.00 del 7 maggio, infine, il dott. [REDACTED] disponeva somministrazione di clivarina in 4200 UI. Tanto chiarito, è evidente come la contestazione mossa all'imputato – vale a dire di avere omesso la corretta terapia antitrombotica – non risulti affatto intaccata dalle considerazioni svolte dal ricorrente, non essendo seriamente sostenibile che il nesso causale risulti escluso perché la somministrazione, seppure insufficiente, c'è comunque stata, dal momento che, secondo quanto stabilito dalle linee guida, essa avrebbe dovuto essere costante ed in dosi di 4200 UI. Ne consegue la totale e lampante inadeguatezza e tardività della terapia praticata. Né in alcun modo conferente può essere il riferimento alla somministrazione del 7 maggio, in quanto, se lo [REDACTED] avesse correttamente eseguito la terapia antitrombotica in tutto il periodo precedente, il paziente non sarebbe deceduto, risultando pertanto – dal complesso delle omissioni contestate all'imputato – pienamente integrata la causalità della colpa.

7. Infondato è anche il motivo relativo alla ricostruzione della posizione di garanzia del [REDACTED].

7.1. Affinché il nesso di causalità omissiva risulti pienamente integrato, è necessario, a norma dell'art. 40, cpv., cod.pen., che sul soggetto cui si imputa l'omissione gravi una specifica posizione di garanzia, la quale gli imponga il dovere di agire. Nei reati colposi omissivi impropri, infatti, l'accertamento della colpa non può prescindere dalla individuazione della posizione di garanzia, cioè della norma che impone al soggetto, cui si imputa la colpa, di tenere quel comportamento positivo la cui omissione ha determinato il verificarsi dell'evento (Sez. 4, n. 24030 del 27 febbraio 2004, P.M. in proc. Bodini ed altri, Rv. 228360). In caso di responsabilità professionale medica, per giurisprudenza consolidata, l'instaurazione della relazione terapeutica 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. 10819 del 4 marzo 2009, Ferlito, Rv. 243874; Sez. 4, n. 46586 del 28 ottobre 2004, Ardizzone, Rv. 230598). In linea di massima, dunque, il medico assume nei confronti del paziente la propria peculiare posizione di garanzia con l'instaurazione della relazione terapeutica (Sez. 4, n. 1846 del 7 gennaio 2016, P.G. in proc. Pala ed altro, Rv. 265581). Cionondimeno, questa Corte ha avuto modo di chiarire che, ai fini dell'affermazione di responsabilità penale, in relazione al decesso di un paziente, dei medici operanti – non in posizione apicale – all'interno di una struttura sanitaria complessa, a titolo di colpa omissiva, è priva di rilievo la mera instaurazione del c.d. rapporto terapeutico, occorrendo accertare la concreta organizzazione della struttura, con particolare riguardo ai ruoli, alle sfere di competenza ed ai poteri-doveri dei medici coinvolti nella specifica vicenda (Sez. 4, n. 1866 del 2 dicembre 2008, Toccafondi ed altri, Rv. 242017). In altre parole, laddove la struttura organizzativa sanitaria sia particolarmente complessa, sarà necessario un particolare accertamento da parte del giudice per pervenire a ritenere effettivamente instauratasi la relazione terapeutica, e dunque la posizione di garanzia del medico.

7.2. Tanto premesso, nel caso di specie la sentenza impugnata motiva diffusamente e senza alcuna aporia logica circa con la sussistenza di una specifica posizione di garanzia gravante in capo all'imputato, come ricavabile da diversi fattori. In primo luogo, infatti, non può certo trascurarsi la circostanza che nella cartella clinica venga fatto esplicito riferimento all'affidamento del paziente al dott. [REDACTED] al momento del trasferimento nel reparto di chirurgia in data 27 aprile. Il dott. Cavallo del reparto di medicina, infatti, scriveva in cartella clinica, testualmente: "come da accordi presi con il [REDACTED] il paziente si trasferisce in Chirurgia". In data 27 aprile, peraltro, l'imputato era in servizio insieme al collega Conti, come emerge dal turno di servizio del mese di aprile 2012 (acquisito dalla Corte d'Appello ex art. 603 cod.proc.pen.), ed è dunque verosimile che sia stato

proprio lui a prendere in carico il paziente, predisponendone il piano terapeutico e stabilendo l'interruzione della trombofilassi. Né è possibile argomentare diversamente sulla base dei due interventi chirurgici che l'imputato ebbe ad eseguire in quella stessa giornata, non essendo idonei ad escludere la posizione di garanzia. Posizione che, dunque, deve dirsi assunta dallo [REDACTED] a partire già dal 27 aprile.

7.3. In secondo luogo, inoltre, non può essere trascurato nemmeno un altro dato, determinante per la configurazione della posizione di garanzia, vale a dire la partecipazione dell'imputato all'intervento chirurgico del 4 maggio, in qualità di aiuto. L'aver partecipato a detto intervento – circostanza, come si è visto, peraltro chiaramente indicata nella contestazione – è elemento più che sufficiente per ritenere che anche lo [REDACTED] fosse gravato dell'obbligo di predisporre l'adeguata profilassi antitrombotica legata al corretto svolgimento dell'operazione e del periodo post-operatorio. È infatti principio pacifico quello per cui, anche nello svolgimento dell'attività medica in *équipe*, ciascun sanitario risulta obbligato non solamente al corretto svolgimento delle proprie specifiche mansioni, ma anche alla vigilanza sulla correttezza dell'attività altrui, se del caso ponendo rimedio ad errori che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio (Sez. 4, n. 53315 del 18 ottobre 2016, Paita ed altri, Rv. 269678; Sez. 4, n. 27314 del 20 aprile 2017, Puglisi, Rv. 270189), con la conseguenza che ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento (Sez. 4, n. 41317 del 11 ottobre 2007, Raso ed altri, Rv. 237891). L'omissione della terapia antitrombotica – anche e soprattutto in vista dello svolgimento dell'intervento chirurgico cui l'imputato avrebbe preso parte – risulta senza ombra di dubbio addebitabile allo [REDACTED] tanto più se si considera che era stato proprio lui a prendere in carico il paziente e ad averlo in cura già dal 27 aprile. Trattasi, peraltro, di omissione riconoscibile anche dal prevenuto, sebbene coinvolto nell'intervento solamente in qualità di aiuto.

8. Manifestamente infondata è poi la censura relativa alla colpa dell'imputato, in relazione all'applicabilità dell'art. 590-*sexies* cod.pen. o della legge Balduzzi. Il ricorrente sostiene, infatti, che il [REDACTED] applicato correttamente le linee guida previste dall'American College of Chest Physicians, le quali prevedono il dovere di bilanciare il rischio trombotico con quello emorragico, e

di aver dunque sospeso e ridotto la terapia antitrombotica in ragione del forte rischio emorragico presente nel paziente.

8.1. Occorre premettere che per l'applicazione sia del vecchio regime rappresentato dall'art. 3 della legge Balduzzi, sia di quello nuovo di cui all'art. 590-sexies cod.pen., è necessario – affinché possa operare l'esonero da responsabilità – che il sanitario abbia rispettato le linee guida adeguate al caso di specie (Sez. 4, n. 12478 del 19 novembre 2015, P.G. in proc. Barbieri ed altri, Rv. 267814) e che, ciononostante, sia incorso in colpa (legge Balduzzi), ovvero in sola imperizia (legge Gelli-Bianco), da qualificarsi in entrambi i casi come non grave (Sez. Un., n. 8770 del 21 dicembre 2017, Mariotti ed altro, Rv. 272174). È dunque del tutto irrilevante, nel caso in esame, l'individuazione di quale dei due regimi risulti in astratto più favorevole e dunque applicabile all'imputato, in quanto non sussistono, come subito si dirà, le condizioni per permettere l'applicazione in concreto né dell'uno, né dell'altro.

8.2. In particolare, emerge con evidenza il mancato rispetto delle adeguate linee guida da parte dello [REDACTED]. Alla luce dell'attività probatoria e peritale, infatti, i giudici di merito pervenivano concordemente ad escludere la sussistenza di un elevato rischio emorragico in capo al [REDACTED], dovendosi invece ritenere assolutamente alto e preponderante quello trombotico. Il rischio emorragico, nello specifico, risultava sconfessato da diverse circostanze. In primo luogo, dalla natura dell'ulcera duodenale riscontrata, trattandosi di ulcera pilorica stenosante, ossia di un restringimento di un tratto dell'apparato gastrointestinale superiore, conseguente al processo infiammatorio ulceroso, che non avrebbe potuto presentare vasi sanguinanti ma che, al contrario, aveva prodotto tessuto connettivo, che aveva ischemizzato i vasi. In secondo luogo, dalla riferita condizione di trombofilia, nota già in sede di anamnesi e di prima diagnosi di accettazione; né la mancanza di tale condizione avrebbe potuto escludere la responsabilità dei sanitari, atteso che la profilassi eparinica risultava necessaria per tutti i generi di pazienti sottoposti a quel tipo di interventi chirurgici. Infine, dalla corretta e continuata sottoposizione del paziente a terapia antitrombotica ad alto dosaggio negli altri reparti dell'ospedale, dal 10 fino al 26 aprile 2012. La corretta pratica medica, infatti, imponeva ai sanitari, certa la sussistenza di un elevatissimo rischio trombotico, di somministrare idonea terapia antitrombotica. In particolare, nei casi come quello del [REDACTED] in letteratura e sulla base delle linee guida acquisite nel corso del giudizio (ossia quelle dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino, del policlinico San Matteo di Pavia e della Regione Toscana), si evidenziava la necessità di somministrazione di terapia antitrombotica mediante eparine a basso peso molecolare (fra cui la clivarina e la reviparina) in dosi di almeno 4200 UI, da

le

iniziare almeno 12 ore prima dell'intervento e proseguire 12 ore dopo lo stesso ed ogni giorno successivo per almeno dieci giorni o per tutto il periodo di rischio. Tale corretta terapia veniva infatti somministrata al paziente dal momento del ricovero fino al 26 aprile, con una breve interruzione di tre giorni (dal 13 al 16 aprile), nei quali veniva sospesa la terapia antitrombotica ed assunto il ferlxit, in ragione della presenza di anemizzazione. Tale fenomeno, tuttavia, veniva correttamente ritenuto passeggero, tanto che il 16 aprile veniva ripresa la terapia e sospeso il ferlxit.

8.3. Tanto chiarito, risulta evidente lo scostamento dalle linee guida adeguate al caso di specie perpetrato dall'imputato. Alla luce delle stesse, infatti, egli avrebbe dovuto considerare prevalente il rischio trombotico rispetto a quello emorragico e procedere alla somministrazione di clivarina nei dosaggi e per i tempi opportuni, tenendo al contempo sotto controllo il rischio emorragico, e sospendendo eventualmente la terapia antitrombotica in presenza di ulteriori segnali di anemizzazione, per il tempo strettamente necessario. Niente di tutto questo è dato riscontrare nella condotta dell'imputato, il quale anzi non si curò nemmeno che la terapia antitrombotica fosse iniziata prima dell'intervento chirurgico, provvedendo alla somministrazione di clivarina in dose limitata solamente nella notte fra il 4 ed il 5 maggio. Le omissioni dell'imputato, peraltro, oltre a non potersi dire in nessun caso giustificate dalla presenza di un assai ridotto rischio emorragico, risultano anche connotate da rilevante gravità. Come sottolineato dalla Corte territoriale, infatti, risulta assai grave la sottovalutazione, operata dal dott. [REDACTED], del rischio trombotico in favore di quello emorragico, soprattutto alla luce dei risultati degli esami di laboratorio e della condotta tenuta in maniera continuativa e coerente dai sanitari degli altri reparti del medesimo ospedale, che avevano tutti praticato la corretta terapia sul [REDACTED]. Né può soccorrere in aiuto del prevenuto la considerazione, effettuata dal ricorrente, per cui la giornata del 27 aprile, nella quale lo [REDACTED] ebbe a predisporre il piano terapeutico del paziente ed a determinare la cessazione della terapia antitrombotica, avrebbe dovuto ritenersi caratterizzata da una situazione di sostanziale emergenza, che avrebbe lasciato poco tempo al sanitario per prendere le opportune decisioni del caso. Non è infatti seriamente sostenibile che la semplice programmazione di due interventi chirurgici (della durata, peraltro, rispettivamente di 40 minuti e di un'ora e un quarto) nell'arco di una medesima giornata possa considerarsi situazione emergenziale, essendo evenienza assolutamente ordinaria nella gestione di reparti sanitari. Al contrario, lo [REDACTED] avrebbe avuto tutto il tempo, dopo gli interventi, di controllare adeguatamente il [REDACTED] e di rendersi conto dell'errore commesso.

9. Infine, inammissibili sono i motivi di ricorso relativi al trattamento sanzionatorio.

9.1. Manifestamente infondata è la censura relativa all'eccessività della pena. È giurisprudenza costante quella per cui la graduazione della pena rientra nella discrezionalità del giudice di merito, che la esercita in aderenza ai principi enunciati negli artt. 132 e 133 cod.pen.; ne discende che è inammissibile la censura che, nel giudizio di cassazione, miri ad una nuova valutazione della congruità della pena la cui determinazione non sia frutto di mero arbitrio o di ragionamento illogico e sia sorretta da sufficiente motivazione (Sez. 5, n. 5582 del 30 settembre 2013, Ferrario, Rv. 259142; Sez. 2, n. 36104 del 27 aprile 2017, Mastro ed altro, Rv. 271243). Correttamente dunque la Corte d'Appello ha ritenuto l'inammissibilità della relativa censura, in quanto fondata su generiche e laconiche doglianze, riprodotte anche in sede di legittimità. Congrua appare la motivazione data in primo grado, incentrata sulla gravità dell'omissione e sugli altri criteri di cui all'art. 133 cod.pen., risultando quindi precluso a questa Corte di ritornare sulla determinazione della pena.

9.2. Inammissibile è infine la censura relativa all'entità della provvisoria disposta in favore dei fratelli del defunto, costituitisi parte civile. Per giurisprudenza pacifica, infatti, non è impugnabile con ricorso per cassazione la statuizione pronunciata in sede penale e relativa alla concessione e quantificazione di una provvisoria, trattandosi di decisione di natura discrezionale, meramente deliberativa e non necessariamente motivata (Sez. 3, n. 18663 del 27 gennaio 2015, Rv. 263486; Sez. 5, n. 32899 del 25 maggio 2011, Mapelli ed altri, Rv. 250934). Tale statuizione, infatti, è inoppugnabile in quanto per sua natura insuscettibile di passare in giudicato e destinata ad essere travolta dall'effettiva liquidazione dell'integrale risarcimento in sede civile (Sez. 2, n. 49016 del 6 novembre 2014, Patricola ed altro, Rv. 261054; Sez. 6, n. 50746 del 14 ottobre 2014, Rv. 261536). In ogni caso, la Corte distrettuale motiva la conferma della provvisoria sulla base della sussistenza di un danno morale patito dai prossimi congiunti del defunto, ritenendo correttamente non rilevante la verifica circa l'entità del rapporto affettivo fra il [REDACTED] ed i fratelli, elemento utile ai soli fini della quantificazione del danno risarcibile, quantificazione rimessa al giudice civile nell'opportuna sede.

10. In considerazione di quanto esposto si impone il rigetto del ricorso, cui segue per legge la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali e delle spese di giudizio sostenute dalle parti civili costituite, liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali nonché alla rifusione delle spese sostenute dalle costituite parti civili che liquida, quanto a Scolaro Teresa, in complessivi € 2.500,00 oltre accessori come per legge; quanto alle altre parti civili rappresentate dall'avv. Giuseppe Gennaro in complessivi € 7.000,00 oltre accessori come per legge.

Così deciso in Roma il 30 maggio 2018

Il Consigliere estensore

Loredana Micciché



Il Presidente

Francesco Maria Ciampi

