

CASSAZIONE PENALE - sezione IV - sentenza n. 30627 del 12 luglio 2019

ANCHE DIAGNOSI SUPERFICIALE PORTA A CONDANNA PER OMICIDIO COLPOSO

Se la legge prevede che il medico risponda penalmente del decesso del paziente quando agisce con negligenza, imprudenza e imperizia e conduce in maniera superficiale l'iter diagnostico, la stessa responsabilità penale per omicidio colposo va dichiarata anche quando omette di accertare preventivamente la presenza di focolai endometriosici a livello del douglas e, per questo sottopone una paziente a una terapia operatoria laparoscopica invece che laparotomica.

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE - SEZIONE QUARTA PENALE - composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. CIAMPI Francesco M. - Presidente -
Dott. TORNESI Daniela Rita - Consigliere -
Dott. NARDIN Maura - Consigliere -
Dott. ESPOSITO Aldo - rel. Consigliere -
Dott. DAWAN Daniela - Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

F.R., nato a (OMISSIS);

C.G., nato a (OMISSIS);

avverso la sentenza del 12.04.2018 della CORTE APPELLO di SALERNO;

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere ALDO ESPOSITO;

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore PERELLI SIMONE, che ha concluso chiedendo il rigetto del ricorso.

L'avvocato POSTIGLIONE GUIDO del foro di NAPOLI, in difesa di F.R. e C.G. si riporta ai motivi e ne chiede l'accoglimento.

Svolgimento del processo

1. Con sentenza in epigrafe la Corte di appello di Salerno, in parziale riforma della sentenza del Tribunale di Salerno - sezione distaccata di Eboli del 4 febbraio 2008 ha confermato la condanna a sei mesi di reclusione nei confronti di F.R. e a quattro mesi di reclusione nei confronti di C.G. per il reato di cui all'art. 589 c.p. e ha dichiarato estinto il reato nei confronti di S.G. per morte del reo (perché, in qualità di medici in servizio presso la Divisione di Ostetricia e Ginecologia presso l'Ospedale "(OMISSIS)" di (OMISSIS), componenti dell'equipe esecutrice dell'intervento c.d. di L.A.V.H. ovvero di isterectomia vaginale assistita per via laparoscopica effettuato sulla paziente G.C. in data 2 marzo 2000, cagionavano la morte di quest'ultima per colpa

consistita in negligenza, imprudenza e imperizia e, in particolare, per aver condotto superficialmente l'iter diagnostico omettendo, così, di accertare in via preventiva la presenza di focolai endometriosici a livello del douglas, circostanza che avrebbe dovuto indurre a modificare la terapia operatoria da laparoscopica in laparotomica, per aver sottovalutato il rilievo, nel corso della fase laparoscopica, di "bottonature violacee da riferirsi a nidi endometriosici" nel douglas, circostanza che se adeguatamente considerata avrebbe dovuto indurre a soprassedere al successivo tempo vaginale e ad optare per la via laparotomica, per aver cagionato una lesione della parete anteriore del retto nella fase di apertura per via vaginale del peritoneo posteriore resa notevolmente difficoltosa a causa delle riscontrate nodosità verosimilmente endometriosiche con necessità di reiterati tentativi di scollamento della parete anteriore del retto, per aver eseguito il controllo laparoscopico successivo all'intervento in modo superficiale, nonostante avessero riscontrato nel corso dell'intervento uno "scollamento notevolmente difficoltoso posteriormente dove si apprezzano nodosità da riferirsi ad endometriosi", circostanze che avrebbero dovuto, invece, indurre ad un più accurato controllo laparoscopico, al fine di evidenziare eventuali lesioni determinatesi per un eventuale scollamento o per un inavvertito tocco con l'elettrocoagulatore, per non aver diagnosticato la lesione iatrogena del retto, sicché dall'errato modo di procedere derivava la descritta lesione iatrogena - in (*OMISSIS*)).

1.1. Il Tribunale di Eboli ha riconosciuto la responsabilità dei predetti imputati per omicidio colposo in danno di G.C., avvenuto presso l'ospedale di (*OMISSIS*) "(*OMISSIS*)", dopo un intervento chirurgico di isterectomia per via vaginale laparoassistita, in quanto le era stato diagnosticato "utero fibromatoso".

La paziente era sottoposta ad intervento chirurgico in data 2 marzo 2000, ma, a causa del peggioramento delle sue condizioni di salute, era operata nuovamente il 4 marzo 2000, stavolta in laparotomia, con diagnosi di peritonite, che portava alla resezione del colon con creazione di un ano preternaturale; ella decedeva comunque il (*OMISSIS*) per "insufficienza cardiorespiratoria in paziente con sepsi secondaria e peritonite". L'equipe chirurgica era composta da F.R., primo operatore, S.G., primo assistente, e C.G., secondo assistente.

Ad avviso dei dottori Co. e L., consulenti tecnici del pubblico ministero, la causa del decesso era individuabile in uno shock settico, in anemia ed insufficienza cardiocircolatoria da peritonite stercoracea conseguente a lesione iatrogena del retto, determinata dall'intervento chirurgico di isterectomia per via vaginale laparoassistita del 2 marzo 2000. L'equipe aveva adoperato la moderna tecnica vaginale con assistenza laparoscopica, ma erano emerse gravi responsabilità nell'esecuzione dell'operazione. L'endometriosi dell'utero, infatti, aveva determinato "aderenze", tanto da complicare l'operazione di scollamento dell'utero dal retto, per le bottonature violacee da endometriosi; l'intervento doveva essere convertito prudenzialmente in laparotomico, cioè a campo aperto ed avere un campo chirurgico più visibile, per affrontare con minore difficoltà le complicazioni insorte e che avevano determinato, nel tentativo di scollare l'utero dal retto per via vaginale, la lesione del retto, con conseguente fuoriuscita di materiale fecale dal retto all'addome della paziente e poi di peritonite.

Secondo i consulenti delle parti civili, la presenza di dati clinici attestanti un utero fibromatoso con sospetta endometriosi avrebbe dovuto indurre i sanitari, sin dall'origine, a preferire un intervento in laparotomia anziché in laparoscopia. I periti d'ufficio Dott. Cr. e Dott. I. confermavano parzialmente le conclusioni scientifiche dei predetti consulenti, individuando la causa della morte in uno shock settico secondario ad una peritonite stercoracea, dovuta ad una lesione della parete anteriore del retto.

Il controllo post operatorio era stato eseguito quando la paziente presentava ancora un grosso zaffo vaginale, che avrebbe reso non visibile una piccola lesione rettale, falsando la prova laparoscopica, cosicché, trentasei ore dopo l'intervento d'isterectomia, con la precanalizzazione della paziente e con la dilatazione dei tessuti rettali per il passaggio dei gas, la piccola ferita, evidenziata nel corso del successivo intervento in laparotomia per fronteggiare le complicanze dovute alla peritonite, consentiva il passaggio del materiale fecale dal retto all'addome.

1.2. La Corte di merito ha dichiarato non doversi procedere nei confronti di S. per morte del reo ed ha confermato il giudizio di responsabilità nei confronti di F.R. e di C., condividendo le valutazioni dei periti d'ufficio circa l'insufficienza o la cattiva esecuzione dei controlli postoperatori. Secondo la Corte salernitana, l'ipotesi alternativa di danno cagionato da elettrocoagulatore doveva escludersi, in quanto la febbre e la peritonite si erano manifestate nelle ventiquattro ore successive all'intervento. Al contrario, una piccola lesione determinata dalla caduta dell'escara avrebbe portato a febbre e, quindi, a peritonite con parecchi giorni di ritardo (anche dieci o quindici giorni), mentre nella fattispecie G.C. si era sentita male ventiquattro ore dopo l'intervento e dopo quarantotto ore era insorta la febbre, segno di peritonite.

La lesione della parete rettale non era stata notata nel corso del controllo laparoscopico nè nei controlli descritti dall'imputata F. e riferiti dalla teste della difesa Gi.II.Ad., non risultanti dalla cartella clinica. La mancata scoperta era evidentemente dovuta alla carenza della dovuta diligenza nell'effettuare il predetto controllo. Tale verifica sarebbe dovuta essere rigorosa, trattandosi di intervento complicato per le tenaci aderenze alla parete rettale a causa dell'endometriosi, durato quattro ore, effettuato in presenza di uno zaffo vaginale, che prevedibilmente avrebbe potuto oscurare un piccolo forellino di 7/8 mm., come quello rilevato dai chirurghi in seconda battuta, provocato durante il difficile strappamento dell'utero. L'approssimazione dei controlli emergeva già dal dato inoppugnabile secondo cui già la sera tra il 3 e il 4 marzo 2000 la figlia della paziente aveva riferito della fuoriuscita di sangue dal retto. La lesione era stata procurata dalla manovra di scollamento dell'utero dalla parete rettale e non da uno scarico anomalo di corrente dell'elettrocoagulatore. In tale seconda ipotesi, sarebbero trascorsi diversi giorni prima della manifestazione della peritonite con febbre, mentre la complicazione insorgeva subito, con la canalizzazione della paziente, dopo trenta ore dall'intervento.

La lesione era di piccole dimensioni ma a tutto spessore, per cui sarebbe stata visibile in caso di controlli effettuati senza lo zaffo vaginale. Il tampone aveva schermato il forellino della parete rettale, rendendolo invisibile ai controlli postoperatori, anche per la vicinanza del sito della lesione a quello del posizionamento dello stesso, evidentemente stipato nella parte alta della vagina interessata dalla sutura (quindi dall'esigenza dell'allontanamento dei germi esterni alla cui

funzione era preposto lo zaffo), contigua al peritoneo alla cui altezza si trovava la piccola lesione rettale.

Il profilo di colpa di F. e C. consisteva nell'effettuazione dei controlli post operatori, senza aver eliminato lo zaffo vaginale, che avrebbe potuto oscurare una pur piccola lesione della parete rettale nelle immediate vicinanze anatomiche, interessata dal difficile scollamento dell'utero fibromatoso, come poi accaduto. L'avvistamento in tempo utile della lesione avrebbe condotto ad un tempestivo intervento riparatore, tale da evitare i rischi di infezione e da salvare la vita della paziente.

2. F.R. e C.G., a mezzo del proprio difensore, ricorrono per Cassazione avverso la sentenza della Corte di appello per vizio di motivazione. Si evidenziano i seguenti tre punti principali della prospettazione difensiva: A) La causazione della lesione rettale da un'anomala dispersione di corrente. L'incidenza nel determinismo causale di tale fattore era desunta dalle dichiarazioni rese in udienza dibattimentale dal perito d'ufficio Dott. I. circa la compatibilità della lesione con un danno termico. Il danno non poteva essere stato provocato dal taglio con le forbici o dall'asportazione dell'utero verso il basso per farlo fuoriuscire attraverso la vagina in ragione della natura dell'intervento (laparoscopia e non laparotomia) nonché della tipologia e della posizione del foro. Il Dott. I. prospettava l'uso di forbici quale causa della lesione, ma errava al riguardo, non potendosi risalire attraverso la vagina fino al retto peritoneale; nel sostenere in via alternativa che si fosse trattato di un bisturi elettrico, corroborava la tesi difensiva, perché in un'isterectomia laparoscopica tale strumento è introdotto bucando l'addome e non attraversando la vagina. Né l'evento lesivo poteva essere stato determinato dallo strappamento dell'utero, il quale era avvenuto trascinando l'utero verso il basso, attraverso la vagina e, cioè, seguendo un percorso obliquo; una siffatta manovra non avrebbe avuto forma tondeggiante, bensì allungata. In ogni caso lo strappamento dell'utero non poteva determinare una lacerazione di quel tratto di intestino, privo di punti di contatto diretto con l'utero e, a maggior ragione, di zona di attaccamento con esso.

B) Il danneggiamento di soli alcuni strati del tessuto rettale e non a tutto spessore; con completamento del danno, che rendeva la lesione passante, a seguito della pressione esercitata dalla canalizzazione verificatasi tre giorni dopo l'intervento.

Contrariamente a quanto prospettato nella sentenza impugnata, i periti d'ufficio non avevano affermato che la lesione della parete rettale era totale e non solo parziale. Anche nella stessa sentenza di primo grado era attestata l'incidenza della canalizzazione nella rottura dell'ultimo diaframma della parete intestinale. I controlli laparoscopici non avevano determinato un falso negativo, perché il foro non c'era e di conseguenza liquidi e gas non potevano riversarsi in addome, essendo stati pompati nel retto. Il punto in cui l'intestino era stato intaccato non costituiva una breccia passante da parte a parte della parete, per cui il giudice di primo grado aveva errato nell'affermare che i controlli laparoscopici, se effettuati prima del posizionamento dello zaffo in vagina, avrebbero certamente sfondato il residuo strato di tessuto.

Per sostenere tale assunto, occorreva dimostrare la superiorità della pressione esercitata all'interno dell'intestino attraverso i controlli rispetto a quella esercitata dalla canalizzazione: solo co-

sì si sarebbe potuto provare che i controlli avrebbero sortito l'esito di sfondare il residuo strato della parete intestinale. Con la capacità pressoria all'interno del retto durante i controlli laparoscopici si determina una pressione costante ed uguale su tutte le pareti del condotto; con la canalizzazione, attraverso progressive dilatazioni del tratto intestinale, si generano violente pulsioni che si sprigionavano in piccoli segmenti, con pressione di entità notevolmente superiore.

Se una scarica elettrica o un'altra manovra avesse prodotto una lacerazione della parete esterna del retto, i successivi controlli non necessariamente avrebbero potuto rilevarla. Presumibilmente, la lacerazione si completava due giorni dopo, a causa della maggiore pressione esercitata dalla canalizzazione o dell'ulteriore indebolimento della parete strappata.

Ogni danno organico riceve una risposta variabile da persona a persona. La medesima scarica può infliggere ad un soggetto un danno superficiale e ad un altro un danno più profondo, variabile in relazione alla capacità di cicatrizzazione o alla sotto-posizione ad altri stress (come la canalizzazione). La vittima, infatti, aveva tardato a canalizzare, come riscontrato dal Dott. T. la sera del (*OMISSIS*). Tale situazione, pertanto, doveva averla condotta ad avere una canalizzazione più traumatica, che aveva sprigionato una notevole pressione intraintestinale.

C) L'irrelevanza dello zaffo inserito in vagina e sua ininfluenza in sede di controlli laparoscopici, in ragione della diversità di ubicazione rispetto alla lesione rettale.

Si rileva che nella sentenza impugnata non era stato trattato il nodo decisivo della sede del forellino rilevato nel retto. Come indicato dal Dott. D.C., chirurgo del secondo intervento, la microlesione non si trovava nella parte inferiore del retto, confinante con la vagina, bensì in quella superiore denominata intraperitoneale, limitrofa alla cavità addominale. Lo zaffo in vagina non poteva aver influenzato i controlli postoperatori. L'intestino era lesionato in un punto situato qualche centimetro a nord della plica peritoneale, per cui evidentemente la porzione di retto su cui era riscontrata la lesione non confinava con la vagina, essendo più in alto rispetto ad essa e ciò escludeva interferenze della vagina con l'efficacia dei controlli laparoscopici. La mancata adiacenza della vagina alla zona di lacerazione del retto peritoneale costituiva un dato obiettivo. Se fosse stata sfondata la parete di isolamento della vagina della cavità addominale, il secondo chirurgo se ne sarebbe accorto. La Corte territoriale ha considerato confinanti e sovrapponibili due organi quali il peritoneo e la vagina.

In base alle immagini di cui all'allegato n. 8, il punto del retto individuato dal chirurgo risultava posizionato nel peritoneo alcuni centimetri sopra la vagina e le due suture che avevano assicurato l'incomunicabilità tra essa e l'addome; di talché, solo uno sfondamento di tali suture (mai riferito) avrebbe consentito allo zaffo di risalire fino al forellino sul retto, ocludendolo e vanificando i controlli laparoscopici.

Motivi della decisione

1. Il ricorso è infondato.

Va premesso che con la sentenza impugnata la Corte di appello ha condannato F.R. e C.G., componenti dell'equipe esecutrice di intervento di isterectomia vaginale per via laparoscopica effettuato sulla paziente G.C. in data (*OMISSIS*), per il reato di omicidio colposo per la morte

della medesima, per aver cagionato una lesione della parete anteriore del retto, per aver eseguito il controllo laparoscopico successivo all'intervento in modo superficiale, nonostante avessero riscontrato nel corso dell'intervento uno scollamento notevolmente difficoltoso posteriormente a causa di endometriosi, circostanze che avrebbero dovuto, invece, indurre ad un più accurato controllo laparoscopico, al fine di evidenziare eventuali lesioni determinatesi per un eventuale scollamento o per un inavvertito tocco con l'elettrocoagulatore, per non aver diagnosticato la lesione iatrogena del retto.

Tutte le censure difensive sono strettamente collegate al disconoscimento delle risultanze delle perizie d'ufficio, condivise dai giudici di merito.

2. In ordine al primo motivo di ricorso, i giudici di merito, con argomentazioni lineari e coerenti, hanno affermato la responsabilità professionale dei medici per gli omessi o superficiali controlli laparoscopici post operatori, i quali, se affrontati con maggiore prudenza, diligenza e perizia, avrebbero consentito di scoprire l'immediata perforazione del retto e, quindi, di porvi adeguato e tempestivo riparo chirurgico, prima dello sversamento del materiale fecale nell'alveo addominale; ha individuato la causa più probabile della morte, quasi prossima alla certezza, nello scollamento dell'utero.

La Corte territoriale ha precisato che la tesi difensiva di un danno provocato a G.C. dalla dispersione di corrente non era condivisibile, in quanto i primi sintomi di setticemia si erano verificati un giorno e mezzo dopo l'intervento di isterectomia, mentre l'eziopatogenesi da elettrocoagulazione, ipotizzata dalla difesa, avrebbe comportato determinato la caduta di escara (la pellicola avvolgente le viscere) e il riversamento delle feci in addome in quinta fino alla decima giornata, se non oltre.

Nell'illustrare la tesi alternativa prospettata, peraltro, i ricorrenti non si confrontano con l'apparato motivazionale della sentenza impugnata, limitandosi a sottolineare la morfologia tondeggiante del forellino, la sua dimensione di 7-8 millimetri e la sua localizzazione nella parte intraperitoneale del retto. Non forniscono, tuttavia, elementi di segno contrario rispetto alle affermazioni contenute nella sentenza impugnata, relativamente alle cause della lesione iatrogena nonché all'inevitabile collegamento tra la perforazione del retto e l'evoluzione repentina dello stato critico della paziente e della setticemia.

2. In relazione al secondo motivo di ricorso, va sottolineato che la Corte di appello ha logicamente evidenziato, con motivazione immune da censure, che la lesione della parete rettale era totale e non parziale, per cui la causa determinante della stessa era stata la manovra di scollamento dell'utero reso difficoltoso dalle tenaci aderenze tra le due pareti determinate dall'endometriosi, dalla quale la paziente era affetta.

I ricorrenti prospettano la tesi alternativa, secondo cui era stata provocata una perforazione a tutto spessore della parete intestinale, ma era stato lasciato uno strato che aveva ceduto solo in un secondo momento, quando la paziente aveva "canalizzato".

Sul punto occorre ribadire che la prospettazione difensiva, secondo cui la rottura intestinale si era prodotta in una seconda fase, non consente di spiegare come mai la setticemia si sia invece verificata in epoca prossima all'intervento. Non viene così smentita l'unica soluzione certa af-

fermata dalla Corte di merito sui soli fattori determinanti l'evento letale costituiti dalla perforazione del retto, dallo scollamento dell'utero e dagli omessi o inadeguati controlli post-operatori da parte dei sanitari. Come in relazione al motivo di ricorso precedente, anche sotto tale profilo i ricorrenti si limitano a tentare di confutare solo uno dei profili di colpa loro ascritti, non tenendo conto del più ampio quadro probatorio emerso nel corso del giudizio.

3. In riferimento al terzo motivo di ricorso, la Corte di appello ha chiarito esaurientemente le ragioni per le quali ha affermato che i controlli postoperatori non avevano evidenziato la lesione rettale già presente, in quanto erano stati eseguiti in presenza, in sito, di uno zaffo vaginale che, di fatto, oscurava il forellino cagionato dalla parete rettale durante la fase dello scollamento dell'utero, descritto come difficoltoso in cartella, in modo da far durare l'intervento ben quattro ore. La Corte di merito ha condiviso le affermazioni del Dott. D.C., uno dei due chirurghi impegnati nel secondo intervento, sottolineando che la lesione era situata in una zona non molto distante dallo zaffo vaginale, al confine tra il peritoneo e la vagina, cioè proprio i punti maggiormente interessati dalle due suture vaginale e perineale e, pertanto, interessati alla veicolazione del disinfettante e che il collocamento dello zaffo più in basso in vagina non avrebbe potuto sortire l'effetto di disinfettare le suture della parte alta della vagina e del peritoneo (membrana che separa l'addome dalla vagina). Ha chiarito che la lesione rettale si trovava proprio al confine tra il perineo e la cd. cupola vaginale, zone interessate dalla sutura e, pertanto, vicinissima allo zaffo, che quindi avrebbe potuto oscurare un forellino anche di piccole dimensioni, vanificando l'esito dei controlli, in guisa da ostacolo meccanico, uno schermo, alla visibilità di un pur piccolo forellino al controllo laparoscopico; ha evidenziato che la zona dove era situato lo zaffo era quella interessata dalle suture, vaginali e del peritoneo, mentre la zona rettale più alta, indicata dalle difese, non era interessata da suture.

I ricorrenti deducono che la presenza dello zaffo non avrebbe potuto produrre un falso negativo in considerazione della distanza tra il medesimo e il sito anatomico dove era stata individuata la lesione dai due chirurghi intervenuti successivamente, all'insorgere della peritonite.

Tale affermazione, tuttavia, contrasta con le risultanze processuali riportate nella sentenza impugnata. Al riguardo, i ricorrenti rappresentano che i consulenti Dott. I. e Dott. Cr. in sede dibattimentale avrebbero meglio illustrato la distanza tra la vagina e la posizione dello zaffo, per cui esso non avrebbe potuto ostacolare l'attuazione dei dovuti controlli sull'assenza di lesioni. Essi sostengono che la lontananza tra detti punti era riscontrabile nel disegno C visibile al n. 8 degli allegati al fascicolo.

La questione prospettata, però, appare irrilevante, avendo la Corte di merito più volte spiegato che le cause del decesso erano costituite dalla perforazione del retto e dalla sua mancata scoperta da parte dei medici. Persino se si ipotizzassero l'esistenza di una distanza significativa tra zaffo e vagina e l'impossibilità di rimproverare agli imputati la mancata rimozione dello zaffo, permarrrebbe il profilo di colpa derivante dall'omesso controllo.

In ogni caso, va altresì specificato che le dichiarazioni dei consulenti erano riportate solo sinteticamente in ricorso, mediante l'estrapolazione di alcune loro frasi; inoltre, i disegni erano richiamati dai difensori e non inseriti nel testo di tale atto di impugnazione.

I suddetti elementi, quindi non erano allegati integralmente al ricorso, in violazione del principio di autosufficienza. In tema di ricorso per cassazione, infatti, sono inammissibili, per violazione del principio di autosufficienza e per genericità, i motivi che deducano il vizio di manifesta illogicità o contraddittorietà della motivazione e, pur richiamando atti specificamente indicati, non contengano la loro integrale trascrizione o allegazione (Sez. 2, n. 20677 dell'11.04.2017, Schioppo, Rv. 270071; Sez. 4, n. 46979 del 10.11.2015, Bregamotti, Rv. 265053).

4. In conclusione deve rilevarsi che la Corte di appello ha ricostruito la responsabilità dei ricorrenti sulla base delle medesime risultanze istruttorie già esaminate dal primo giudice, essendo pervenuti entrambi i giudici di merito alla affermazione di responsabilità sulla base dei dati acquisiti nel contraddittorio dibattimentale, e sinergicamente vagliati. Conseguentemente, la motivazione esposta per giustificare il convincimento non è validamente censurabile in questa sede in quanto sviluppata con intrinseca coerenza, senza fratture logiche e in linea con gli insegnamenti di questo consesso nomofilattico.

I limiti che presenta nel giudizio di legittimità il sindacato sulla motivazione, infatti, si riflettono anche sul controllo in ordine alla valutazione della prova, poiché, diversamente, anziché verificare la correttezza del percorso decisionale dei giudici di merito, alla Corte di Cassazione sarebbe riservato un compito di rivoluzione delle acquisizioni probatorie, sostituendo, in ipotesi, all'apprezzamento motivatamente svolto nella sentenza impugnata, una nuova e alternativa valutazione delle risultanze processuali che ineluttabilmente sconfinerebbe in un eccentrico terzo grado di giudizio.

Di qui il consolidato insegnamento (Sez. 5 n. 44914 del 6.10.2009, Basile, Rv. 245103; Sez. 6 n. 10951 del 10.03.2006, Rv 2337908) in forza del quale, alla luce dei precisi confini che circoscrivono, ai sensi dell'art. 606 c.p.p., comma 1, lett. e), il controllo del vizio di motivazione, la Corte non deve stabilire se la decisione di merito proponga la migliore ricostruzione dei fatti, nè deve dividerne la giustificazione, ma deve limitarsi, sulla base del testo del provvedimento impugnato, a valutare se la giustificazione propugnata sia compatibile con il senso comune e con i limiti di una plausibile opinabilità di apprezzamento. Non è, dunque, sindacabile in sede di legittimità, se la motivazione rispetta i canoni della coerenza della logica, la valutazione del giudice di merito al quale spetta il giudizio sulla rilevanza e sull'attendibilità delle fonti di prova, circa i contrasti dichiarativi o la scelta tra diverse versioni e interpretazioni dei fatti (Sez. 2 n. 29480 del 7.02.2017, Cammarata, Rv. 270519; Sez. 5 n. 51604 del 19.09.2017, D'Ippedito, Rv. 271623).

I vizi di motivazione evidenziati in ricorso si risolvono, quindi, in richieste, al giudice di legittimità, di effettuare una nuova valutazione del risultato della prova e di sostituirla a quella effettuata dal giudice di merito, valutazione, quest'ultima, che invece si sottrae al sindacato di legittimità, se condotta nel rispetto dei canoni della logica e della completezza.

Ciò è riscontrabile nel caso di specie, avendo reso la Corte di appello una plausibile argomentazione, a giustificazione della propria decisione, tanto in ordine alla ricostruzione dei fatti, sulla base degli elementi provenienti dalla prova dichiarativa e da quella documentale, correttamente esaminati e sinergicamente valutati con giudizio che, non palesando vistose incongruenze e ma-

nifeste fratture logiche, si sottrae alle censure di legittimità, atteso che la mancanza, l'illogicità e la contraddittorietà della motivazione, come vizi denunciabili in sede di legittimità, devono risultare di spessore tale da risultare percepibili ictu oculi, dovendo il sindacato di legittimità, al riguardo, essere limitato a rilievi di macroscopica evidenza, restando influenti le minime incongruenze e considerandosi disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata, purché siano spiegate in modo logico e adeguato le ragioni del convincimento senza vizi giuridici (Sez. U, n. 47289 del 24.09.2003, Petrella, Rv. 226074; Sez. U, n. 12 del 31.05.2000, Jakani, Rv. 216260; Sez. U, n. 24 del 24.11.1999, Spina, Rv. 214794).

È irrilevante, peraltro, la questione sollevata dalla difesa, con riferimento a tutti i motivi di ricorso, in ordine alla presunta mancata risposta a tutte le deduzioni difensive. Secondo la consolidata giurisprudenza di questa Corte, il dovere di motivazione della sentenza, infatti, è adempiuto, ad opera del giudice del merito, attraverso la valutazione globale delle deduzioni delle parti e delle risultanze processuali, non essendo necessaria l'analisi approfondita e l'esame dettagliato delle predette ed è sufficiente che si spieghino le ragioni che hanno determinato il convincimento, dimostrando di aver tenuto presente ogni fatto decisivo, nel qual caso devono considerarsi implicitamente disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata (Sez. 6, n. 20092 del 4.05.2011, Schowick, Rv. 250105; Sez. 4, n. 1149 del 24.10.2005, dep. 2006, Mirabilia, Rv 233187).

Del resto, questa Corte ha chiarito che in sede di legittimità non è censurabile una sentenza per il suo silenzio su una specifica deduzione prospettata col gravame quando la stessa è disattesa dalla motivazione della sentenza complessivamente considerata. Pertanto, per la validità della decisione non è necessario che il giudice di merito sviluppi nella motivazione la specifica ed esplicita confutazione della tesi difensiva disattesa, essendo sufficiente per escludere la ricorrenza del vizio che la sentenza evidenzi una ricostruzione dei fatti che conduca alla reiezione della deduzione difensiva implicitamente e senza lasciare spazio ad una valida alternativa; sicché, ove il provvedimento indichi con adeguatezza e logicità quali circostanze ed emergenze processuali si sono rese determinanti per la formazione del convincimento del giudice, sì da consentire l'individuazione dell'iter logico-giuridico seguito per addivenire alla statuizione adottata, non vi è luogo per la prospettabilità del denunciato vizio di preterizione (Sez. 2, n. 1405 del 10.12.2013, dep. 2014, Cento, Rv. 259643; Sez. 2, n. 29434 del 19.05.2004, Candiano, Rv. 229220).

5. Per le ragioni che precedono, i ricorsi vanno rigettati.

Al rigetto dei ricorsi consegue la condanna dei ricorrenti al pagamento delle spese processuali (art. 616 c.p.p.).

P.Q.M.

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

Così deciso in Roma, il 20 febbraio 2019.

Depositato in Cancelleria il 12 luglio 2019