



REPUBBLICA ITALIANA
 IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
 LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
 QUARTA SEZIONE PENALE

4391/12

UDIENZA PUBBLICA
 DEL 22/11/2011

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

- Dott. FRANCESCO MARZANO
- Dott. GAETANINO ZECCA
- Dott. LUISA BIANCHI
- Dott. ROCCO MARCO BLAIOTTA
- Dott. LUCA VITELLI CASELLA

SENTENZA
 N. 1848/2011
 REGISTRO GENERALE
 N. 2240/2011

- Presidente -
- Consigliere -
- Consigliere -
- Rel. Consigliere -
- Consigliere -

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

- 1) GRASSO GRAZIELLA N. IL 13/06/1943 : *precisato*
- 2) MASSIMELLI UGO N. IL 31/03/1932 * C/
- 3) SOAVE BIAGIO N. IL 10/12/1930 * C/
- 4) LACQUA PIERCARLO N. IL 04/12/1967 * C/
- 5) DI LELLA MICHELE N. IL 09/12/1959 , *imputato*

Blaiotta

avverso la sentenza n. 3192/2009 CORTE APPELLO di TORINO, del 30/06/2010

visti gli atti, la sentenza e il ricorso
 udita in PUBBLICA UDIENZA del 22/11/2011 la relazione fatta dal
 Consigliere Dott. ROCCO MARCO BLAIOTTA

Udito il Procuratore Generale in persona del Dott. *Palazzo*
 che ha concluso per *l'annullamento con rinvio davanti al*
giudice civile per Massimelli, Soave, Lacqua,
Annullamento senza rinvio per prescrizione nei
confronti di Di Lella e conferma delle statuizioni
civili nei suoi confronti;

Udito, per la parte civile, l'Avv. *Cava netta*, che ha chiesto la *conferma della*
condanna per Di Lella e l'accoglimento del ricorso
 Uditi difensori Avv. *Arrobino* per Di Lella, che ha chiesto l'annullamento
 della sentenza, e l'Avv. *Giorruini* per gli altri imputati, che ha
 chiesto il rigetto del ricorso della parte civile - *Blaiotta*

Motivi della decisione

1. Il Tribunale di Asti ha affermato la responsabilità di Massimelli Ugo e Soave Biagio, amministratori della società Villa Cora, di Di Lella Michele direttore sanitario della comunità protetta La Vite gestita dalla Villa Cora, nonché di Lacqua Piercarlo, responsabile per la sicurezza dei degenti, in ordine al reato di omicidio colposo in danno di Clemente Grasso; e li ha altresì condannati al risarcimento del danno nei confronti della parte civile

Il Grasso era un degente della comunità affetto da schizofrenia di tipo paranoide, che veniva rinvenuto al suolo con gravi lesioni personali e ricoverato in un ospedale presso il quale decedeva a causa di affezione polmonare.

Secondo i giudici di merito le lesioni erano state determinate da caduta da una finestra dell'edificio, dovuta a proposito di defenestrazione o ad altra condotta incongrua comunque riconducibile alla grave affezione da cui era colpito.

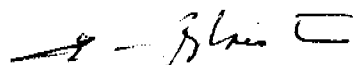
Agli imputati stati sono stati mossi diversi addebiti: l'omissione di adeguata vigilanza da parte del personale, di terapia farmacologica appropriata e di accorgimenti atti ad impedire l'accesso dei pazienti alle finestre dei locali cui erano ospitati; nonché il mancato trasferimento in un presidio sanitario in grado di apprestare una adeguata terapia.

La pronuncia è stata parzialmente riformata dalla Corte d'appello di Torino: è stata ribadita la responsabilità del dottor Di Lella, mentre gli altri imputati sono stati assolti perché il fatto non costituisce reato.

2. Ricorrono per cassazione l'imputato Di Lella e la parte civile Grasso Graziella.

Di Lella deduce due motivi.

2.1 Con il primo si espone mancanza ed illogicità della motivazione. Si considera che, contrariamente a quanto ritenuto dai giudici di merito, non sono state mai definitivamente acclamate le cause delle lesioni personali riportate dalla vittima. Nella pronuncia impugnata si assume che vi fu caduta al suolo per effetto di condotta suicidiaria o comunque riconducibile alla patologia da cui il Grasso era affetto, mentre non può per nulla escludersi che egli sia stato vittima di un infortunio. Ed anche se fosse dimostrato il proposito di defenestrarsi, non è noto se ciò accadde per effetto di una allucinazione o di una consapevole decisione. Il dubbio è alimentato dal fatto che diversi testimoni hanno descritto il



degente poco prima degli accadimenti in una condizione alquanto tranquilla. Lo stesso Grasso, d'altra parte non aveva mai manifestato l'intenzione di evadere dalla struttura o mostrato di essere preda di voci che lo stimolavano a comportamenti per qualche verso rischiosi.

La sentenza impugnata esclude altresì l'ipotesi difensiva di una caduta accidentale trascurando che essa riguarda la caduta dal balcone del refettorio che non è posta all'altezza del suolo ma ad oltre 2 metri di altezza e quindi tale da poter spiegare le lesioni riscontrate. Manca, quindi, la certezza in ordine al pilastro principale del castello accusatorio, essendo fallita la prova di quale fosse l'evento che il ricorrente aveva l'obbligo giuridico di evitare.

In ogni caso, anche a voler accedere all'ipotesi accusatoria quanto alla dinamica dei fatti, è comunque da escludere che siano configurabili condotte colpose. Non può certamente pretendersi che l'obbligo di adottare cautele nei confronti di determinati pazienti possa costringerli ad una vita forzata, fatta unicamente di costrizioni e di impedimenti: una soluzione di tale genere, estrema, sarebbe con lo spirito della buona clinica psichiatrica.

Inoltre, anche in sede penalistica è lecito far riferimento ai dettami di cui all'articolo 2236 cod. civ.; quantomeno come regola di esperienza cui attenersi nel valutare l'addebito di imperizia, come ritenuto dalla giurisprudenza di legittimità.

In ogni caso, tutte le regole dell'arte medica risultano rispettate senza eccezione. Si è trascurato che pazienti come il Grasso non sono pienamente prevedibili e non possono essere sottoposti a forme di restrizione personale. A tale riguardo il gravame analizza i più significativi episodi indicativi di allarme riscontrati nel corso dell'esistenza del malato, escludendo che essi abbiano il significato drammatico ritenuto dei giudici di merito.

Quanto al crescendo sintomatico degli ultimi mesi di vita, il ricorrente espone che poco prima dei fatti il Grasso riprese ad alimentarsi ed ad assumere la terapia neurolettica, mangiò un gelato portato dalla sorella e cenò con i cibi preparati dalla cucina della comunità. Ciò significa che la terapia fu pienamente efficace e che produsse effetti in un periodo di tempo breve, inferiore ad una settimana. Al contrario, il cambiamento della terapia avrebbe prodotto i primi effetti in epoca certamente posteriore all'epoca degli accadimenti. In tale situazione si assume che il riferimento contenuto in sentenza alle manifestazioni sintomatiche connesse al delirio di veneficio non consentono comunque di motivare un giudizio di prevedibilità dell'evento. Dunque, conclusivamente, non vi è la prova di eventi predittivi di qualche sviluppo pericoloso della storia clinica del degente.

Pure censurabile viene ritenuta la parte della sentenza in cui si ipotizza la necessità di un trattamento sanitario obbligatorio. In realtà tale possibilità era

5 - *Grasso*

preclusa in quanto il paziente aveva accettato le misure terapeutiche decise dal medico.

L'aspetto più altamente censurabile della pronunzia di merito viene tuttavia ritenuto quello afferente al nesso di causalità ed in specie in ordine al comportamento alternativo lecito che, se realizzato, avrebbe impedito l'evento. Si rammenta che la regola di giudizio è quella dell'elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica di cui parla la giurisprudenza di legittimità; e si aggiunge che nel caso di specie non è stato chiarito quale differente e risolutiva terapia avrebbe dovuto essere adottata. Si ipotizza una differente terapia neurolettica, ma non si precisa quale, essendosi il perito limitato alla generica enunciazione dell'opportunità di una terapia di tal genere o antidepressiva.

Quanto all'ipotizzata necessità di trasferimento del degente in altra struttura, nessuno ha mai chiarito dove ed in qual modo ciò dovesse accadere. In ogni caso, il trasferimento in un ospedale non avrebbe impedito l'attuazione del suicidio, giacchè neppure in tale istituzione sono presenti inferriate alle finestre o sistemi di costrizione dei pazienti. La condizione degli schizofrenici costituisce problema assai complesso, comportando la presenza di sintomi e manifestazioni imprevedibili, delle quali dunque occorre farsi carico accettandone il rischio, pena la fisica e perenne immobilizzazione del paziente. Al riguardo si segnala che da più parti nel corso del processo è emerso che in tale patologia compaiono impulsi, gesti improvvisi ed apparentemente immotivati che il paziente compie spesso senza dare alcuna spiegazione.

2.2 Con il secondo motivo si deduce violazione degli artt. 40 e 41 cod. pen. Anche a voler ritenere che nella condotta del sanitario siano ravvisabili profili di colpa ciò dovrebbe comportare esclusivamente l'addebito delle lesioni riscontrate nell'immediato, e non dell'evento letale determinatosi successivamente. Infatti la morte fu dovuta ad una polmonite generata da batterio resistente alla penicillina, affezione contratta in ospedale. Si riscontra dunque un fattore sopravvenuto autonomamente idoneo a provocare l'evento morte e tale da interrompere il nesso causale tra condotta ed evento finale. Erra la Corte di merito quando attribuisce tale sopravvenuta patologia alla preesistente condizione morbosa. In realtà l'affezione fu determinata dall'aspirazione del microrganismo, non connessa alle lesioni subite. In ordine al reato di lesioni dovrà essere pronunziata sentenza di improcedibilità per mancanza di querela.

3. La parte civile Grasso Graziella censura le pronunzie assolutorie. Si reputa applicabile all'ambito considerato la giurisprudenza in tema di sicurezza del lavoro. Si rimarca che gli imputati assolti rivestivano posizione di garanzia a

titolo di colpa in vigilando, che ha comportato carenza di informazione e quindi la disgrazia. La sfera della responsabilità dunque si estende a costoro e non si limita all'ambito strettamente medico. Del resto, la pronunzia impugnata non manca di affermare l'esistenza di un reciproco obbligo di informazione tra i garanti; e rimarca altresì le deficienze dell'organizzazione del servizio. La pronunzia assolutoria è quindi ingiustificata.

4. Il fatto risale al gennaio 2003, sicché è ampiamente decorso il termine prescrizione. Va pertanto emessa sentenza di annullamento senza rinvio quanto ai profili penali della vicenda; non essendovi le condizioni per emettere pronunzia liberatoria nel merito, alla luce di quanto sarà esposto in prosieguo.

5. Il gravame di Di Lella è invece infondato quanto alle statuizioni civili.

La sentenza d'appello espone diffusamente la condizione patologica del Grasso affetto da schizofrenia di tipo paranoide con lieve deterioramento cognitivo e fasi alternate di abulia ed acuzie. Si rimarca la totale incapacità di provvedere a se stesso nonché di stabilire un positivo rapporto con la realtà; l'impovertimento e la debilitazione a causa dei molti anni trascorsi prima in ospedale e case di cura e poi in una comunità protetta, in condizioni di vita caratterizzate da assoluta ed ostinata chiusura in se stesso e dalla totale assenza di comunicazione.

La storia clinica è caratterizzata da una lunga serie di manifestazioni di malessere e disagio seguite da reiterati ricoveri e dalle cure conseguenti grazie alle quali il malato aveva beneficiato di una solo provvisoria regressione dei sintomi più clamorosi. La storia viene esposta in dettaglio e conclusivamente si dà conto dell'inserimento presso la comunità La Vite ove erano stati registrati stati di eccitazione psicomotoria con tentativi di atti autolesivi ed allucinazioni. Dal luglio 2002 il paziente iniziava a rifiutare, anche se in modo irregolare, l'alimentazione o si alimentava scarsamente. Il rifiuto stesso trovava precipua spiegazione nel timore di essere avvelenato. Dal 5 ottobre il Grasso riprendeva a rifiutare di alimentarsi in modo stabile, in assenza di motivazione verbale; e ricusava a tratti di assumere la terapia costituita da neurolettici in dosi e con modalità da tempo non modificate. Da ultimo veniva sottoposto a terapie infusiva. Il giorno 10 novembre il Grasso veniva visitato dalla sorella, quindi si distaccava dalla terapia infusione, girava per la comunità seminudo, infine cadeva al suolo da una finestra riportando importanti lesioni. Seguiva ricovero ospedaliero e, in data 8 gennaio 2003, la morte per infezione broncopolmonare di origine ospedaliera.

La pronunzia espone che non vi è assoluta certezza sulla modalità della caduta al suolo. La posizione del corpo trovata giacente a terra quasi in

corrispondenza della verticale della finestra della sua stanza avvalorata l'ipotesi della caduta dopo essersi sporto da quell'imposta. Deve essere invece assolutamente esclusa l'ipotesi, prospettata dalla difesa, della caduta mentre camminava fuori dal perimetro della struttura della comunità, giacché le gravi lesioni riscontrate riconducono l'evento alla precipitazione da una rilevante altezza.

La Corte d'appello, condividendo la valutazione espressa nella sentenza di primo grado, attribuisce la precipitazione ad un gesto autolesivo che fece seguito a precedenti tentativi di suicidio ed era conseguenza della voce interna che dettava ordini nel contesto della indicata patologia, che si associava a delirio di veneficio. La pronuncia tuttavia non esclude che l'evento sia stato determinato da un tentativo di evasione dalla struttura all'interno della quale il degente temeva di essere avvelenato, trattandosi di persona che da ultimo appariva particolarmente confusa, afflitta da allucinazioni auditive di contenuto imperativo. In ambedue le ipotesi la malattia di mente ha rivestito una determinante incidenza causale.

La Corte d'appello ritiene che nella situazione data il Grasso avesse bisogno di una attenta vigilanza e di cure adeguate. Vengono quindi esaminati in dettaglio i profili di colpa contestati. Si considera che si era in presenza di un tangibile peggioramento dell'evoluzione e che ciò lasciava intendere che il degente era in grado di compiere azioni sconsiderate ed impulsive dettate dalle idee deliranti che evidentemente coltivava essendo agitato da costruzioni fantastiche di natura persecutoria inattuabili dalla critica: idee che lo avevano condotto immotivatamente al rifiuto saltuario di alimentarsi e di sottoporsi alle terapie.

In tale situazione, sarebbe stata in primo luogo necessaria l'adozione di cautele per limitare l'apertura delle imposte onde ostacolare gesti sconsiderati. Pur dovendosi convenire che si tratta di evitare che i malati di mente siano separati dal corpo sociale, si argomenta che ciò non esclude la necessità di adottare precauzioni materiali per prevenire la possibilità che i pazienti compiano gesti autolesivi. Per attuare accorgimenti ^{di} tal genere sarebbe stato sufficiente installare serramenti appropriati o catenelle di protezione. In tale ottica anche la porta che dal refettorio ~~che~~ dava sul balcone avrebbe dovuto essere chiusa ermeticamente mentre, per un'omissione inspiegabile, essa, il giorno degli accadimenti, era aperta. Tuttavia, si ritiene di escludere a tale riguardo, la colpa del responsabile per la sicurezza, trattandosi non di un medico ma di un tecnico, che non era stato informato della condizione del paziente dall'unico soggetto qualificato a comprenderla, il direttore sanitario di Lella. Il difetto di comunicazione non può essere imputato al detto responsabile per la sicurezza, posto che il rischio generale era puramente astratto, remoto ed eventuale.

6 - *Aluis*

L'addebito colposo deve essere invece rivolto sotto tale riguardo al di Lella a causa della omessa segnalazione a tutti i soggetti dotati di ruoli di responsabilità nella gestione della struttura, pur in presenza della inquietante regressione in atto nelle condizioni del paziente.

Quanto all'ulteriore profilo di colpa afferente alla presenza di un solo operatore nella domenica pomeriggio in cui accaddero i fatti, si osserva che sempre al sanitario, in virtù delle sue competenze tecniche, spettava di segnalare ai suoi interlocutori istituzionali le esigenze di ordine organizzativo connesse alla necessità di rafforzare la presenza del personale, al fine di vigilare sulle condizioni del paziente ed impedirgli se del caso azioni pregiudizievoli. Tale situazione conduce ad esonerare da responsabilità di altri imputati.

Altro profilo di colpa è afferente al mancato trasferimento del paziente in una struttura sanitaria in grado di assisterlo e curarlo appropriatamente; e comunque all'omesso adeguamento della terapia. Al riguardo si confuta la tesi difensiva secondo cui il trattamento cui il Grasso era sottoposto fosse appropriato. In realtà la patologia, il processo di invecchiamento, la condizione di totale isolamento sociale erano predisponenti verso il risveglio di sintomi e di idee deliranti solo temporaneamente rimosse. D'altra parte, l'atteggiamento di rifiuto verso il cibo e la terapia erano da soli sufficienti a far comprendere la necessità di diversa e più appropriata terapia cui il direttore sanitario non era adeguato. Nella situazione data sarebbe stata addirittura possibile richiedere un trattamento sanitario obbligatorio.

D'altra parte il deterioramento della condizione del paziente era noto al sanitario, come emerge dal verbale della riunione del giorno 8 novembre, in cui il personale segnalava il rifiuto di alimentazione e l'imputato Di Lella comunicava il proposito di predisporre l'assunzione di un antidepressivo e la possibilità di dar corso a ricovero. Dunque, pur in presenza della consapevolezza della patologia e dei rimedi adeguati, il sanitario rimase inoperoso giacché non prescrisse un nuovo farmaco né avviò la pratica per il ricovero in più qualificata struttura sanitaria.

Si conclude che gli indicati profili di colpa non sono da valutare isolatamente ma nel loro complesso: essi interagendo sinergicamente hanno avuto un ruolo eziologico decisivo. Si assume che, con elevato grado di probabilità logica, valutata alla stregua delle circostanze del caso concreto in aderenza all'insegnamento delle sezioni unite, condotte appropriate avrebbero scongiurato il gesto in esame.

Così esaurita la valutazione del determinante ruolo svolto dal direttore sanitario, si perviene all'esclusione della responsabilità colposa degli altri imputati che non erano stati messi in condizione di apprezzare la situazione pericolosa in atto.

7 - *Blanc*

Infine, la pronunzia perviene a dimostrare il nesso di causalità tra le lesioni patite e l'evento letale. Si considera a tale riguardo che, a causa delle fratture, il paziente era totalmente immobilizzato nel letto, immunodepresso e debilitato dalla scarsa alimentazione, sicché l'insorta affezione batterica polmonare non costituisce un accadimento autonomo, eccezionale, atipico ma rappresenta invece lo sviluppo assolutamente prevedibile delle lesioni.

5.1 Tale apprezzamento è immune da censure. La sentenza reca una ampia e persuasiva ricostruzione dei profili fattuali della vicenda, che non possono essere posti in discussioni nella presente sede di legittimità. Non vi è spazio, dunque, per considerare ipotesi alternative quanto alle circostanze della caduta o alle cause materiali dell'accadimento. Una tale valutazione, infatti, implicherebbe la riconsiderazione del merito, non consentita nella presente sede di legittimità. Dunque, non può dubitarsi che la vittima sia caduta dalla finestra dell'istituzione in cui era ricoverata, verosimilmente a causa di proposito suicidiario o, comunque, per effetto di uno stato di grave alterazione psichica dovuto alla patologia da cui era colpito.

Per le medesime ragioni, non possono essere neppure posti in discussione gli elementi di giudizio afferenti alla gravità della patologia ed alla sua recrudescenza, come dimostrato dal delirio di veneficio e dal rifiuto ricorrente di terapia ed alimentazione. L'aggravarsi della situazione è del resto indubitabilmente documentato dal fatto che se ne discusse nel corso della riunione dello staff, cui si è sopra fatto cenno.

Alla luce di tali fatti, occorre valutare il giudizio espresso dalla Corte d'appello in ordine all'esistenza di condotte colpose eziologicamente rilevanti ai fini della spiegazione dell'evento.

Come si è visto la difesa, nel suo nucleo, è incentrata sull'imprevedibilità delle condotte di pazienti affetti da patologie del genere di quella da cui era colpito il Grasso; e sull'impossibilità, d'altra parte, di segregare ed immobilizzare permanentemente tali pazienti, al fine di stornare il pericolo di gesti inconsulti. La considerazione è ricorrente nei procedimenti come quello in esame e pone in luce una questione importante che merita di essere chiarita a fondo.

La questione di cui ci si occupa qui è espressione di un tema più generale: non sempre il rischio inerente ad una data attività può essere eliminato del tutto per effetto di condotte appropriate. Si parla, allora, di rischio consentito.

Esistono, in effetti, differenti categorie di rischio. Rischi totalmente illeciti, come per esempio accendere il fuoco accanto ad un deposito di esplosivi. Poi, rischi totalmente leciti, come per esempio viaggiare in aereo, fare una passeggiata nel bosco, gestire una società autostradale anche nel periodo estivo che vede traffico ed incidenti crescere. Si tratta di attività di cui l'ordinamento

8 - Bluc

penale, per definizione, non si interessa in un dato momento storico, perché si reputa che i rischi connessi siano accettabili e non abbiano bisogno di governo.

Esiste poi un'ampia categoria più sfumata, più difficile: il rischio è consentito entro determinati limiti. Si tratta di attività che comportano una misura di pericolosità in tutto o in parte ineliminabile e che, tuttavia, si accetta che vengano esercitate perché, per esempio, afferenti ad importanti ambiti produttivi, scientifici, medici. Il rischio non può essere evitato ma deve essere governato, mantenuto entro determinati limiti.

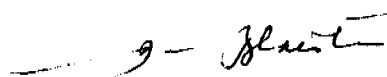
Talvolta è difficile stabilire qual sia il punto di equilibrio, la linea di confine che segna il passaggio dal lecito all'illecito. Qualche volta vi provvede direttamente il legislatore; vi provvede ogni tanto l'autorità amministrativa, indicando le modalità dell'attività; ma, nella maggior parte dei casi, questi vincoli di carattere normativo non si riscontrano ed, anche quando si rinvengono, spesso non sono esaustivi. Infatti le normative prevenzionistiche sono spesso datate o per qualche ragione inadeguate e quindi l'operatore è costretto a dover pur sempre acquisire gli strumenti di conoscenza o operativi necessari per governare, cautelare al meglio il rischio di cui è gestore.

Questa multiforme incertezza che caratterizza gran parte della moderne attività cui si interessa il diritto penale, conduce ad un risultato assai impegnativo: l'arbitro che stabilisce il punto di confine tra il lecito e l'illecito finisce per essere proprio il giudice, con l'aiuto, nella maggior parte dei casi, degli esperti. Ciò lascia ben intendere che l'apprezzamento in ordine al superamento dell'ideale linea di confine tra lecito ed illecito va compiuto con prudente discernimento.

Le considerazioni sopra esposte si attagliano all'ambito in esame. In effetti la psichiatria mostra patologie che non di rado sono difficilmente controllabili completamente. Tale situazione è in gran parte connessa all'abbandono di deprecate pratiche di isolamento e segregazione. In breve, si cura e si protegge il paziente con terapie rispettose della sua dignità che, tuttavia, non possono eliminare del tutto il rischio di condotte inconsulte. Il rischio è insuperabile ma è accettato dalla scienza medica e dalla società: esso è dunque "consentito". Di tale situazione sembra essere ben consapevole la Corte d'appello quando da un lato esclude la possibilità di isolare dal corpo sociale i malati di mente e dall'altro, però, rimarca la necessità di adottare le cautele possibili per evitare gesti autolesivi o comunque violenti.

Occorre dunque comprendere a quali condizioni il rischio può e deve essere accettato, anche a protezione del sanitario cui è demandato il difficile compito di governare quel rischio.

E' evidente che le linee guida, i protocolli sono, in talune situazioni, in grado di offrire delle indicazioni e dei punti di riferimento. Tuttavia, anche in



questa materia, vi sono dei rilevanti problemi, perché occorre comprendere qual è la logica nella quale si è formata una prassi di comportamento, perché spesso le linee guida sono frutto di scelte totalmente economicistiche, sono ciniche o pigre; e dunque non è detto che una linea guida sia un punto di approdo definitivo. Alcune volte le linee guida sono obsolete o inefficaci e, dunque, anche sulle linee guida occorre posare uno sguardo speciale, occorre attenzione e cautela; le linee guida non sono - da sole - la soluzione dei problemi. Del resto in dottrina, a proposito delle prassi applicative, si è condivisibilmente manifestato il timore che esse possano fornire indebiti cappelli protettivi a comportamenti sciatti, disattenti: un comportamento non è lecito perché è consentito, ma è consentito perché diligente. Dunque il nucleo del problema che siamo chiamati ad affrontare nel presente come in altri processi del genere è infine quello della valutazione della diligenza, della violazione delle regole di prudenza che l'ordinamento impone; filtrata attraverso il raffronto con le prassi virtuose.

La Corte d'appello compie diffusamente tale valutazione attraverso l'implicito raffronto delle opinioni scientifiche filtrate nel processo. Viene infatti confutata la tesi difensiva secondo cui la terapia instaurata da lungo tempo era efficace; si rimarca, al contrario, che la condizione del paziente si era gravemente involuta; che la terapia e le cautele nei confronti di simili affezioni devono essere costantemente monitorate ed adeguate all'evoluzione delle patologie; che nel caso di specie andavano subito adottate terapie sedative volte a controllare la sintomatologia delirante; che andava programmato ed attuato il trasferimento in un'istituzione sanitaria in grado di gestire in modo adeguato un paziente bisognoso di un più approfondito e qualificato inquadramento terapeutico; che nel frattempo andava intensificata la vigilanza. Si conclude che, con elevata probabilità logica, l'attuazione congiunta di tutti gli accorgimenti ed interventi resisi necessari, avrebbe evitato l'evento. Si tratta di apprezzamento immune da censure e conforme ai principi sia in tema di causalità che di colpa.

Quanto alla causalità, la Corte fa buon governo delle indicazioni che provengono dalla nota giurisprudenza delle Sezioni unite (S.U. Franzese) pervenendo ad un giudizio sull'evitabilità dell'evento basato sulle più significative acquisizioni fattuali e scientifiche afferenti al caso concreto, ampiamente argomentato -come si è visto- nella prospettiva dell'attuazione congiunta di tutte le misure appropriate.

Pure immune da censure è l'apprezzamento sulla colpa. A tale riguardo la difesa ha fatto riferimento all'art. 2236 cod. civ. ed alla giurisprudenza di questa Corte che ne ha ritenuta l'applicabilità anche nel processo penale. Il tema del grado della colpa necessario per fondare la responsabilità del professionista

terapeuta è stato lungamente trattato nella giurisprudenza di questa Suprema Corte.

La più antica giurisprudenza di legittimità in tema di colpa nell'esercizio della professione medica si caratterizza per particolare larghezza: si afferma che la responsabilità penale può configurarsi solo nei casi di colpa grave e cioè di macroscopica violazione delle più elementari regole dell'arte. La motivazione di tale indirizzo è presto riassunta: la malattia può manifestarsi talvolta in modo non chiaro, con sintomi equivoci che possono determinare un errore di apprezzamento, e sovente non esistono criteri diagnostici e di cura sicuri. La colpa grave rilevante nell'ambito della professione medica "si riscontra nell'errore inescusabile, che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter adoperare correttamente o, infine, nella mancanza di prudenza o di diligenza, che non devono mai difettare in chi esercita la professione sanitaria. Pertanto dovendo la colpa del medico essere valutata dal giudice con larghezza di vedute e comprensione, sia perché la scienza medica non determina in ordine allo stesso male un unico criterio tassativo di cure, sia perché nell'arte medica l'errore di apprezzamento è sempre possibile, l'esclusione della colpa professionale trova un limite nella condotta del professionista, incompatibile col minimo di cultura e di esperienza che deve legittimamente pretendersi da chi sia abilitato all'esercizio della professione medica". Insomma, l'esclusione della colpa è la regola e l'imputazione colposa è l'eccezione che si configura solo nelle situazioni più plateali ed estreme.

Il supporto normativo di tale orientamento è stato solitamente individuato proprio nell'art. 2236 del codice civile, che viene inteso come volto a limitare la responsabilità ai soli casi di errore macroscopico. Tale impostazione ha accolto, sia pure in modo molto semplificato l'orientamento autorevolmente proposto in dottrina a proposito dell'intreccio, nell'ambito delle attività professionali, tra la colpa penale e la previsione di cui all'art. 2236 cod. civ. Il rilievo in ambito penale di tale norma è stato essenzialmente ricondotto ad un'esigenza di coerenza interna dell'ordinamento giuridico e così alla necessità di evitare che comportamenti che non concretizzano neppure un illecito civile assumano rilevanza nel più rigoroso ambito penale. Tale connessione tra le due normative, tuttavia, è stata sottoposta in dottrina ad importanti precisazioni, che vanno qui rammentate: le prestazioni richieste devono presentare speciali difficoltà tecniche, ed inoltre la limitazione dell'addebito ai soli casi di colpa grave riguarda l'ambito dell'imperizia e non, invece, quelli della prudenza e della diligenza. In tale visione si ritiene che la valutazione della colpa medica debba essere

compiuta con speciale cautela nei soli casi in cui si richiedano interventi particolarmente delicati e complessi e che coinvolgano l'aspetto più squisitamente scientifico dell'arte medica.

Occorre pure rammentare che la questione della compatibilità tra l'indirizzo 'benevolo' della giurisprudenza ed il principio d'uguaglianza è stata posta, nell'anno 1973, all'attenzione della Corte costituzionale che ha sostanzialmente recepito le linee della indicata dottrina, affermando che dagli artt. 589, 42 e 43 c.p. e dall'art. 2236 cod. civ. è ricavabile una particolare disciplina in tema di responsabilità degli esercenti professioni intellettuali, finalizzata a fronteggiare due opposte esigenze: non mortificare l'iniziativa del professionista col timore d'ingiuste rappresaglie in caso d'insuccesso e quella inversa di non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie del professionista stesso. Tale particolare regime, che implica esenzione o limitazione di responsabilità, però, si applica ai soli casi in cui la prestazione comporti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà e riguarda l'ambito della perizia e non quello della diligenza e della prudenza. Considerato che la deroga alla disciplina generale della responsabilità per colpa ha un'adeguata ragion d'essere ed è contenuta entro il circoscritto tema della perizia, la Corte ha ritenuto che non vi sia lesione del principio d'eguaglianza.

L'analisi della giurisprudenza mostra che l'orientamento indulgente ha finito col coprire anche casi di grave leggerezza, ed ha determinato una situazione di privilegio per la categoria, che è parsa a molti anche in contrasto col principio costituzionale d'uguaglianza. Si è pure condivisibilmente ritenuto che tanta comprensione verso comportamenti spesso gravemente censurabili fosse espressione della deteriore visione paternalistica della medicina.

Per questo la giurisprudenza è ad un certo punto radicalmente mutata. Fattasi strada una visione relazionale del rapporto tra sanitario e paziente, che pone in primo piano il paziente stesso quale soggetto che fa valere il diritto costituzionale alla salute, a partire dagli anni ottanta dello scorso secolo, si è affermata e consolidata una giurisprudenza radicalmente contrapposta, che esclude qualsiasi rilievo, nell'ambito penale, dell'art. 2236 del codice civile; ed impone di valutare la colpa professionale sempre e comunque sulla base delle regole generali in tema di colpa contenute nell'art. 43 c.p. Si osserva che la norma civile riguarda il risarcimento del danno, quando la prestazione professionale comporta la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, e non può essere applicata all'ambito penale né in via estensiva, data la completezza e l'omogeneità della disciplina penale della colpa, né in via analogica, vietata per il carattere eccezionale della disposizione rispetto ai principi in materia. La gravità della colpa potrà avere eventualmente rilievo solo ai fini della graduazione della pena. In alcune pronunzie viene anzi rimarcato che

nel sanitario prudenza, diligenza e perizia non solo non devono difettare ma devono essere particolarmente accentuate e vigili proprio per la particolare natura dei beni (la vita e la salute) affidati alla sua cura.

Tuttavia l'art. 2236, sebbene espunto dal novero delle norme applicabili nell'ordinamento penale, vi è rientrato per il criterio di razionalità del giudizio che esprime. Si è così affermato, condivisibilmente, che la norma civilistica può trovare considerazione anche in tema di colpa professionale del medico, quando il caso specifico sottoposto al suo esame imponga la soluzione di problemi di specifica difficoltà, non per effetto di diretta applicazione nel campo penale, ma come regola di esperienza cui il giudice possa attenersi nel valutare l'addebito di imperizia sia quando si versi in una situazione emergenziale, sia quando il caso implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (Cass. IV, 21 giugno 2007, n. 39592, Rv. 237875). Tale enunciazione merita di essere ribadita. Non vi è dubbio, infatti, che il rimprovero personale che fonda la colpa personalizzata, spostata cioè sul versante squisitamente soggettivo, richiede di ponderare le difficoltà con cui il professionista ha dovuto confrontarsi; di considerare che le condotte che si esaminano non sono accadute in un laboratorio sotto una campana di vetro e vanno quindi analizzate tenendo conto del contesto in cui si sono manifestate. Da questo punto di vista, effettivamente, il ridetto art. 2236 non è che la traduzione normativa di una regola logica ed esperienziale che sta nell'ordine stesso delle cose.

Questa rivisitazione della normativa civilistica è importante non solo perché recupera le ragioni profonde che stanno alla base del tradizionale criterio normativo di attenuazione dell'imputazione soggettiva, ma perché, in un breve passaggio, la sentenza pone in luce i contesti che per la loro difficoltà possono giustificare una valutazione 'benevola' del comportamento del sanitario: da un lato le contingenze in cui si sia in presenza di difficoltà o novità tecnico-scientifiche; e dall'altro (aspetto mai prima enucleato esplicitamente) le contingenze nelle quali il medico si trova ad operare in emergenza e quindi in quella situazione intossicata dall'impellenza che, solitamente, rende quasi sempre difficili anche le cose facili. Quest'ultima notazione, valorizzata come si deve, dunque, apre alla considerazione delle contingenze del caso concreto che, come si è sopra accennato, dischiudono le valutazioni sul profilo soggettivo della colpa, sulla concreta esigibilità della condotta astrattamente doverosa.

In breve, conclusivamente, la colpa del terapeuta ed in genere dell'esercente una professione di elevata qualificazione, va parametrata alla difficoltà tecnico-scientifica dell'intervento richiestogli; ed al contesto in cui esso si è svolto.

La Corte d'appello si è implicitamente, istintivamente, attenuta a tale ordine di idee. Infatti, si è considerato diffusamente, come si è fatto cenno, che

la condizione del paziente era macroscopicamente peggiorata, che la necessità di nuove iniziative terapeutiche ed assistenziali era nota allo stesso imputato, che ne diede conto nel corso del *briefing* più volte citato, ma si astenne dal porre in atto le iniziative adombrate in quell'occasione. Agevole la conclusione che si può trarre da tale stato delle cose. Il caso del paziente Grasso non era per nulla difficile e poteva essere fronteggiato con interventi conformi agli standard, sicché non vi sono ragioni per parametrare l'imputazione soggettiva al canone della colpa grave.

5.2. Infine quanto alla derivazione causale dell'evento letale dalla caduta di cui si discute, la pronunzia reca appropriata motivazione conforme ai più consolidati principi nella materia. Questa Corte ha in innumerevoli occasioni enunciato che il rischio terapeutico costituisce, normalmente, prosecuzione, sviluppo del rischio connesso alle condotte lesive. Nel caso di specie, tale sviluppo si mostra con chiarezza alla stregua della ben ponderata valutazione della Corte di merito: le gravi lesioni, l'immobilizzazione e l'immunodepressione che ne derivarono, innescarono e resero fatale la pneumopatia.

Il ricorso deve essere conseguentemente rigettato. Segue la condanna alla rifusione delle spese di parte civile, che appare congruo liquidare come in dispositivo.

6. Quanto al ricorso della parte civile è sufficiente considerare che non appare sostenibile la pedissequa trasposizione nell'ambito considerato dei principi afferenti al distinto contesto della sicurezza del lavoro. D'altra parte, in ogni caso, individuata una posizione di garanzia non ne consegue automaticamente l'affermazione di responsabilità colposa; dovendosi all'evidenza individuare condotte soggettivamente rimproverabile. Nel caso di specie la pronunzia di merito reca una ponderazione, di cui si è dato sopra conto, con la quale si argomenta persuasivamente che l'unico soggetto in grado di apprezzare la gravità della patologia da cui il Grasso era affetto era proprio il dottor Di Lella, che avrebbe dovuto informare i vari soggetti responsabili all'interno dell'azienda al fine di coinvolgerli nelle conseguenti determinazioni. La mancanza di tale informazione ha lasciato all'oscuro gli imputati sulla situazione di emergenza in atto; sicché correttamente è stata esclusa l'esistenza di condotte colpose.

Il ricorso deve essere conseguentemente rigettato. Segue per legge la condanna al pagamento delle spese processuali.

P Q M

14 - *Alvino*

Annula senza rinvio la sentenza impugnata agli effetti penali nei confronti di Di Lella Michele perché estinto il reato per prescrizione.

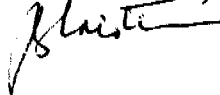
Rigetta il ricorso dello stesso di Lella agli effetti civili e lo condanna alla rifusione in favore delle costituite parti civili delle spese di questo giudizio che liquida in 2500 euro, oltre Iva, Cpa e spese generali come per legge.

Rigetta il ricorso di Grasso Graziella che condanna al pagamento delle spese processuali.

Roma 22 novembre 2011

IL CONSIGLIERE ESTENSORE

(Rocco Marco BLAIOTTA)



IL PRESIDENTE

(Francesco MARZANO)

