

**Cassazione Penale Sez. 4 Sentenza Num. 20125 Anno 2016**  
**Presidente: Vincenzo Romis**  
**Relatore: Francesco Ciampi**  
**Data Pubblicazione: 16.5.16**  
**Omissis**

## **SVOLGIMENTO DEL PROCESSO**

1. Con l'impugnata sentenza, resa in data 20 novembre 2014 la Corte d'Appello di Cagliari ha confermato la sentenza emessa dal GUP presso il Tribunale di Cagliari, in data 23 luglio 2012, appellata dall'imputato S.G.G. e dal responsabile civile.

Il S. era stato tratto a giudizio e condannato alla pena ritenuta di giustizia (ed al risarcimento del danno in favore delle costituite parti civili) per rispondere del reato di cui agli artt. 113 e 589 c.p., per aver cagionato per colpa la morte di C. W.A.. Colpa consistita in imperizia perché, quale dirigente medico in servizio il (OMISSIS) ed il (OMISSIS), dovendo conoscere la TAC effettuata all'ingresso ((OMISSIS)) che evidenziava un quadro occlusivo determinato da un "ispessimento di natura neoplastica delle pareti del tratto sigma-retto e la RX addome della medesima data, che mostrava colon con grossolani livelli idroaerei, in corrispondenza del traverso e della fessura sx ed ingombro da feci nell'ascensore e discendente come per occlusione del sigma, visitando la paziente il (OMISSIS) e rilevando che la stessa presentava un quadro conclamato di occlusione intestinale (addome disteso, peristalsi scarsa, rumori di timbro metallico e di filtrazione, assenza di feci in ampolla rettale, nausea persistente) che imponeva un intervento chirurgico non più procrastinabile, omettendo di valutare correttamente il suddetto quadro clinico, non effettuava l'intervento chirurgico necessario; imperizia perché il S. (e gli altri sanitari coimputati) nonostante al momento della richiesta della colonscopia non vi fossero elementi che controindicassero nè "la sua esecuzione nè la sua preparazione prevista per il giorno (OMISSIS), quando la modificazione clinica si modificò e ciò avvenne già il giorno (OMISSIS) con la presenza di nausea e vomito, non mutarono la loro decisione in merito alla preparazione cd. "dall'alto" (mentre sarebbe stata più opportuna una preparazione dal basso o che l'esame venisse eseguito in tempi più rapidi) facendo somministrare alla paziente elevate quantità d'acqua e di lassativi osmotici che, non venendo eliminate se non in minimissima parte, aumentavano il contenuto intestinale a monte dell'ostruzione con un peggioramento del quadro clinico;

imperizia perchè i medesimi sanitari, dopo l'esame TAC del (OMISSIS), monitoravano la paziente solo attraverso gli esami clinici ed ematochimici, omettendo di sottoporre la stessa ad indagini strumentali necessarie per una corretta valutazione del quadro occlusivo intestinale. Conseguentemente, la paziente, sottoposta a nuovi esami RX e TAC solo il (OMISSIS), che segnalavano un notevole peggioramento del noto quadro occlusivo, effettuata la colonscopia nella medesima data, nonostante fosse stata richiesta il (OMISSIS), senza che peraltro venisse evidenziata l'urgenza dell'esame da parte dei sanitari, venne portata in sala operatoria solo il giorno (OMISSIS) con un quadro di tossinfezione sistemica e con una occlusione che dal colon si era estesa sino a coinvolgere il tenue e lo stomaco (TAC addome del (OMISSIS) ore 16,56), con un contenuto gastrico molto elevato e di natura fecaloide. Ciò provocava, nella fase di induzione dell'anestesia, l'inalazione ab ingestis di liquido e materiale fecaloide contenuto nello stomaco, causando un di stress respiratorio, complicato da un quadro settico ed una

compromissione pluriorgano, che portavano la paziente a morte dopo nove giorni di ricovero nel reparto rianimazione.

2. Avverso tale decisione ricorre a mezzo dei difensori di fiducia il S. lamentando con un unico articolato motivo violazione di legge e manifesta illogicità di motivazione quanto alla ritenuta sussistenza della condotta causalmente rilevante nell'ambito delle pluralità delle condotte mediche interessate all'evento e del nesso causale.

### MOTIVI DELLA DECISIONE

3. In fatto emerge dalle decisioni dei giudici di merito che la mattina del (OMISSIS) intorno alle ore 8,30 C.W. A. di 48 anni era stata accompagnata dal marito al pronto soccorso dell'Ospedale di (OMISSIS), in quanto lamentava dolori addominali. I sanitari del pronto Soccorso avevano fatto eseguire la RX addome e torace che rilevava una situazione regolare quanto al torace e, invece, problematica quanto all'addome che si presentava "trattabile, meteorico, dolorabile alla palpazione SPT in fossa iliaca sinistra; l'esplorazione rettale attestava ampolla vuota".

I sanitari del pronto soccorso avevano formulato **diagnosi di occlusione intestinale**, immagine dubbia al RX in sede parailare destra, inviando la donna per accertamenti alla struttura complessa di Chirurgia generale Centro trapianti di fegato e pancreas dello stesso ospedale, struttura diretta dal coimputato dott. Z. F., non ricorrente in questa sede.

Nel reparto la C. era stata visitata dal dottor Ca. - la cui posizione è stata definita in separato procedimento - che aveva curato il ricovero a seguito del quale venivano eseguiti alcuni esami tra cui una TAC che evidenziava "ispessimento di natura neoplastica".

Il dottor Ca. aveva quindi espresso una indicazione terapeutica per il trattamento chirurgico, poi confermata e condivisa da tutti i medici che si erano succeduti nelle guardie e dallo stesso primario, dottor Z., intervento che era stato poi effettivamente eseguito solo il successivo (OMISSIS) in condizioni ormai di grave emergenza.

4. Osserva preliminarmente la Corte che, nel caso di specie, il tema oggetto di indagine non è quello della **colpa medica nell'attività di equipe**, **in cui 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** (Cass., sez. 4<sup>a</sup>, 11 ottobre 2007, n. 41317, C.E.D. Cass., n. 237891). Ed è proprio con riferimento sostanzialmente a tale ipotesi che è stato affermato il principio richiamato nella gravata sentenza secondo cui **ogni sanitario, oltre che il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connesse alle specifiche mansioni**

svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune unico. In virtù di tali obblighi il sanitario non potrà esimersi dal valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza ponendo se del caso rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, e come tali rimediabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio. Nel caso di specie deve, invece, più propriamente affrontarsi, in primo luogo, il tema della cooperazione colposa tra le condotte dei sanitari, contestata e poi ritenuta in sentenza, posto che il ricorrente ha mosso censure a tale profilo della pronuncia.

5. Il problema della configurabilità del concorso di persone nel reato colposo è stato risolto dal legislatore del codice penale vigente con l'introduzione della **cosiddetta cooperazione colposa**, disciplinata dall'art. 113 c.p., che peraltro non prevede un differente trattamento sanzionatorio, rispetto a quello delle condotte indipendenti, ma si limita a prevedere alcune aggravanti tipiche del concorso di persone nel reato. **Va in proposito ricordato che, per aversi concorso di persone nel reato colposo, è sufficiente la consapevolezza della partecipazione di altri soggetti, indipendentemente dalla specifica conoscenza sia delle persone che operano sia delle specifiche condotte da ciascuna poste in essere, essendo la cooperazione ipotizzabile anche in tutte quelle ipotesi nelle quali il soggetto interviene essendo a conoscenza che la trattazione del caso non è a lui soltanto riservata, perché anche altri operanti nella medesima struttura ne sono investiti.** Ed è, esattamente, quanto avvenuto nel caso di specie, trattandosi di più sanitari che hanno, in successione, visitato la C. in quanto ricoverata presso la struttura ospedaliera, con corretta sussunzione da parte dei giudici di merito del caso concreto nell'ipotesi della cooperazione colposa, configurabile, come detto, quando l'agente è consapevole del fatto che della salute di quel paziente altri medici si occuperanno o si sono occupati (Sez. 4, n.1428 del 02/11/2011, dep.2012, Gallina, Rv. 252940; Sez. 4, n. 6215 del 10/12/2009, dep. 2010, Pappadà, Rv. 246420).

Viene quindi in rilievo il cd. **principio di affidamento**, richiamato espressamente dal ricorrente.

6. Sul punto questa Corte ha avuto modo di affermare che comunque lo stesso non è invocabile allorché l'altra condotta colposa abbia la sua origine nell'omesso rispetto di norme cautelari, specifiche o comuni, da parte di chi invoca tale principio. **Quando il soggetto su cui grava l'obbligo di garanzia abbia posto in essere una condotta colposa, con efficienza causale nella determinazione dell'evento, unitamente alla condotta colposa di chi sia intervenuto successivamente, persiste la responsabilità del primo soggetto, a meno che possa affermarsi l'efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che tuttavia deve avere avuto caratteristiche di eccezionalità tali da far venir meno la situazione di pericolo**

originariamente provocata o tali da modificare la pregressa situazione, a tal punto da escludere la riconducibilità al precedente garante della scelta operata. In altri termini, per escludere la continuità delle posizioni di garanzia, è necessario che il garante sopravvenuto abbia posto nel nulla le situazioni di pericolo create dal predecessore, o eliminandole o modificandole in modo tale da non poter essere più attribuite al precedente garante (Sez. 4, n. 46824 del 26/10/2011, Castellano, Rv. 252140; Sez. 4, n. 27959 del 5/06/2008, Stefanacci, Rv.240519). Nella specie i giudici di merito hanno analiticamente descritto le condotte dei singoli medici che si sono succeduti nella cura della paziente escludendo con congrua motivazione la sussistenza di tale ipotesi.

7. Le censure sono invece fondate con riferimento agli espressi profili di colpa riconosciuti in capo al ricorrente ed ampiamente descritti nel capo di imputazione come riportato in narrativa. Sul punto la Corte territoriale pur procedendo ad una puntigliosa (e sostanzialmente non contestata) ricostruzione degli eventi e ad un'altrettanto analitica esposizione delle censure mosse in sede di appello dal S., non appare aver fornito alle stesse una adeguata risposta. Un primo deficit motivazionale della gravata sentenza si pone peraltro a monte di queste stesse censure, non avendo in alcun modo chiarito i giudici di merito ruoli e responsabilità dei singoli sanitari intervenuti. Quel che emerge è infatti il solo ruolo apicale del dott. Z., mentre nulla si dice - a parte la descrizione dei singoli intereventi compiuti sugli altri sanitari - nè sull'organizzazione della struttura, nè sui rapporti tra i vari imputati. Si evince solo che vi era una suddivisione in turni di guardia all'evidente fine di garantire la costante presenza di almeno un medico, mentre vi è un fugace e "preoccupante" accenno (pag. 60 dell'impugnata sentenza) a "contrastanti insorti tra il primario ed altri colleghi" e a "grossi problemi di comunicazione" fra i sanitari.

Partendo da tale premessa va evidenziato come emerge altresì che il primo (e sostanzialmente unico) contatto fra la paziente e l'odierno ricorrente avveniva il (OMISSIS), allorchè il S. espletava appunto servizio di guardia per il reparto. Questi, visitata per la prima volta la paziente, segnalava il peggioramento in atto, posizionava un sondino naso gastrico e richiedeva ulteriori esami, comportamenti cui in sè nulla è addebitabile come riconosciuto sostanzialmente dagli stessi giudici di merito. Nel capo di imputazione si fa riferimento, invero, anche ad un successivo contatto in data (OMISSIS), data in cui il S. aveva svolto un turno di guardia presso il reparto con orario 14,00-20,00. Sul punto la sentenza impugnata, riconoscendo, sulla base di uno specifico punto del gravame, che il S., pur presente in ospedale, era stato impegnato in altre incombenze (interventi in sala operatoria), addebita all'imputato di non essersi curato di verificare le condizioni della C., senza precisare la fonte di tale obbligo, considerato, da un lato le già rilevate carenze motivazionali in ordine all'organizzazione interna della struttura del reparto, dall'altro che è pacifico che in quel giorno la paziente era stata visitata dalla dott.ssa Contini che aveva riferito di un miglioramento della sintomatologia.

In definitiva emerge comunque che il ruolo del S. nella vicenda, che ha visti coinvolti numerosi sanitari, è stato comunque marginale, donde la necessità di approfondire sia i profili di colpa addebitati all'odierno ricorrente, sia che gli stessi fossero causalmente rilevanti rispetto all'evento morte verificatosi.

Sostiene questi in primo luogo che la Corte territoriale avrebbe errato nel ritenere da un lato non corretta la decisione del S. di posizionare il sondino naso gastrico, dall'altro che fosse stato comunque lo stesso sanitario a disporre la rimozione. In particolare su tale ultimo aspetto la Corte distrettuale nulla osserva, pur avendo riferito delle specifiche doglianze del ricorrente sul punto che aveva evidenziato come al momento della rimozione

del sondino fosse in realtà di guardia altro sanitario. Parimenti errata - sostiene ancora il ricorrente - sarebbe poi l'affermazione della sentenza impugnata in ordine alla ritenuta negligenza del S. per non aver preso in considerazione i prevedibili effetti di una preparazione della colonscopia fatta dall'alto e non dal basso.

Sul punto già in sede di appello la difesa del S. aveva evidenziato, da un lato, come dopo la visita del (OMISSIS) (e gli effetti positivi del posizionamento del sondino) le condizioni della C. avessero avuto un miglioramento (circostanze che rendevano altresì inconsistente l'addebito di mancata sollecitazione dell'intervento chirurgico), dall'altro come dalla cartella clinica non risultassero comunque le previste modalità di preparazione, senza che la sentenza impugnata abbia risposto a tale osservazione, se non con l'affermazione che il S. avrebbe dovuto e potuto conoscere che quella era stata la scelta infelice adottata dal collega (pag. 62 della sentenza).

Ancora del tutto carente la motivazione della gravata sentenza in ordine al ritenuto nesso causale: la Corte d'Appello, infatti, si limita ad affermare che tutte queste negligenze, in parte comuni ad altri sanitari, hanno contribuito al decesso della paziente, senza quindi prendere in considerazione specificamente la posizione del S. e facendo riferimento ad una sorta di "colpa di organizzazione" (la gestione del caso è stata compiuta in modo disordinato, senza alcuna supervisione e l'uno all'insaputa degli altri).

8. E' carente, infine, l'esplicazione del cd. giudizio controfattuale e la individuazione del momento dal quale doveva essere calcolato il tempo utile ad un eventuale intervento salvifico, nonché delle ragioni per le quali la sentenza impugnata ha ritenuto che questo avrebbe avuto valenza impeditiva rispetto all'evento luttuoso.

9. In considerazione dei sopra evidenziati deficit motivazionali la sentenza impugnata va annullata con rinvio per nuovo esame sul punto ad altra sezione della Corte d'Appello di Cagliari.

**P.Q.M.**

Annulla la sentenza impugnata e rinvia per nuovo esame sul punto ad altra sezione della Corte d'Appello di Cagliari.