

## CASSAZIONE PENALE

SEZ. IV<sup>A</sup> N. 36987/2003

### LA CORTE OSSERVA

I) Il 21 ottobre 1995 alle ore 17,15 si verificava in (omissis) un incidente stradale. (omissis), mentre si trovava alla guida di un ciclomotore, veniva urtato dall'autovettura condotta da (omissis) e, cadendo, subiva lesioni. Visitato da un medico del luogo veniva inviato in autoambulanza presso l'ospedale di (omissis) dove giungeva verso le ore 18 del medesimo giorno. Venivano svolti accertamenti e praticate varie terapie anche nei giorni successivi fino a che, il 25 ottobre, alle ore 17,32, si constatava il decesso del paziente infortunato.

I consulenti tecnici del pubblico ministero ritenevano che la morte fosse dovuta a peritonite acuta fibrino - purulenta secondaria a perforazione di un'ansa ileale conseguente, a sua volta, al trauma addominale riportato nell'incidente. I medesimi consulenti ritenevano che la peritonite acuta non fosse stata tempestivamente diagnosticata e trattata.

Disposto il rinvio a giudizio dei medici che si erano occupati del caso il Tribunale di (omissis), con sentenza 16 giugno 1999, dichiarava responsabili del delitto di omicidio colposo in danno di (omissis) il conducente dell'autoveicolo che aveva urtato il ciclomotore, (omissis), nonché (omissis), tutti medici in servizio presso l'ospedale di (omissis) che avevano partecipato al trattamento terapeutico in esame, e li condannava alla pena ritenuta di giustizia.

La Corte d'Appello di (omissis), con sentenza 11 ottobre 2002 oggi impugnata, confermava l'affermazione di responsabilità di tutti gli imputati riducendo la pena inflitta dal primo giudice a (omissis) e (omissis). In sintesi i giudici di merito, riaffermata la responsabilità di (omissis) (non ricorrente) nella causazione dell'incidente, hanno ritenuto che la condotta dei medici indicati fosse connotata, nella trattazione del caso sottoposto al loro esame, da negligenza e imperizia e che la condotta medesima avesse cagionato la morte del paziente. In particolare:

- (omissis), in servizio di guardia intervisionale il giorno 22 ottobre (domenica) aveva disposto che venisse effettuata una radiografia dell'addome senza chiederne la refertazione; e questa radiografia (a differenza di quella eseguita il giorno precedente) mostrava già segni della patologia che poi avrebbe cagionato la morte del paziente.

- (omissis), aiuto chirurgo, visitò il paziente la mattina del 22, dispose l'effettuazione di una radiografia ma, invece di esaminarla, si fidò del parere di un infermiere secondo cui "tutto andava bene".

- Parimenti imperita è stata ritenuta la condotta di (omissis), anch'egli aiuto chirurgo, che visitò due volte il paziente nella giornata del 23 e, soprattutto nella prima visita eseguita il mattino, non esaminò le radiografie già eseguite e non comprese i sintomi della peritonite già in atto.

- Infine (omissis), primario radiologo, è stato ritenuto responsabile per imperizia per non aver avvertito, nell'esame delle radiografie eseguite la mattina e il pomeriggio di domenica 22, la presenza di aria libera in zona sottodiaframmatica che avrebbe dovuto far sospettare della peritonite in atto.

II) Contro questa sentenza hanno proposto ricorso tutti gli imputati ad eccezione di (omissis).

(omissis), con il ricorso da lui proposto, deduce i seguenti motivi:

1) violazione degli artt. 41 e 113 cod. pen., nonché mancanza di motivazione, per avere, la sentenza impugnata, erroneamente configurato, nel caso esaminato, l'istituto della cooperazione colposa anziché quello del concorso, di cause autonome indipendenti. Premesso un esame delle due figure giuridiche e delle caratteristiche proprie di ciascun istituto il ricorrente evidenzia come i medici interessati alla trattazione del

caso siano intervenuti in momenti successivi e in modo del tutto indipendente per cui non poteva configurarsi la cooperazione colposa;

2) mancanza assoluta di motivazione sull'esistenza del rapporto di causalità omissiva tra la condotta del ricorrente e l'evento e in ordine alla ritenuta esistenza di un obbligo giuridico, a contenuto impeditivo, a carico del ricorrente. In particolare la sentenza impugnata si sarebbe sottratta al compito di individuare il comportamento attivo del ricorrente che, se posto in essere, avrebbe evitato il verificarsi dell'evento con elevato grado di probabilità nonché la rilevanza delle condotte omissive del dott. (omissis). La corte di merito non avrebbe infatti tenuto conto della circostanza che i referti radiologici non autorizzavano la diagnosi di peritonite in atto;

3) Con il medesimo motivo si deduce poi la violazione di legge e la mancanza di motivazione sull'esistenza di una posizione di garanzia in capo al ricorrente, che ebbe a visitare il paziente nel corso di una breve visita in reparto (eseguita spontaneamente e in assenza di qualsiasi obbligo) ma in presenza di altro medico che seguiva il trattamento terapeutico del paziente e del cui operato non poteva dubitare per il principio dell'affidamento;

4) ancora con il secondo motivo si lamenta come la Corte di merito abbia affrontato la questione dell'elemento soggettivo del reato affermando l'esistenza dell'imperizia con il solo riferimento alla condotta di altro imputato e senza esaminare la posizione soggettiva del ricorrente.

(omissis) deduce invece i seguenti vizi:

1) contraddittorietà e manifesta illogicità della motivazione in relazione all'addebito di imperizia. La sentenza impugnata per un verso ha escluso l'addebito di imperizia in relazione alla visita pomeridiana del 23 ottobre e per altro verso, contraddittoriamente, ha affermato che il sanitario non doveva fermarsi al risultato negativo del referto;

2) errata interpretazione dell'art. 43 comma 3° cod. pen. per avere, la Corte di merito, erroneamente qualificato come imperita una condotta che, in base alla descrizione contenuta nella medesima sentenza, doveva essere qualificata come negligente;

3) violazione di legge per avere ritenuto l'esistenza della cooperazione colposa anziché il concorso di cause indipendenti.

Le censure proposte da (omissis) riguardano:

1) la violazione dell'art. 606 comma 1° lett. b, c ed e del codice di rito; al ricorrente è stato addebitato di non aver esaminato, e di non aver fatto refertare, la radiografia addominale da lui disposta. Ma dalle medesime sentenze di merito emerge come questa prima radiografia non evidenziasse la presenza di aria nel peritoneo che poteva far sospettare l'esistenza della peritonite. Il giorno seguente il ricorrente si era limitato a far eseguire l'accertamento radiografico disposto dal chirurgo e non aveva avuto più alcun contatto con il paziente.

2) si sostiene inoltre, con il medesimo motivo, che l'attivazione della reperibilità radiologica non avrebbe consentito di accertare la reale natura della patologia posto che, anche il 23 ottobre, il primario radiologo ebbe ad escludere la presenza dell'aria in sede peritoneale; il concorso del ricorrente nella causazione dell'evento sarebbe poi da escludere in relazione ai tempi in cui può essersi verificata la rottura dell'ansa ileale e alle difficoltà dell'accertamento in questione;

3) ancora i giudici di merito non avrebbero tenuto conto della circostanza che il ricorrente operava quale medico delle urgenze e, nell'arco di tempo in cui (omissis) fu ricoverato presso il pronto soccorso, alcuna urgenza o emergenza relativamente alla sua situazione patologica si era verificata per cui alcun comportamento negligente, avente efficacia causale sul verificarsi dell'evento, può ritenersi essersi verificato in conseguenza della sua condotta;

4) il ricorrente deduce infine il medesimo vizio in relazione al trattamento sanzionatorio applicatogli.

Infine (omissis) ha dedotto un unico motivo di ricorso con il quale si duole del travisamento del fatto e della mancanza e manifesta illogicità della motivazione atteso che le risultanze processuali dimostravano che il ricorrente primario radiologo, non aveva avuto la possibilità di esaminare le lastre da cui è stato ritenuto emergere la presenza di aria in quanto queste lastre erano state consegnate al reparto chirurgia e non erano mai state da lui esaminate.

III) Deve preliminarmente essere esaminato il problema se il reato ascritto agli imputati debba ritenersi estinto per prescrizione. In tal caso infatti, non essendovi costituzione di parte civile, i ricorsi dovrebbero essere esaminati esclusivamente sotto il profilo dell'eventuale applicabilità dell'art. 129 comma 2° del c.p.p.

L'evento di cui si discute nel presente processo si è verificato il 25 ottobre 1995 e dunque l'ordinario termine di prescrizione comprensivo delle interruzioni, di anni sette e mesi sei, sarebbe decorso il 25 aprile 2003. Va peraltro rilevato che, su richiesta difensiva, il dibattimento nel giudizio d'appello venne sospeso dal 14 giugno 2002 all'11 ottobre 2002 e, aggiungendo questo periodo di sospensione al termine di prescrizione ordinario, si giunge al 22 agosto 2003, data successiva a quella in cui il processo è stato in questa sede deciso.

È stato infatti affermato dalle sezioni unite di questa Corte (sentenza 28 novembre 2001 n. 1021 depositata l'11 gennaio 2002) che "l'art. 159 comma 1 c.p. deve essere interpretato nel senso che la sospensione o il rinvio del procedimento o del dibattimento hanno effetti sospensivi della prescrizione, anche se l'imputato non è detenuto, in ogni caso in cui siano disposti per impedimento dell'imputato o del suo difensore ovvero su loro richiesta, salvo quando siano disposti per esigenze di acquisizione della prova o in seguito al riconoscimento di un termine a difesa."

Poiché, nel caso in esame, non si rientra in questi ultimi due casi la conseguenza, già indicata, è che il decorso della prescrizione, nel periodo in questione, era sospeso e che il relativo termine per l'estinzione del reato non è ad oggi ancora maturato.

IV) I ricorsi sono tutti infondati e devono pertanto essere rigettati. Per ragioni di ordine logico verranno esaminati congiuntamente i motivi di ricorso che affrontano temi analoghi esaminando poi separatamente le doglianze riferite esclusivamente a ciascuno dei ricorrenti.

Preliminarmente va affrontato il problema di carattere generale sollevato dai ricorrenti (omissis) i quali si dolgono che i giudici di primo e secondo grado abbiano qualificato la partecipazione dei medici al fatto come cooperazione colposa e non come concorso di cause indipendenti. In sintesi, a fondamento della qualificazione proposta dai ricorrenti, sta la considerazione che i diversi medici dell'ospedale di (omissis) che si sono occupati del caso (omissis) sarebbero intervenuti in tempi successivi e senza che vi fosse, in ciascuno di essi, la consapevolezza della partecipazione degli altri al trattamento terapeutico cui era sottoposto il paziente. Solo se fosse esistita questa consapevolezza avrebbe potuto essere configurata la cooperazione colposa mentre, in difetto di questo elemento soggettivo, dovrebbe parlarsi di concorso di cause colpose indipendenti.

Così come proposto il motivo di ricorso va ritenuto inammissibile. Deve infatti rilevarsi che il sistema delle impugnazioni in materia (non solo) penale non è finalizzato soltanto alla corretta applicazione delle norme giuridiche e all'esatto inquadramento di un fatto in istituti giuridici ma altresì alle conseguenze che dalla scorretta applicazione delle norme possono derivare. Insomma l'erronea tesi giuridica applicata dal giudice, ove non si rifletta sull'erroneità della decisione, non rileva ai fini dell'impugnazione perché in questi casi difetta l'interesse ad impugnare. Questo principio, nel giudizio di legittimità, è esplicitato nell'art. 619 comma 1 c.p.p. secondo cui "gli errori di diritto nella motivazione e le erronee indicazioni di testi di legge non producono l'annullamento della sentenza impugnata, se non hanno avuto influenza decisiva sul dispositivo".

Questa disposizione si ricollega al principio generale sulle impugnazioni contenuto nell'art. 568 comma 4° del codice di rito che prescrive che "per proporre impugnazione è necessario avervi interesse" con la

conseguente sanzione di inammissibilità quando difetti questo requisito (art. 591 comma 1° lett. a del c.p.p.). E l'interesse preso in considerazione dalla legge non è mai un interesse teorico alla correttezza della tesi giuridica sostenuta o accolta dal giudice ma quello pratico che si riflette sul contenuto della decisione (analoga soluzione è prevista per il giudizio civile davanti alla Corte di cassazione dall'art. 384 comma 2° c.p.c.).

Nel caso in esame neppure i ricorrenti sono stati in grado di indicare l'effetto pratico che deriverebbe dall'accoglimento della loro tesi. Interesse pratico che potrebbe essere ipotizzato nel caso delle aggravanti previste dal 2° comma dell'art. 113 cod. pen. che, peraltro, nel caso in esame non sono state contestate ovvero nel caso (assai discusso in dottrina e comunque nella specie neppure ipotizzato) in cui la partecipazione cosciente all'altrui comportamento colposo non sia accompagnata dalla violazione di una regola precauzionale.

Del resto sarebbe ben difficilmente individuabile una mancata corrispondenza tra la contestazione e il fatto ritenuto perché la cooperazione colposa si caratterizza per un dippiù sotto il profilo psicologico (la consapevolezza dell'altrui condotta); se viene meno questo aspetto si ha il concorso di cause indipendenti e quindi non si ha alcuna immutazione dell'imputazione se la condotta materiale accertata era ricompresa (e purché sia ricompresa) in quella contestata. Invece nel caso inverso, ove fosse stato contestato il concorso di cause indipendenti potrebbe (in astratto) ritenersi l'esistenza di un'immutazione dell'imputazione ove venisse pronunciata una condanna a titolo di cooperazione colposa per l'esistenza di una componente soggettiva non prevista per la diversa forma di partecipazione al reato.

In ogni caso non sembra condivisibile, pur apprezzandosi la serietà degli argomenti proposti a sostegno, la tesi sostenuta dai ricorrenti. Com'è noto il tema della configurabilità del concorso di persone nel reato colposo è stato risolto, dal legislatore del codice penale vigente, con l'introduzione della c.d. cooperazione colposa disciplinata dall'art. 113. cod. pen. che, in realtà, non differenzia il trattamento sanzionatorio rispetto a quello delle condotte indipendenti ma si limita a prevedere alcune aggravanti tipiche del concorso di persone nel reato (doloso). E si è già precisato che ciò che contraddistingue questa forma di concorso (detto anche "improprio") è il legame psicologico che si instaura tra gli agenti ognuno dei quali è conscio della condotta degli altri. Naturalmente la consapevolezza riguarda esclusivamente la partecipazione di altri soggetti e non, come è ovvio trattandosi di reati colposi, il verificarsi dell'evento.

Orbene non sembra che per ritenere esistente la cooperazione colposa sia però richiesto un dippiù costituito dalla specifica coscienza o conoscenza sia delle persone che cooperano sia delle specifiche condotte da ciascuno poste in essere. Non ignora la Corte che una corrente dottrinale sostiene che, per ipotizzare la cooperazione, sia necessaria la consapevolezza anche della natura colposa dell'altrui condotta ma questa tesi non è mai stata condivisa dalla dottrina dominante che ha obiettato che, richiedendo questo requisito, la cooperazione sarebbe configurabile solo nel caso di colpa cosciente.

Se, come è comunemente ritenuto, è invece sufficiente la coscienza dell'altrui partecipazione e non è invece necessaria la conoscenza delle specifiche condotte né dell'identità dei partecipi può trarsi la conclusione che la cooperazione è ipotizzabile anche in tutte quelle ipotesi nelle quali un 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.

Per esemplificare il medico di fiducia non è a conoscenza che il paziente da lui assistito si rivolgerà anche ad altro medico e se entrambi hanno colposamente errato nella terapia le eventuali conseguenze dannose saranno a loro addebitate a titolo di condotte colpose indipendenti. Ma il medico di reparto che ha seguito il trattamento terapeutico è cosciente che, finito il turno, altro medico subentrerà a lui anche se non conosce il nome di questi e anche se non è a conoscenza se questi seguirà il medesimo indirizzo terapeutico; ma se ciò avverrà e la terapia errata provocherà un evento dannoso appare più corretto ipotizzare la cooperazione perché ciascuno dei due medici (anche se non hanno concordato la terapia e non hanno avuto alcun contatto tra di loro) è consapevole dell'intervento dell'altro.

Queste conclusioni non riguardano soltanto l'organizzazione sanitaria perché analoghi esempi potrebbero farsi in relazione ad altre organizzazioni complesse quali le imprese e settori della pubblica amministrazione (si pensi alla formazione di atti complessi nei quali confluiscono atti adottati da persone diverse in tempi diversi senza alcun rapporto tra i partecipi). Orbene in tutti questi casi esiste il legame psicologico previsto per la cooperazione colposa perché ciascuno degli agenti è conscio che altro soggetto (medico, pubblico funzionario, dirigente ecc.) ha partecipato o parteciperà alla trattazione del caso; in particolare, per quanto riguarda l'attività medico chirurgica, l'agente è consapevole che, per quella specifica patologia che ha condotto a sottoporre il paziente al trattamento terapeutico, altri medici sono investiti del medesimo trattamento.

Nel caso in esame la cooperazione sarebbe quindi ipotizzabile anche se nessuno dei medici dell'ospedale di (omissis) avesse comunicato con gli altri. (omissis), in servizio di guardia interdivisionale domenica 22 ottobre, era conscio che il caso, nei giorni successivi, sarebbe stato trattato dai medici del reparto chirurgia; i medici del reparto chirurgia (omissis) erano a conoscenza che il caso era stato già trattato da (omissis) il giorno di domenica e che veniva trattato da entrambi nei giorni successivi ( ... anche la domenica). (omissis), primario radiologo, sapeva che il suo intervento era limitato alla lettura dei referti e che poi vi sarebbe stato l'intervento dei medici del reparto chirurgia (e costoro sapevano che il radiologo aveva visionato le radiografie).

È quindi possibile affermare che, in base agli accertamenti di fatto incensurabilmente compiuti dai giudici di merito, la cooperazione colposa era astrattamente configurabile e che quindi le norme che disciplinano questa forma di concorso "improprio" sono state correttamente applicate.

Un'ultima considerazione va però fatta (a conferma dell'inesistenza dell'interesse ad impugnare): l'esame delle imputazioni consente di verificare che, al di là del richiamo all'art. 113 cod. pen. e all'istituto della cooperazione, esse sono formulate con l'indicazione specifica degli elementi di colpa individualmente ravvisati per ciascuno dei ricorrenti. Trattasi quindi di imputazione che descrive le condotte colpose addebitate a ciascuno degli imputati e quindi idonea a porli in grado di esercitare appieno i diritti della difesa anche nel caso di ritenute condotte indipendenti.

V) Tutti i ricorrenti, con i ricorsi da loro proposti, hanno posto in discussione le conclusioni, contenute nella sentenza impugnata, che si riferiscono all'accertamento dell'elemento soggettivo del reato contestando l'affermata esistenza di una condotta colposa loro riferibile.

Su questo punto ritiene la Corte che la sentenza impugnata si sottragga alle censure riassunte nelle premesse, che le sono state rivolte; poiché la Corte di merito ha richiamato espressamente, pur esaminando specificamente i motivi di appello, le considerazioni svolte nella sentenza di primo grado che ha ritenuto "pienamente condivisibili" in alcuni passaggi sarà necessario riferirsi anche a questa sentenza.

Iniziando, per ragioni logico temporali, dalla posizione del dott. (omissis) si ribadisce che i giudici di merito hanno ravvisato la sua colpa per negligenza in base ai seguenti elementi di fatto: egli il giorno 22 ottobre, domenica, era in servizio di guardia interdivisionale tra i vari reparti. Ricopriva quindi una posizione di garanzia in relazione a tutti i pazienti ricoverati nell'ospedale e quindi anche nei confronti di (omissis). E difatti intervenne, perché il paziente lamentava forti dolori addominali e presentava addome gonfio e tachicardia, e assunse una corretta iniziativa diagnostica perché dispose immediatamente l'esecuzione di una radiografia addominale; ciò avvenne alle ore 11 di domenica 22 (inconferente è quindi l'argomentazione difensiva secondo cui i suoi compiti si limitavano agli interventi di urgenza; egli di fatto intervenne e deve quindi assumersi le responsabilità della sua condotta).

Questa radiografia ha un particolare rilievo perché i giudici di merito, sulla scorta dei pareri forniti dai consulenti tecnici del pubblico ministero valutati criticamente e motivatamente ritenuti condivisibili, hanno ritenuto che questa seconda radiografia (a differenza della prima eseguita il giorno stesso dell'incidente) mostrava la presenza di aria libera in sede diaframmatica che avrebbe dovuto far sospettare la rottura descritta e il probabile insorgere di un'infezione peritoneale. Ed è a questo punto necessario precisare che, secondo l'accertamento incensurabile del giudice di merito, la perforazione dell'ansa ileale deve essersi

verificata in tempi non superiori. a 10 - 15 ore dall'incidente (quindi non oltre le ore 8,15 della mattina di domenica 22).

Priva di alcuna illogicità è dunque la valutazione dei giudici di merito per aver ritenuto in colpa il dott. (omissis) - in presenza di una radiografia che già mostrava i segni della patologia che richiedeva l'intervento urgente - per non avere esaminato la radiografia (il ricorrente ha dichiarato in giudizio di non ricordare se l'aveva esaminata); ovvero, se l'ha esaminata, per non averne compreso il significato; ovvero ancora, se egli non era in grado di dare una valutazione precisa della patologia (il dott. (omissis) è specialista ostetrico ginecologo), per non aver richiesto la refertazione da parte del radiologo che, pur non presente in ospedale, era in servizio di reperibilità.

È infatti evidente che il medico che disponga un accertamento diagnostico urgente ha anche l'obbligo di verificare, personalmente o per mezzo di persona maggiormente esperta, i risultati dell'accertamento medesimo; tra l'altro, secondo i giudici di merito, anche la natura dell'incidente subito e i sintomi evidenziati erano idonei a far sospettare l'esistenza di una lesione del genere poi accertato. Di qui un obbligo di maggior diligenza da parte del medico per essere particolarmente accentuate le caratteristiche di prevedibilità dell'evento.

Analogha negligenza è stata accertata dai giudici di merito nella condotta del dott. (omissis). Questi, aiuto della divisione di chirurgia dove la persona offesa si trovava ricoverata, la mattina di domenica 22 (lo stesso giorno in cui il dott. (omissis) era in servizio di guardia interdivisionale) venne in reparto a visitare i pazienti da poco operati. Su richiesta dei familiari di (omissis) visitò il paziente (annotando sulla cartella clinica l'esito della visita) e dispose anche lui la radiografia diretta dell'addome. Ritornò in ospedale nel pomeriggio ma, invece di esaminare la radiografia eseguita (o di far chiamare il radiologo reperibile per la refertazione), ritenne sufficienti le dichiarazioni di un infermiere che gli riferì che non v'era nulla di cui preoccuparsi ("tutto va bene" è la frase riportata in sentenza) e non si preoccupò di visionare le radiografie che, come quelle richieste da (omissis), evidenziavano invece la medesima patologia che avrebbe richiesto un immediato intervento.

Su questo aspetto della condotta colposa del dott. (omissis) non appare corretta la qualificazione data dalla Corte di merito come connotata da imperizia perché il medico ha contravvenuto alla regola di diligenza già indicata, per il dott. (omissis). Trattasi di errore di diritto, nella qualificazione giuridica della condotta, che può essere rettificato da questa corte (art. 619 comma 1° n. 1 c.p.p.) mentre corretta appare la valutazione del giudice di merito per aver qualificato come imperita la condotta di (omissis) per non aver saputo diagnosticare (anche senza l'esame delle radiografie) l'incipiente peritonite malgrado l'esistenza di sintomi che (secondo l'accertamento incensurabile dei giudici di merito) dovevano indurre il medico a sospettarne l'esistenza.

Più complessa appare la situazione del dott. (omissis), anch'egli aiuto di chirurgia, che visitò il paziente in due occasioni, la mattina del 23 ottobre e il pomeriggio del medesimo giorno. È stato accertato che la prima visita si verificò all'inizio della giornata e prima che il sanitario si recasse in sala operatoria ma la Corte di merito ha accertato che si trattò di una visita approfondita e che il quadro patologico, rispetto al giorno precedente, si era aggravato e quindi i sintomi della peritonite avevano assunto maggior rilievo. Inoltre il dott. (omissis) non si preoccupò di esaminare le radiografie già disposte. Non certo illogica appare quindi la valutazione dei giudici di merito per aver ritenuto imperita la condotta del dott. (omissis) in questa prima fase (in realtà v'è anche un aspetto di negligenza per non aver richiesto di esaminare le radiografie: e anche in questo caso la motivazione può essere corretta. Dal che l'inammissibilità del secondo motivo di ricorso che lamenta l'erronea qualificazione come imperita della condotta che, in realtà, deve essere considerata imperita e negligente).

In merito alla visita eseguita nel pomeriggio la motivazione sul punto della sentenza impugnata appare effettivamente contraddittoria. Va precisato che durante la visita del pomeriggio il dott. (omissis) ebbe la possibilità di esaminare il referto del primario radiologo, dott. (omissis), che dava un responso negativo. La Corte in una prima parte della motivazione esclude l'imperizia per la visita pomeridiana (tanto è vero che la pena viene ridotta per questa ragione) avendo avuto il ricorrente la possibilità, in questa seconda visita, di

esaminare il referto del radiologo; in una seconda parte della motivazione la sentenza afferma invece l'esistenza dell'imperizia anche per la seconda visita perché il medico non poteva fermarsi al risultato negativo del referto ed inoltre, nel frattempo, si era verificato un rialzo termico.

Una ragionevole interpretazione di queste contraddittorie affermazioni è quella di ritenere che il giudice di merito abbia voluto escludere la colpa per il mancato esame delle radiografie refertate dal dott. (omissis) e per aver preso in considerazione il solo referto mentre, per quanto riguarda la mancata considerazione del rialzo termico, la circostanza sembra piuttosto integrare gli aspetti di imperizia accertati per la visita del mattino. In ogni caso a fondare l'ipotesi dell'imperizia sono sufficienti le considerazioni svolte, e in precedenza riportate, in merito alla visita effettuata la mattina del 23 ottobre tanto più che, nella riduzione di pena, la Corte di merito sembra proprio aver escluso elementi di colpa nella visita del pomeriggio.

Infine parimenti infondate, e ai limiti dell'ammissibilità, sono le censure formulate dal dott. (omissis) perché presuppongono una ricostruzione dei fatti diversa da quella operata dai giudici di merito. Secondo il ricorrente il suo referto (negativo) era riferito alla radiografia eseguita il 21 ottobre (sabato, il giorno del ricovero) e non anche alle radiografie eseguite domenica 22 (quella richiesta dal dott. (omissis) e quella richiesta dal dott. ...) che si sarebbero trovate nel reparto chirurgia. Ma la Corte di merito ha adeguatamente motivato il suo convincimento facendo riferimento alla circostanza che il dott. (omissis) aveva refertato anche una radiografia del torace del paziente che certamente era stata eseguita il 22 ottobre e richiamando le deposizioni di tre tecnici di radiologia che hanno confermato che il ricorrente aveva visionato, la mattina del 23 ottobre, almeno tre radiografie dell'addome per cui non potevano non essere incluse anche quelle eseguite il 22 ottobre.

Trattasi di motivazione esente da alcuna illogicità e la ricostruzione che suggerisce il ricorrente (che la sera del 22 ottobre le radiografie siano state portate al reparto di chirurgia per ivi rimanere anche il giorno dopo) si fonda su presupposti di fatto diversamente interpretati. Ma questa rilettura dei fatti è preclusa al giudice di legittimità in presenza di una motivazione congrua e idonea a dar conto della ricostruzione operata dal giudice di merito. E ciò vale anche per le altre circostanze di fatto su cui insiste il ricorrente, con il ricorso da lui proposto, concernenti l'asserita mancanza di una radiografia (peraltro la valutazione dei giudici di merito è fondata su quelle reperite e non si vede come quella in ipotesi mancante avrebbe potuto far modificare questa valutazione, anche se, in ipotesi, non avesse evidenziato la patologia accertata).

In conclusione deve ritenersi correttamente motivata la sentenza impugnata per quanto riguarda gli aspetti di colpa addebitati a tutti gli imputati avendo fatto riferimento a condotte censurabili dei medici sia per quanto attiene alla diligenza che alla perizia necessaria per lo svolgimento dell'arte medica.

VI) Vanno ora esaminati i motivi di ricorso che si riferiscono all'esistenza del rapporto di causalità tra le descritte condotte colpose e l'evento morte con la precisazione che da alcuno è contestata la ricostruzione causale per quanto attiene all'aspetto meramente materiale (peritonite provocata dalla rottura dell'ansa ileale a sua volta provocata dal trauma contusivo).

Il problema dell'esistenza del nesso di condizionamento tra condotta ed evento è stato sollevato esclusivamente (salvo qualche accenno negli altri ricorsi di cui si tratterà più avanti) da (omissis) che lo ha sollevato sotto diversi profili. Anzitutto il ricorrente contesta che possa essersi creata, nei suoi confronti, una posizione di garanzia nei confronti di (omissis). Il giorno in cui visitò il paziente era domenica ed egli non era in servizio; si era spontaneamente recato in reparto per seguire l'evoluzione dei pazienti operati per cui la posizione di garanzia rimaneva in capo al dott. (omissis), medico in servizio di guardia interdivisionale.

L'assunto è peraltro evidentemente infondato. Anche a voler ammettere che ci si trovi in presenza di causalità omissiva (tesi discutibile perché al ricorrente non è stato contestato di aver contravvenuto ad un obbligo di agire ma di avere agito male) - ma le conseguenze non muterebbero in caso di causalità commissiva - deve osservarsi che tale posizione si crea nel momento stesso in cui il medico abbia ad instaurare, anche di fatto, una relazione terapeutica con il paziente. E che questa relazione terapeutica si sia instaurata è reso evidente da tutta una serie di circostanze: il dott. (omissis) visitò accuratamente il paziente, prescrisse la radiografia, tornò a visitarlo nel pomeriggio, annotò i suoi interventi nella cartella clinica; egli si assunse quindi il

compito di seguire il trattamento terapeutico del paziente e ciò non può che prescindere da un obbligo di presenza in reparto. D'altro canto si trattava dell'aiuto del reparto dove il paziente era ricoverato e non di un medico casualmente interpellato per un parere ma estraneo alla struttura.

Sotto diverso profilo, e subordinatamente alla ritenuta esistenza di una sua posizione di garanzia, il dott. (omissis) contesta l'affermata esistenza del rapporto di causalità sotto un diverso profilo. Si dice, nei motivi di ricorso, che se il ricorrente avesse attivato la reperibilità del radiologo (che era il dott. ...) l'esito non avrebbe potuto essere che quello prodotto dal radiologo nella giornata del 23 ottobre, cioè un referto negativo sull'esistenza di aria libera in zona sottodiaframmatica. In realtà l'addebito principale mosso al ricorrente non è quello di non aver fatto refertare la radiografia ma quello di non averla neppure guardata confidando sull'esattezza di quanto gli veniva riferito dall'infermiere. E i giudici di merito hanno invece motivatamente ritenuto che, per la sua specializzazione, il dott. (omissis) era in grado (o avrebbe dovuto essere in grado), se avesse esaminato le radiografie, di formulare una corretta diagnosi e di prendere conseguentemente le urgenti iniziative che la gravità del caso rendeva necessario adottare.

In ogni caso appaiono scorretti anche i criteri utilizzati dal ricorrente per la formulazione del giudizio controfattuale che va effettuato simulando esistente l'azione impeditiva omessa dall'agente. Ma le altre condizioni devono essere le stesse (*ceteris paribus*); altrimenti il giudizio controfattuale finisce per essere una ricostruzione a posteriori dell'accaduto. Non può quindi introdursi, in questo tipo di ragionamento ipotetico, una traslazione temporale dell'accaduto dando per scontato che quello che, in tempi successivi, è avvenuto sarebbe avvenuto anche in altra occasione. Insomma il fatto che il 23 ottobre il dott. (omissis) abbia errato nel redarre il referto non può entrare a far parte del giudizio controfattuale relativo a quanto è avvenuto il 22 ottobre perché diversi sono i presupposti della ricostruzione ipotetica (operando come sostiene il ricorrente dovrebbe anche ipotizzarsi che cosa sarebbe avvenuto se (omissis) si fosse recato in reparto e avesse discusso con (omissis) dell'interpretazione della radiografia).

È invece inammissibile il motivo di ricorso sulla causalità che si riferisce all'accertamento se la condotta del dott. (omissis) possa essere considerata una condizione necessaria dell'evento in termini di elevata credibilità razionale perché, sotto questo profilo, alcuna censura era contenuta nei motivi di appello e quindi la questione non può, per la prima volta, essere proposta nel giudizio di legittimità.

In ogni caso se è vero che la Corte di merito non ha dato alcuna espressa risposta al quesito, perché non proposto con i motivi d'impugnazione, va osservato che il richiamo alla motivazione della sentenza di primo grado consente di ritenere richiamate le motivazioni sul punto che hanno affermato l'esistenza di un'alta probabilità di sopravvivenza anche nel caso di corretta diagnosi formulata lunedì 23; mentre le visite del dott. (omissis) risalgono a domenica 22. Sulla mancata indicazione del comportamento impeditivo omesso la motivazione sull'elemento della colpa in precedenza riferita dà invece conto dell'infondatezza della censura.

Quanto ai motivi di ricorso di (omissis) sull'elemento oggettivo del reato viene da questi riproposta la medesima questione già esaminata per (omissis) fondata sul giudizio controfattuale: se (omissis) avesse attivato la refertazione radiologica il risultato sarebbe stato lo stesso del giorno successivo. E su questa censura non possono che ripetersi le osservazioni già svolte in merito al ricorso (omissis). E anche in questo caso deve rilevarsi che i giudici di merito hanno addebitato a (omissis) non solo di non aver chiesto la refertazione ma di non aver neppure esaminato la radiografia in questione.

Sono invece inammissibili in questa sede le censure che si riferiscono alla ricostruzione dei fatti operata dai giudici di merito - dirette ad escludere il rapporto di causalità con la posticipazione della rottura dell'ansa ileale rispetto ai tempi dell'intervento terapeutico del dott. (omissis) - e le doglianze riferite alla possibilità di accertamento della patologia in atto con la semplice visione dalle radiografie eseguite il 22 ottobre. Trattasi infatti, anche in questo caso, della richiesta di rilettura dei fatti accertati motivatamente e non illogicamente dai giudici di merito.

VII) Va infine esaminato il motivo che si riferisce al trattamento sanzionatorio proposto dal solo (omissis). Su questo motivo va rilevato che, con i motivi di appello (omissis) aveva solo genericamente, senza indicare specifiche censure a supporto della richiesta, formulato una richiesta di riduzione della pena inflitta (peraltro



in misura prossima al minimo) dal primo giudice che aveva specificamente motivato sul grado di colpa del ricorrente. Stante la genericità della censura il giudice d'appello non aveva uno specifico obbligo di motivazione che comunque può ritenersi soddisfatto con il richiamo globale alle motivazioni della sentenza di primo grado.

Alle considerazioni in precedenza svolte consegue il rigetto di tutti i ricorsi con la condanna dei ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali.

**P. Q. M.**

la Corte Suprema di Cassazione, Sezione IV penale, rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali.