

Rapporto tra sapere scientifico e giuridico nell'ambito dell'accertamento causale penale

In tema di prova scientifica del nesso causale, mentre ai fini dell'assoluzione dell'imputato è sufficiente il solo serio dubbio, in seno alla comunità scientifica, sul rapporto di causalità tra la condotta e l'evento, la condanna deve, invece, fondarsi su un sapere scientifico largamente accreditato tra gli studiosi, richiedendosi che la colpevolezza dell'imputato sia provata "al di là di ogni ragionevole dubbio.

La Corte di legittimità non è giudice del sapere scientifico, giacchè non detiene proprie conoscenze privilegiate, ma è chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine alla affidabilità delle informazioni che vengono utilizzate ai fini della spiegazione del fatto.

Cassazione penale, sezione quarta, sentenza del 2.2.2021, n. 3932

...omissis...

1. La Corte di Appello di Roma, pronunciando nei confronti della odierna ricorrente An.FR., con sentenza del 22/1/2019, confermava la sentenza - appellata dall'imputata e dalle parti civili- con cui il Tribunale di Civitavecchia, in composizione monocratica, in data 20/7/2017, l'aveva condannata alla pena di sei mesi di reclusione, concedendole i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato penale, avendola riconosciuta colpevole del delitto di cui all'art. 589 c.p., perchè, quale medico in servizio presso l'Ospedale (FF - turno notturno di guardia (ore 2.00-8.00) - per colpa consistita in imprudenza, negligenza ed imperizia, preso in carico il paziente M.J. - già sottoposto dal medico di guardia presente al momento dell'accesso in Pronto Soccorso (alle ore 17,36) ad FFFF.G., esame torace ed analisi di laboratorio - lo dimetteva alle ore 21.16 del giorno FFFF con diagnosi di "addensamento polmonare in sede paracardiaca sinistra", omettendo di valutare l'alterazione del tratto ST - documentata dal tracciato ECG effettuato - sintomo di ischemia subendocardiaca, omettendo altresì di ripetere il tracciato ECG e le analisi (mediante dosaggio markers enzimatici) e di trattenere in osservazione il paziente. Con detta condotta cagionava il decesso del suddetto per insufficienza cardiocircolatoria acuta secondaria a tamponamento cardiaco in ragione dell'infarto miocardico acuto trasmurale e rotturale della parte postero laterale del ventricolo sinistro. In FFFFF

Con la sentenza di primo grado la As. era stata anche condannata, in solido con il Responsabile Civile Azienda Sanitaria Locale (OMISSIS), in persona del l.r.p.t. al risarcimento del danno in favore delle parti civili costituite, da liquidarsi in separato giudizio, con una provvisionale immediatamente esecutiva, ed alla rifusione alle stesse delle spese del giudizio.

2. Avverso tale provvedimento hanno proposto ricorso per Cassazione, a mezzo del proprio difensore di fiducia:

. l'imputata An.Fr., deducendo i motivi di seguito enunciati nei limiti strettamente necessari per la motivazione, come disposto dall'art. 173 disp. att. c.p.p., comma 1.

Con un primo motivo lamenta mancanza e/o manifesta illogicità della motivazione (artt. 192 e 597 c.p.p.) per l'assenza del nesso di causalità, nonché inosservanza ed erronea applicazione degli artt. 40 e 41 c.p. e travisamento della prova, e comunque del fatto, con riferimento all'esistenza del rapporto di causalità.

La ricorrente lamenta che vi siano alcune considerazioni e deduzioni congetturali formulate dai consulenti tecnici del Pm (sia il medico legale A. che il cardiologo C.) e della difesa di FFFFFFFF ai fini di una corretta formazione del libero convincimento, che sarebbero trasigrate tali e quali anche nella sentenza impugnata ove i giudici di appello, non fornendo alcuna motivazione, avrebbero escluso esplicitamente la validità della valutazione tecnica formulate nel giudizio dal consulente tecnico della difesa, Autore. Di contro, la sentenza impugnata avrebbe ripreso pedissequamente le infondate teorie del consulente del PM in ordine alle risultanze dell'ECG ed alla procedura di datazione dell'infarto del miocardio sulla base di una presunta chiarezza espositiva e senza indicare quale sarebbe stata la legge di copertura scientifica sui cui è stata formulata tale valutazione di preferenza al punto che la motivazione risulta meramente apparente.

La sentenza impugnata, per la ricorrente, merita censura proprio per aver ritenuto il nesso di causalità tra la dimissione del paziente con una diagnosi di polmonite, ritenendo in corso un infarto del miocardio e l'evento morte in ragione del dolore toracico (ritenuto in maniera travisata così come descritto nelle premessa) fisso e quindi della non corretta valutazione FFFFFG, della mancata ripetizione le analisi enzimatiche e del mancato trattenimento del paziente in osservazione. Paziente che, secondo la corte di appello, oltre a non manifestare un dolore variabile col respiro ma fisso (in contrasto con quanto dichiarato dal paziente in sede di accettazione in pronto soccorso e come documentalmente risultante dalla cartella clinica) presentava non tanto "un" sintomo del l'infarto del miocardio quanto "il" sintomo per antonomasia ovvero il dolore irradiato anche al braccio "sintomo questo altamente indicativo di infarto al miocardio in corso" (pag. 9 sent. app.). Sintomo che, tuttavia, al di là dell'immaginario collettivo non ha un particolare peso specifico superiore agli altri elementi che devono essere considerati nella valutazione de qua che lo ponga in cima alla scala di valori che la moderna scienza cardiologica prende in considerazione. Sicuramente non deve essere trascurato ma tuttavia deve essere "pesato" insieme agli altri secondo le regola del c.d. "chest pain score", ampiamente trattata in fase di merito e ritenuta valida da tutti i consulenti ma i cui risultati la Corte non mostra di aver considerato non avendolo menzionato in alcun passaggio argomentativo. Ed infatti, il dolore al braccio attribuisce un punteggio "+ 1", la sua variazione con gli atti del respiro "- 1", la localizzazione retrostemale precordiale del dolore un punteggio pari a "+ 3", per cui il risultato complessivo del calcolo era "score"4 dolore atipico bassa probabilità di angina pectoris" (in tal senso, la Tabella tratta dalle linee guida per il dolore toracico PDT, riportata anche dal Prof. B. (CTPC) a pag. 3 della sua Relazione). Sulla base delle linee guida applicabili il paziente era pertanto dimissibile con invito a visita dal medico curante per controllo dell'evoluzione del quadro clinico.

La sentenza impugnata - prosegue il ricorso - si fonda esplicitamente sul contenuto delle affermazioni del consulente tecnico del PM Dott.ssa A. e del suo ausiliario cardiologo Dott. C..

Dall'esame delle prove assunte, emergerebbe, tuttavia, che - contrariamente a quanto ritenuto dalla Dott.ssa A. e acriticamente recepito - l'infarto possa essere datato in un arco temporale massimo compreso tra uno e tre giorni prima del decesso, in perfetta coerenza con la migliore letteratura in materia e non già tra i tre e i sette giorni.

La Corte territoriale, infatti, sulla base di quanto sostenuto dal Consulente del Pm ha ritenuto che la rottura del cuore si sia determinata dai tre ai sette giorni dall'insorgenza dell'IMA fatto "che consente di affermare che detta patologia cardiaca era già presente al momento in cui il paziente si recò presso il Pronto soccorso del nosocomio di ..OMISSIS...

La Corte territoriale, tuttavia, tralascerebbe di considerare che qualora l'IMA fosse insorta tre giorni prima del decesso verrebbero comunque confermata la tesi difensiva secondo cui l'infarto sarebbe occorso il lunedì FFFFFFFIS), ovvero il giorno dopo la visita della Dott.ssa An. e non il giorno precedente, prima della visita.

Si lamenta che i giudici del gravame del merito non abbiano spiegato quale legge di copertura scientifica, nel caso di specie, giustifichi la collocazione dell'IMA oltre i 4 giorni, e quindi domenica 31 agosto, e non entro i tre giorni e quindi il 1 settembre, visto e considerato che il M. secondo quanto riferito dai parenti, avrebbe manifestato altri dolori nei giorni successivi (come attestato anche dalla Corte alle pagg. 3 e 4, di cui non è stata in realtà richiesta ai testimoni con chiarezza l'intensità nel corso del dibattimento).

La datazione dell'infarto - proprio in ragione del riscontro autoptico (valutazione effettuabile ex post) - non potrebbe, infatti, andare oltre le precedenti 72 ore rispetto al giorno del decesso, avvenuto giovedì (OMISSIS), con la conseguenza che al momento della visita della Dott.ssa An., avvenuta domenica 31 agosto - ovvero ben oltre le 72 ore precedenti la morte - non era in corso alcun infarto. Nel manuale "Brunwald" (heart. disease VI ed., testo base della cardiologia moderna (il cui estratto è allegato alla consulenza Autore che si riallega per comodità di lettura all. 3) si legge che la "necrosi coagulativa con perdita dei nuclei e delle strie trasversali in presenza di un abbondante infiltrato di granulociti neutrofili" riscontrata in sede autoptica si forma entro le 24 ore. Ne discende, pertanto, secondo la tesi sostenuta in ricorso, come la condotta della An. sarebbe stata assolutamente neutra ed esterna rispetto alla catena causale che ha poi condotto alla morte del M., avendo costei correttamente formulato la propria diagnosi in ragione dei dati diagnostici, atteso che non c'erano elementi che giustificassero la ripetizione degli esami.

In particolare, si evidenzia come l'ECG effettuato presentasse una sola alterazione in V4 (in tal senso, l'ECG allegato alla cartella di pronto soccorso) - e non già due, come sostenuto per la prima volta in aula dal C., smentendo il referto da lui stesso stilato in fase di indagini il 15 gennaio 2014 - e in questi casi le linee guida (redatte sulla base dell'esperienza del caso simile e quindi sotto la copertura di una legge scientifica comunemente ritenuta valida, in ossequio ai principi vigenti in materia di responsabilità medica previsti da questa Corte ai sensi della citata sentenza SSUU Franzese) non danno indicazione di infarto in corso e non prevedano la ripetizione dei markers enzimatici o dell'ECG nè tantomeno il trattenimento del paziente (valutazione ex ante), espressamente disponendone, al contrario, la dimissibilità. Le alterazioni istologiche rilevabili ("perdita dei nuclei e delle strie trasversali dei miociti" - in tal senso consulenza A. pag. 10) e constatate dal consulente tecnico del PM in sede di studio istopatologico della breccia miocardica riscontrata sul cuore del M. non consentono, se correttamente intese, arbitrarie estensioni di tale iato temporale oltre le 72 ore dal decesso.

Di contro, la ricorrente lamenta che il tribunale abbia, infondatamente ed immotivatamente, espresso un convincimento completamente divergente, e soprattutto incompatibile con tali considerazioni, sulla base dell'espressa volontà di

non tenere conto dell'inoppugnabile dato autoptico e sulla pretesa assenza di ulteriori eventi ischemici nei giorni successivi, nonostante tale ultima circostanza sia stata espressamente smentita anche dal testimoniale della moglie e della figlia del deceduto. Il giudice di primo grado, in tal senso, avrebbe inopinatamente valorizzato la fantasiosa teoria dello slittamento della necrosi dei tessuti sostenuta dalla A. (in sentenza a p. 29) in assenza di letteratura medica sul punto a sostegno.

In conclusione, per la ricorrente deve escludersi che l'infarto del miocardio che ha causato la morte del M. fosse in atto da ben quattro giorni proprio in ragione dell'assenza, al riscontro autoptico, di macrofagi deputati alla rimozione dei cardiomiociti, che fanno la loro comparsa entro 72 ore dall'infarto ed in presenza, invece, di un dichiarato ulteriore episodio di "dolore al petto" proprio entro il lasso di 72 ore dal decesso (dichiarato dalla moglie del paziente, T.I.L., ai Carabinieri della Stazione di Manziana ed avvenuto il giorno dopo la visita in pronto soccorso). La loro assenza dimostrerebbe inequivocabilmente che la datazione dell'infarto del miocardio non possa essere posposta di oltre 3 giorni rispetto al decesso. Porterebbero a tale conclusione anche le delucidazioni rese dal Dott. A., il quale evidenzia come, secondo quanto previsto dal manuale Brunwald (heart. disease VI ed., testo base della cardiologia moderna), la riscontrata "necrosi coagulativa con perdita dei nuclei e delle strie trasversali in presenza di un abbondante infiltrato di granulociti neutrofili" in sede autoptica, su cui tanto si è speso il consulente del PM, non possa essere rilevante ai fini della datazione di un infarto del miocardio, databile a seconda delle diverse teorie formulate tra i tre e o i quattro giorni anteriori, formandosi essa entro il secondo giorno dell'infarto. Il Tribunale non avrebbe, inoltre, correttamente valutato che i marker di miocardionecrosi fossero negativi e che la tipologia di infarto che ha condotto alla morte avrebbe fatto rilevare all'ECG non già un sottoslivellamento bensì un soprasslivellamento. Ed infatti, l'esame autoptico ha documentato che la causa dell'infarto del miocardio sia da rinvenire in una occlusione trombotica completa del ramo circonflesso della coronaria sinistra.

E' noto, nella scienza medica - prosegue la ricorrente - che l'occlusione trombotica completa di una coronaria epicardica si accompagna ad un quadro elettrocardiografico di prolungato soprasslivellamento del tratto ST, del tutto assente nell'ECG in atti, che presentava, invece, un sottoslivellamento, peraltro non diagnostico, come già osservato, in una singola derivazione. Insomma: l'ECG evidenziava un solo sottoslivellamento, del tutto irrilevante ai fini della diagnosi di una patologia in atto e, peraltro, del tutto incompatibile a segnalare la patologia che risulta aver determinato la morte del M. (patologia che si manifesta al tracciato con un soprasslivellamento prolungato).

Su tale determinante obiezione la ricorrente lamenta che il giudice d'appello non abbia ritenuto di pronunciarsi in alcun modo, omettendo qualsivoglia motivazione, non assolvendo il proprio obbligo motivazionale allorquando, nell'elencare le risultanze istruttorie, mostra di utilizzare criteri non adeguati ed in contrasto con la legge scientifica da applicare al caso de quo.

Il giudice di primo grado avrebbe, infatti, apoditticamente affermato la sussistenza di un preteso nesso eziologico senza il previsto e richiesto "allo grado di credibilità razionale o probabilità logica", avendo fondato la propria decisione non già su uno specifico enunciato scientifico, la cui validità nel panorama della letteratura specialistica è pacifica bensì sulla preferenza - che appare arbitraria - per l'astratta ricostruzione teorica proposta dal consulente tecnico del PM, riducendo, invece, la versione proposta dal Dott. FFFF

La Corte territoriale, dal suo canto, non darebbe conto in sentenza dei criteri utilizzati

nell'intento di selezionare, tra le diverse prospettazioni, quella su cui la comunità scientifica registra un più largo e condiviso consenso, esponendo, per l'effetto, a censura la formazione del proprio (per ciò illegittimo) convincimento se non in termini di mera preferenza per la menzionata chiarezza espositiva del ct A..

Viene ricordato in ricorso che questa Corte di legittimità ha in più occasioni indicato quali siano i criteri di scelta che il giudice deve seguire per determinare l'ipotesi più attendibile al fine di selezionare, tra le tante prospettate, quella "sulla quale si registra un preponderante, condiviso consenso", quali, segnatamente: l'esame degli studi che sorreggono ciascuna teoria, la ponderazione circa "l'integrità delle intenzioni" di ciascun esperto incaricato di veicolare il sapere scientifico nel processo penale; la ricostruzione del dibattito scientifico internazionale (in tal senso, ex multis, viene richiamata Sez. IV n. 43786/2010). Sapere scientifico prevalente - aggiunge il ricorrente - sicuramente veicolato dal Prof. FFF che ha tratto le sue considerazioni dalle linee guida maggiormente accreditate quali il FFF e, in particolare, dal Brunwald, il testo su cui si poggia la cardiologia moderna e sui cui sicuramente hanno studiato tutti i cardiologi ma non già i medici legali come l' A.. DFFFi tali elementi, invece, nella motivazione dell'impugnata sentenza, ci si duole non esservi v'è traccia.

Il giudice dell'appello avrebbe ommesso di giustificare con il necessario grado di razionalità la propria valutazione delle prove (travisamento della natura del dolore in base ad elementi oltre che infondati, incoerenti tra di loro) e di rendere trasparenti le linee seguite nel ragionamento probatorio, tanto da sembrare che sia arrivato ad elaborare un proprio originale punto di vista scientifico non sorretto da basi chiare. Ciò troverebbe, in particolare, riscontro nell'esplicitazione in sentenza delle ragioni che, secondo il giudice, giustificerebbero l'anticipazione dell'insorgenza dell'infarto, ovvero il sopra richiamato travisamento del fatto in ordine alla natura fissa e non variabile del dolore, come attestato in cartella e nel testimoniale della N..

Il ricorrente ribadisce che, secondo la migliore letteratura medica citata dalla stessa consulente dell'accusa (in tal senso, pag. 11 della tabella riportata nella consulenza della Dott.ssa A.) tra le 24 e le 72 ore successive all'infarto si avvia la c.d. "necrosi coagulativa", con perdita dei nuclei e delle strie trasversali, e solo dopo le 72 ore - e non prima - si avvia la disintegrazione delle miofibre tramite l'azione dei c.d. "macrofagi" dall'infarto.

Orbene - atteso che la Dott.ssa A. nel proprio referto autoptico certifica di aver riscontrato nella breccia miocardica del defunto solo la prefata necrosi e non menziona in alcuna maniera l'inizio della disintegrazione delle miofibre e o la presenza dei macrofagi ("D'altra parte, lo studio istopatologico dei prelievi del cuore ha evidenziato nella sede della breccia miocardica la presenza di necrosi coagulata con perdita dei nuclei e delle strie trasversali dei miotici in presenza di un abbandonate infiltrato di granulociti neutrofili" in tal senso, quanto si legge a pagina 10, ultimo capoverso consulenza A.) - deve ritenersi che l'infarto non fosse in essere da più di 72 ore al momento della rottura del cuore il (FFFFF l'infarto non fosse in atto, con conseguente correttezza dei comportamento assunto dal sanitario. Pertanto, quando parla di infarto del miocardio antecedente la rottura del cuore in un periodo variabile dai tre ai sette giorni, sarebbe evidente che tale momento, per quanto sopra esposto, debba necessariamente essere collocato al momento iniziale di tale iato, ovvero tre giorni e non oltre, e non di certo per un indistinto favor rei, bensì per il dato oggettivo promanante dall'autopsia.

Sarebbe, pertanto, censurabile il contrario ragionamento della Corte territoriale, che ha motivato sulla base di uno iato temporale così ampio ed indistinto.

La contestata mancata ripetizione degli esami enzimatici, in assenza dei requisiti richiesti per l'attivazione del protocollo ospedaliero in caso di diagnosi di patologia cardiaca, quindi, non sussisterebbe, proprio in ragione della non prevedibilità il 31 agosto al momento della dimissione dell'evento. La consulenza tecnica redatta dal Dott. A. ed il relativo esame testimoniale reso in aula dallo stesso spiegano, infatti, come i rilievi autoptici confermino, senza alcun timor di smentita, che al momento della visita in Pronto soccorso non fosse ancora insorto l'infarto (avvenuto solo il successivo 1 settembre, quando, sentendosi ancora male il M., non si recava da un sanitario al quale pure era stato avviato dalla An. in sede di dimissione) e, quindi, la totale assenza di una malpractice medica in capo alla Dott.ssa An..

A fronte di quanto chiarito, apparirebbe evidente, per la ricorrente, che la diagnosi polmonare fosse l'unica correttamente formulabile e che, anzi, l'atteggiamento tenuto dalla Dott.ssa An. abbia espresso grande attenzione, correttezza e rispetto di quanto la letteratura medica al riguardo prescriva in assenza di un versamento pleurico. La mancata documentazione di "versamento pleurico" è, in senso contrario, totalmente irrilevante: il versamento pleurico non consegue a tutti i tipi di polmonite e un versamento pleurico avrebbe, secondo le linee guida, reso necessario il ricovero per polmonite grave. A ciò si aggiunga come il tipo di dolore (che varia con gli atti del respiro) determini l'esclusione della diagnosi di infarto più di quanto il dolore al braccio non la implichi, come desumibile anche dai punteggi assegnati nel Chest Pain Score, dove all'irradiazione al braccio del dolore è attribuito un valore "+1", al dolore che varia con gli atti del respiro "-1" e al dolore oppressivo un valore "+3".

La collocazione temporale dell'infarto al 31 agosto troverebbe, pertanto, evidente contraddizione ed impedimento negli stessi elementi clinico-laboratoristico-strumentali nonché autoptici.

Se questo è vero, come è vero, tutta la ricostruzione fattuale basata sul travisamento della natura del dolore toracico operata dalla Corte di appello perderebbe completamente di ogni validità e con essa la conseguente contestazione mossa alla Dott.ssa An. di aver omesso i trattamenti sanitari in tesi necessari, tesi quest'ultima fallace, non solo nelle conclusioni, ma soprattutto nelle premesse dalle quali la Corte ha preso avvio per formulare il ragionamento logico - giuridico.

Ne discenderebbe che appare non sussistere il nesso causale tra l'evento morte e la condotta dell'imputata - in realtà esente da qualsivoglia censura - con conseguente non addebitabilità alla stessa del medesimo evento.

Pertanto, la ricorrente chiede a questa Corte di legittimità di valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico in materia cardiologica, che avrebbe dovuto riguardare la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine alla affidabilità delle informazioni utilizzate ai fini della spiegazione del fatto (peraltro gravemente travisato).

Nel caso di specie risulterebbe, invece, pacifico che il giudice del merito abbia sbagliato nella scelta della tesi scientifica propalata dal consulente A., medico legale, preferendola sulla base delle ragioni non congrue di sopra emarginate a quella portata avanti dal Prof. A., noto cardiologo. E non appare aver assolto al proprio obbligo di dare congrua ragione della scelta e dimostrare di essersi soffermato sulla tesi o sulle tesi che ha creduto di non dover seguire. Nella fattispecie de qua costituirebbe un chiaro vizio della motivazione l'aver omesso l'esame critico di passaggi fondamentali della relazione tecnica del Prof. A., ovvero i risultati del Chest Pain score e le conseguenze che si possono trarre dai riscontri autoptici di cui non c'è traccia in sentenza.

Omettendo di considerare almeno i due prefati elementi di analisi fondamentali per valutare ex post la condotta del sanitario il giudice, anche dell'appello, nel valutare discrezionalmente le emergenze processuali, non avrebbe adempiuto compiutamente all'onere motivazionale, esponendo argomenti non adeguati ed illogici determinanti per la formazione del suo convincimento.

Ci sarebbe stato "travisamento della prova", inoltre, in quanto i giudici di merito avrebbero fondato le proprie conclusioni su un elemento non sussistente (dolore variabile col respiro e non già fisso).

Con un secondo motivo nell'interesse della An. si deduce mancanza e o manifesta illogicità della motivazione (artt. 192 e 597 c.p.p.) per l'assenza dell'elemento soggettivo (colpa grave) ex art. 590 sexies c.p., comma 2.

Rileva la ricorrente come il giudice di primo grado abbia ritenuto "grave" il grado della colpa illustrandone (seppur in maniera infondata, si intende, le ragioni) "poichè l'imputata non si è trovata a dover affrontare, sul piano diagnostico, un caso clinico di particolare difficoltà ma un caso fronteggiabile con interventi conformi agli standard, quali delineati nelle citate linee guida" (pag. 31 della Sentenza). La corte di appello, al contrario ed illegittimamente, non avrebbe ritenuto di dover spiegare per quale ragione la pretesa "leggerezza inescusabile" in capo alla prevenuta debba essere considerata "grave" e non rientrare quindi nel genus della colpa lieve con le conseguenze del caso ("è chiara ed inescusabile la leggerezza con la quale l'imputato ipotizzò la presenza di una patologia che non aveva alcuna evidenza radiologica nè era diagnosticabile sulla scorta degli esami ematici, omettendo del tutto di approfondire, come prescritto dalle linee guida in materia, il versante della patologia cardiaca, manifestata attraverso il dolore toracico con irradiazione al braccio sinistro dal paziente, in presenza di tre fattori di rischio, e della quale era anche una spia il risultato non tranquillizzante del tracciato ECG" così a pag. 10) Per la ricorrente nessuno dei due giudici di merito ha spiegato se la natura della colpa riscontrata ricada nelle figure generali dell'imperizia, dell'imprudenza o della negligenza. E ci si duole che tale omesso inquadramento, alla luce della Legge Gelli Bianco, crei dei problemi interpretativi di non poco respiro, in quanto dell'art. 590-sexies c.p., il comma 2 introdotto dalla L. n. 24 del 2017, è norma più favorevole rispetto al D.L. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3, comma 1, in quanto prevede una causa di non punibilità dell'esercente la professione sanitaria collocata al di fuori dell'area di operatività della colpevolezza, operante ricorrendo le condizioni previste dalla disposizione normativa (rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche clinico-assistenziali, adeguate alla specificità del caso) - nel solo caso di imperizia e indipendentemente dal grado della colpa, essendo compatibile il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche con la condotta (anche gravemente) imperita nell'applicazione delle stesse (si richiama sul punto Sez. 4, n. 50078/2017 in relazione ad una fattispecie di colpa grave per imperizia nell'esecuzione di un intervento di lifting).

Ebbene, per la ricorrente, qualora si ritenesse fondata la teoria accusatoria di insorgenza dell'infarto già il 31 agosto (che, viene ripetuto, poggerebbe sulla travisata natura del dolore lamentato dal paziente) al momento della dimissione dal PS di (GGGGGG la colpa mai potrebbe configurarsi come "grave", così come semplicisticamente ritenuto dal giudice di prime cure e, si deve ritenere, anche dal giudice di Appello, quanto - tutt'al più - "lieve" in ragione dei tratti specifici della vicenda e della complessità del quadro patologico, oltre che dalla circostanza per la quale, sulla base dei dati all'epoca disponibili e tutti documentati in atti, la An. si sarebbe scrupolosamente ed adeguatamente attenuta alle linee guida maggiormente

affidabili sulla materia. Ciò in quanto - ribadisce la ricorrente - che le linee guida consigliavano di non ripetere gli esami, ritenendo sufficienti le indagini già effettuate all'ingresso, nonché l'esistenza di una diagnosi alternativa, validata da altro medico, con conseguente applicabilità della L. n. 24 del 2017, art. 5, c.d. "Legge Gelli", secondo cui "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida" (si richiama il precedente di cui a Sez. 4 n. 16237/2013). Ne discenderebbe come, in ragione del concreto e corretto esercizio della ars medica da parte della An., non possa che concludersi come, in assenza di colpa grave - ovvero dell'elemento soggettivo oggi previsto in via esclusiva dalla normativa in tema di responsabilità medica - la stessa debba essere assolta perché il fatto non costituisce reato.

Con un terzo motivo ci si duole della manifesta illogicità della motivazione (artt. 199 e 499 c.p.p.) per travisamento della prova e comunque del fatto.

Si evidenzia in ricorso che nell'impugnata sentenza si è ritenuto in diversi punti che non ci siano elementi per asseverare la tipologia di dolore (variabile col respiro) lamentata dal paziente in sede di triage ("rif. dolore toracico irradiato arte sup. sin aumento della sintomatologia con gli atti respiratori" in tal senso cartella clinica di PS) ed in sede di anamnesi alla Dott.ssa N. ("allora inizialmente è stata fatta dall'infermiere di triage, è arrivato dicendo che aveva un dolore toracico che aumentava quando respirava" - in tal senso teste N. trascrizioni ud. 4/2/16 p. 26 che si allega all. 2).

La pretesa assenza di variazione del dolore indipendentemente dal respiro viene in sentenza direttamente collegata all'insorgenza dell'infarto antecedentemente al momento dell'accesso in ospedale - come sostenuto dal CT del Pm A. e non il giorno successivo dopo la dimissione del paziente - come sostenuto dal CT A. "sulla scorta dell'accertamento autoptico... esordio della patologia in epoca immediatamente precedente rispetto al ricovero, dovendosi escludere l'insorgenza dell'episodio infartuale in epoca successiva" (in tal senso l'impugnata Sentenza p. 10) e pertanto non giustificabile quindi la diagnosi differenziale di patologia polmonare. Diagnosi ammissibile, quindi, soltanto in caso di variazione del dolore con la respirazione con ovvie ricadute sulla valutazione della sussistenza dell'elemento soggettivo e sul relativo grado la cui importanza in caso di presunta mal pratiche, acquisiscono una valenza determinante.

Tale assunto (insussistenza della variabilità del dolore al variare del respiro) costituirebbe, pertanto un vero e proprio travisamento del fatto in quanto è attestato dalla cartella clinica e dal testimoniale della teste N. che, nonostante quanto ritenuto dalla Corte di appello, non possono essere messi in dubbio da nessuno degli elementi promananti dal fascicolo del dibattimento indicati dalla Corte. Ne discenderebbe che, qualora la Corte territoriale non avesse travisato tale elemento probatorio ed avesse considerato sussistente la variazione del dolore col respiro del M., avrebbe ritenuto corretta la diagnosi polmonare formulata in sede di dimissione dalla ricorrente An., con ovvie ricadute sulla valutazione della sussistenza eventuale dell'elemento soggettivo e del relativo grado, la cui importanza, in caso di presunta malpractice post Legge Gelli-Bianco, acquisisce una valenza determinante (il dolore della sindrome coronarica acuta è un dolore fisso, oppressivo, che non si modifica con gli atti respiratori in tal senso CT A. ud. 25/10/2016 pag. 62) confermato anche dal consulente C.: "nell'infarto acuto vero il dolore è fisso..." in tal senso CT C. ud. 25/10/2016 pag. 63).

Tale assunto (indifferenza del dolore al variare del respiro) ed il suo ritenuto necessario corollario (erronea diagnosi polmonare) costituirebbe, pertanto, per il ricorrente "un vero e proprio travisamento del fatto" (così pag. 13 del ricorso).

Di certo - è la tesi sostenuta in ricorso - non possono mutare la natura del dolore da variabile col respiro a fisso e oppressivo che consegue necessariamente alla sindrome coronarica così come preteso dalla Corte territoriale a pag. 10 i seguenti elementi: a) il dolore al braccio sinistro ritenuto un sintomo altamente indicativo dell'Infarto del miocardio; b) i risultati dell'Rx ritenuti insufficienti per diagnosticare una patologia polmonare; c) i tre fattori rischio cardiaco, fumo, età e sesso maschile; d) l'ecg con un'unica alterazione nel tratto ST definito "non tranquillizzante" su basi non scientifiche; e) la mancata reiterazione dei marker enzimatici. A questi elementi, in precedenza, la Corte territoriale aveva aggiunto anche il testimoniale dei parenti del M. (il richiamo è a pag. 4 della sentenza, ove si legge che "nessuno dei testimoni esaminati in dibattimento ha riferito che il dolore si modificasse di intensità con gli atti respiratori").

Per tutti i punti sopra ricordati suffragherebbero la tesi accusatoria le sole conclusioni del consulente tecnico del Pm, che per il difensore ricorrente non sarebbero collegabili ad una valente e consolidata letteratura medica.

In merito al punto a), si sostiene in ricorso che la Corte non spiega nè indica quale sarebbe la legge di copertura scientifica che consente di affermare che un dolore toracico irradiato anche al braccio comporti necessariamente che il dolore non possa variare in ragione della respirazione (affermazione questa talmente arditata che nemmeno i consulenti del Pm hanno formulato); al contrario, essendo espressamente considerata nel Chest Pain Score (le linee guida internazionali più affidabili in materia) la possibilità che ricorrano entrambe le caratteristiche del dolore al petto: irradiazione al braccio e variazione con gli atti del respiro.

In merito al punto b), La Corte territoriale, infatti, non spiega nè indica quale sarebbe la legge di copertura scientifica che le consentirebbe di affermare per quale motivo l'RX Torace non giustificasse la diagnosi polmonare fronte del fatto che l'RX del torace (validato dalla radiologa Dott.ssa Pianura) documentava "in sede paracardiaca sinistra presenza di accentuazione della trama bronco-vasale che confluisce a formare uno sfumato addensamento parenchimale", ovvero un addensamento dal contorno non netto, tipico delle alveoliti, la cui espressione più comune è proprio la polmonite, anche virale, pertanto idoneo a giustificare il dolore lamentato al petto dal paziente, che si modificava, infatti, con gli atti del respiro. In presenza di un sintomo non tipicamente cardiaco bensì pleumo-polmonare, di un quadro elettrocardiografico e laboratoristico negativo per infarto del miocardio e di un quadro radiografico indicativo di un processo bronco-pneumonico che giustificava il dolore lamentato dal paziente, per il difensore ricorrente appare, dunque, del tutto corretta la diagnosi eseguita dall'imputata di processo flogistico e di esclusione di ogni cardiopatia in corso. E a nulla varrebbe la considerazione per la quale in sede autoptica non sarebbe stato documentato alcun versamento pleurico, posto che il versamento pleurico non consegue a tutti i tipi di polmonite.

In merito al punto c), la Corte capitolina, inoltre, non avrebbe spiegato per quale motivo i fattori di rischio, peraltro annotati dalla N. in cartella, avrebbero dovuto indurre ad una diagnosi cardiaca e non polmonare in assenza di un dolore fisso. E, ad ogni modo, si sottolinea come non acquisiscano una particolare rilevanza per la valutazione della natura del dolore toracico e possibile origine cardiaca mediante il c. d. "chest pain scores" metodo riconosciuto ed applicato a livello internazionale dalle società di cardiologia che attribuisce alla variazione del dolore con gli atti del respiro

un punteggio "-1", idoneo a rendere irrilevante l'irradiazione del dolore al braccio, al quale lo stesso metodo attribuisce un punteggio pari, infatti, a "+1".

L'unico altro sintomo rilevante era, dunque, la localizzazione retrosternale precordiale, al quale l'imputata, sempre in applicazione del citato metodo, assegnava un punteggio pari a 3 punti, per cui il risultato complessivo del calcolo era "score" 4 dolore atipico bassa probabilità di angina pectoris" (in tal senso, la tabella tratta dalle linee guida per il dolore toracico PDT, riportata anche dal Prof. B. (CTPC) a pag. 3 della sua Relazione).

In merito al punto d), si lamenta che la Corte territoriale, infatti, non spieghi né indichi quale sarebbe la legge di copertura scientifica che le consentirebbe di affermare che il tracciato ECG (definito non rilevante poche righe prima) fosse non tranquillizzante a fronte del fatto che solo una doppia alterazione contigua attesta una patologia cardiaca (tanto è vero che, secondo il difensore ricorrente, il C. ha provato nel corso dell'esame, dopo diversi mesi dalla prima lettura del tracciato, ad inventarsene una seconda contraddicendo se stesso rispetto all'iniziale valutazione sancita nella diagnosi trascritta nel certificato del 15 gennaio 2014, ma soprattutto sotto il profilo della valutazione del tracciato dell'ECG e della valutazione del sottoslivellamento). Segnatamente l'elettrocardiogramma, effettuato alle 17:59, documentava un ritmo sinusale normofrequente. Il tracciato era, quindi, da considerare del tutto normale. La presenza del sottoslivellamento ST di circa 1 mm isolato in V4 non rappresentava, infatti, indice di alcun problema cardiologico, posto che secondo le linee guida internazionali la diagnosi elettrocardio-grafica di ischemia del miocardio (e, dunque, il "segno di ischemiasubendocardiaca") necessita della presenza di alterazioni specifiche in almeno 2 derivazioni elettrocardiografiche anatomicamente contigue. Tanto è vero che la medesima Corte afferma che tale alterazione non fosse particolarmente rilevante (in tal senso pag. 9 della sentenza impugnata).

In merito al punto e), la Corte territoriale, ancora, non spiegherebbe né indicherebbe quale sarebbe la legge di copertura scientifica che le consentirebbe di affermare che sussisteva l'indicazione a ripetere gli esami diagnostici: l'ECG era normale, i marker di diagnosi precoce di cardiopatia ischemica avevano dato esito negativo con percentuali tranquillizzanti: il prelievo ematico, eseguito alle ore 18:29 (circa due ore dopo l'inizio del dolore), documentava infatti normali valori dei marcatori di miocardio necrosi (mioglobina, Troponina I, CK-MB) e, addirittura, un livello della mioglobina - un marcatore sensibile e molto precoce del danno cardiaco (si eleva già dopo la prima ora dall'infarto ed è chiaramente rilevabile già a due ore dalla necrosi miocardica, come specificato nelle Linee Guida della American Heart Association) - al limite inferiore della norma. Peraltro, prosegue il ricorso, è noto e pacifico che la concorde negatività di tutti i marcatori di miocardionecrosi, rafforza il valore diagnostico del risultato di laboratorio: secondo un noto ed autorevole studio, effettuato su pazienti giunti precocemente in pronto soccorso, un prelievo ematico eseguito solo all'ingresso in ospedale, che documenta valori normali sia di mioglobina che di troponina, è in grado di escludere la presenza di un infarto del miocardio nel 98% dei casi, mentre la ripetizione dell'esame dopo 90 minuti incrementa la precisione del risultato di solo 1,6%.

Il paziente, poi, anche col passare del tempo, continuava a non manifestare alcuno degli stati fisici compatibili con una patologia cardiaca concretamente in atto, atteso che il M. non era affetto da sudorazione e non avvertiva più alcun dolore. Di contro risultavano gli elementi per essere certi di una affezione polmonare: il paziente accusava un dolore che si modificava con gli atti del respiro; il radiologo, sulla base della lastra del torace, aveva descritto un addensamento polmonare, ben segnalato e

non certo aspecifico.

Il ricorrente ricorda che le linee guida cardiologiche, richiamate anche nella C.T. del PM Dott.ssa A., definiscono, infatti, un tale dolore (variabile con gli atti del respiro) "atipico" per le patologie cardiache (l'infarto al miocardio è caratterizzato da un dolore toracico oppressivo insensibile alle variazioni posturali o del respiro) e più tipico, invece, per quelle di natura pleurica. A nulla rileverebbe, invece, l'immaginifico comune, emerso in dibattimento ma suggestivo al punto di condizionare anche la Corte di appello, secondo cui un siffatto dolore sarebbe "altamente sintomatico" di un infarto in atto (in tal senso, la sentenza impugnata a pag. 9) - considerazione forse emotivamente suggestiva ma priva di qualsivoglia fondamento scientifico. Di contro, secondo i metodi di calcolo cardiologici del "Chest pain scores" l'irradiazione al braccio del dolore è posto come valore sintomatico (uno in negativo l'altro in positivo) sullo stesso piano della variazione del dolore con gli atti del respiro.

Quanto al punto f), la Corte territoriale, ancora, non spiegherebbe le ragioni secondo cui il testimoniale della parte civile, signora FFFF moglie del defunto invalidi la cartella o il testimoniale dalla Dott.ssa N. medesima in ordine al riferito del paziente in sede di triage e riportato in cartella (atto pubblico fidefaciente peraltro fino a querela di falso che non risulta presentata) in sede di anamnesi e mutare la natura del dolore del paziente. Difatti la stessa signora ha affermato in aula che, dopo l'accesso al triage e l'ingresso del marito nell'area di cura propriamente detta, era rimasta fuori nell'area di attesa ad attendere la fine degli accertamenti ("l'ho lasciato lì perchè non ha fatto permesso di rimanere dentro" in tal senso ud. 4/2/16 pag. 5). Poichè non l'hanno fatta rimanere all'interno del PS e di aver parlato solo con un infermiere uomo (lui dice: "va bene signora, non fa niente rimane qui che pensiamo noi"), è evidente che la stessa, oltre a non aver parlato con la dottoressa N., non ha potuto assistere all'anamnesi del marito da quest'ultima dottoressa operata ("Allora lui è rimasto dentro, noi siamo usciti fuori in sala per aspettare,.."- in tal senso Signora M. pag. 5 e ss ud. 4/2/2016).

La signora M. ha affermato di avere aspettato fuori per tre ore e solo dopo terminate gli accertamenti un infermiere l'ha chiamata per parlare con una dottoressa che ipotizzando una polmonite aveva dimesso il marito (in tal senso p. 6 udienza 4/2/16) - e quindi non la N. ma l' An..

Ne discende, continua il ricorrente, che la natura variabile col respiro risulta essere un fatto certo ed incontrovertibile, e pertanto non travisabile, se non compiendo l'erronea operazione ermeneutica effettuata dal giudice dell'appello.

Con un quarto motivo di ricorso si denuncia inosservanza ed erronea applicazione della legge, nonchè vizio di motivazione in relazione all'ordinanza di rigetto della richiesta di rinnovazione dibattimentale ex art. 603 c.p.p., comma 3, attesa l'indispensabilità di una perizia e della riassunzione della prova testimoniale della signora M..

La Corte capitolina - ci si duole - ha rigettato la richiesta di rinnovazione dibattimentale volta all'effettuazione di una perizia per l'accertamento dell'esatto momento di insorgenza dell'infarto del miocardio ritenendola a pag. 6 "superflua, non in grado di apportare nuovi e dirimenti elementi conoscitivi" sulla base dell'interpretazione fornita del consulente A. secondo la quale "il versamento intrapericardico... che aveva determinato la rottura del cuore... dai tre ai sette giorni dopo l'insorgenza dell'infarto" (in tal senso pag. 6).

Affermazione tuttavia che non tiene conto, secondo il ricorrente, del fatto che, se fosse collocabile e collocata entro i tre giorni ipotizzati anche dal consulente del PM, e

quindi il primo settembre 2013, la Dottoressa An. non avrebbe posto in essere alcuna omissione rilevante nella catena causale che ha portato all'exitus del paziente.

Viene ricordato in ricorso che, secondo la costante giurisprudenza di questa Corte di legittimità, il rigetto dell'istanza di rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale in appello si sottrae al sindacato di legittimità, nella sola ipotesi in cui "la struttura argomentativa della motivazione della decisione di secondo grado, si fondi su elementi più che sufficienti per una compiuta valutazione in ordine alla responsabilità" (in tal senso viene richiamata Sez. 6, n. 30774 del 16/07/2013).

Apparirebbe, di contro, evidente come la Corte territoriale non abbia compreso che l'elemento dirimente per determinare la responsabilità del sanitario non poggiasse sulle cause della morte - pacifiche e riconosciute da tutti i consulenti bensì sulla corretta datazione dell'evento ischemico che poi ha portato alla morte.

Elemento in assenza del quale, qualora per il favor rei non si voglia collocare il momento dell'IFFFFFFFF al limite inferiore dello iato temporale fissato dal CFFFFFPM e riconosciuto valido anche dalla stessa Corte territoriale, ovvero tre giorni e quindi il FFF), risulterebbe impossibile decidere allo stato degli atti. Ed invero, solo una datazione corretta dell'evento ischemico ovvero la rottura del cuore consente al giudice di valutare se, al momento della visita, la Dott.ssa An. abbia correttamente inquadrato la fattispecie al suo esame ed applicato correttamente le linee guida in merito. Valutazione possibile attraverso l'accertamento peritale richiesto con la rinnovazione dibattimentale.

Appare quindi necessario - secondo la tesi proposta in ricorso - in ragione della corretta formulazione del c.d. "giudizio controfattuale", accertare con un ragionevole grado di certezza quando effettivamente sia insorta la patologia, valutazione che, di contro, nel caso di specie appare essere stata il frutto di un mero arbitrio, in quanto non fondata su alcun dato tecnico-scientifico e comunque ricomprendente anche un momento idoneo ad escludere la responsabilità dell'imputata.

Di contro, nel caso di specie, si sarebbe omesso di considerare sia il dato autoptico che il dato storico inoppugnabile consistente nel malore avvertito dal defunto il giorno successivo alla visita in pronto soccorso ed alla dimissione.

Relativamente al dato autoptico, l'accertamento, per il ricorrente, non potrà prescindere dal riesame dei prelievi istologici effettuati in seguito all'autopsia (i vetrini tutt'ora in deposito presso l'Istituto di medicina legale). Ciò in quanto per il ricorrente appare necessario che venga effettuata una perizia in merito a tali vetrini al fine di accertare l'esatto momento di insorgenza dell'infarto anche mediante che consentirà, senza alcun timor di smentita, di correttamente datare il dato anatomopatologico, fornendo, finalmente un chiaro quadro idoneo a dissipare ogni dubbio e a smentire, quindi, le ricostruzioni dell'accusa, contrariamente a quanto ritenuto dal Giudicante di prime cure.

In ragione dell'evidente travisamento del fatto, qualora residuassero dubbi in seno al Collegio in ordine all'inoppugnabilità del dato autoptico ai fini della datazione dell'infarto, il ricorrente insiste sulla necessità di riassumere la testimonianza della signora M. in merito all'episodio di grave dolore al petto del (OMISSIS), giorno successivo all'accesso al pronto soccorso, e del miglioramento delle condizioni da costei riferito in sede di indagini ma non specificatamente riportati in sede dibattimentale, ove la stessa ha, infatti, solo genericamente riferito di dolori al petto nei giorni successivi ("nei giorni successivi ebbe ancora dolori? Sì". come si legge a pag. 10 delle trascrizioni relative all'udienza del 4 febbraio 2016).

Si sottolinea in ricorso, infatti, come il mancato accertamento di tali fondamentali circostanze renda impossibile decidere allo stato degli atti, avendo il giudicante di prime cure accolto la tesi dello slittamento dell'infarto proposta dalla Dott.ssa A. solo perchè agli atti non ci sarebbero prove di un evento ischemico successivo al 31 agosto, circostanza, come visto, non vera. Senza contare, poi, che - come già evidenziato - la Signora M., costituitasi parte civile, sia evidentemente portatrice di un chiaro interesse privatistico che dipende in maniera diretta ed univoca proprio dalla datazione dell'evento ischemico.

Ne discenderebbe, pertanto, la grave incompletezza sul punto dell'indagine dibattimentale, al punto da rendere impossibile prendere una decisione allo stato degli atti senza aver prima provveduto ad un'indispensabile rinnovazione dell'istruttoria (vengono sul punto della rinnovazione istruttoria citati i precedenti di Sez. 6 n. 8936/2015 e Sez. 3 n. 21687/2004).

Per il ricorrente appare necessario chiarire l'evento del 1 settembre, citato in sede di sommarie informazioni come un evento eccezionale ed unico nello iato temporale intercorso tra l'accesso al pronto soccorso della domenica 31 agosto e la morte avvenuta il giovedì (OMISSIS). e le effettive condizioni presentate dal M. nei giorni successivi. Le dichiarazioni rese in fase di indagine giustificano, di per sè sole, la richiesta di una rinnovazione dibattimentale a fronte della motivazione sottostante la condanna anche in sede di appello.

Con un quinto motivo si deduce mancanza contraddittorietà e/o manifesta illogicità della motivazione, travisamento del fatto e violazione di legge per la mancata conversione della pena.

Si lamenta sul punto da parte della Corte di appello un acritico recepimento delle considerazioni operate dal giudice di prime cure in tema di trattamento sanzionatorio.

In particolare, la corte di appello (pag. 10) avrebbe completamente omesso di indicare le ragioni secondo le quali "non si apprezzano quindi i presupposti per effettuarsi la richiesta riconversione della pena" avendo solo affermato nel periodo precedente che la pena fosse equa e proporzionata ed avendo fruito l'imputata dei benefici e delle attenuanti generiche. Ma senza indicare le ragioni per la mancata riconversione della pena che afferiscono ad un diverso piano non assolvendo quindi al proprio obbligo motivazionale (viene ricordato sul punto il dictum di questa Sez. 4 n. 46432/2018 secondo cui incorre nel vizio di motivazione e nella violazione della L. 24 novembre 1981, n. 689, artt. 53 e 58 il giudice di secondo grado che, investito di motivi d'appello con i quali si chiede la conversione della pena detentiva breve in pena pecuniaria ex art. 53 della stessa legge, non fornisca adeguata motivazione in merito alla mancata conversione.

L'attenta lettura dell'incartamento processuale, delle motivazioni della sentenza di primo grado e dell'atto di appello, per la ricorrente avrebbero dovuto indurre la Corte capitolina ad una diversa e maggiormente adeguata dosimetria della pena ed all'applicazione del richiesto istituto della conversione della pena di cui alla L. n. 689 del 1981.

Chiede, pertanto, l'annullamento della sentenza impugnata.

- ai soli effetti civili ex artt. 573 - 576 c.p.p. le parti civili costituite M.A.M., D.M.F.A., M.T.I.L., M.C.S., M.J.E. ed M.E.M..

Le pp.cc. deducono inosservanza ed erronea applicazione degli artt. 581, 597 e 605 c.p.p., in ordine al mancato esame di motivi di impugnazione dalle stesse presentati, ovvero mancanza della motivazione sui medesimi.

Lamentano con un primo motivo che la Corte territoriale, nella stesura della motivazione della Sentenza oggetto del presente ricorso, abbia omesso totalmente di valutare uno dei motivi di appello, il primo, con cui le parti civili avevano lamentato che il giudice di prime cure avesse errato nel riconoscere da parte della vittima un concorso di colpa, omettendo, inoltre, di stabilirne l'eventuale percentuale. Nel corpo dei motivi di gravame nel merito, viene ricordato, oltre ad essere riportato testualmente il passaggio della sentenza di primo grado che si impugnava, si richiamavano le numerose prove emergenti dal compendio probatorio, a dimostrazione della totale infondatezza del riconoscimento di un concorso del M. nella causazione del proprio decesso.

Si lamenta che la Corte territoriale non abbia preso in minima considerazione tale censura, ma abbia concentrato la sua motivazione solo ed esclusivamente sul secondo punto di impugnazione delle parti civili, nella parte in cui si criticava la sentenza di primo grado laddove prevedeva una provvisoria di importo estremamente ridotto. Il motivo veniva rigettato sul duplice rilievo che, nella quantificazione provvisoria ad opera del giudice di primo grado: 1. al momento lo stesso era stimabile esclusivamente sotto il profilo della sofferenza e dei conseguenti disagi per la perdita del familiare (rispettivamente coniuge, padre e genero delle costituite parti civili); 2. che non pare aver influito, nella determinazione di siffatto importo, alcuna valutazione negativa circa la condotta concorrente del paziente nella determinazione del suo proprio decesso, avendo il tribunale, ai fini della determinazione del trattamento sanzionatorio, evidenziato come costui, avendo accusato a più riprese, dopo la dimissione, il medesimo dolore toracico, non si fosse rivolto ai presidi sanitari per una rivalutazione del quadro patologico, atteso che la terapia antibiotica prescritta non aveva sortito nei primi quattro giorni alcun effetto benefico; 3. che il tribunale ha preso correttamente in considerazione la natura della parentela esistente con il de cuius, l'età della vittima e quella dei superstiti, rinviando alla competente sede civile per la determinazione integrale del danno risarcibile, derivandone un importo che risulta quindi equo e proporzionato, trattandosi di risarcimento disposto in via esclusivamente provvisoria e con riferimento al danno morale.

La Corte capitolina, limitandosi a, ha totalmente disatteso e violato il disposto di cui agli artt. 581 e 597 c.p.p. omettendo di decidere su un punto di appello demandato al secondo giudice dalla difesa delle parti civili (si richiama in proposito il dictum di Sez. 2 n. 52617/2018) e si sostiene che, in ogni caso, anche a volere ritenere che la Corte territoriale lo abbia valutato, non può che ritenersi la decisione del secondo giudice viziata da una palese carenza della motivazione.

La Corte capitolina - si sostiene in ricorso - non si è espressa neppure sul punto del concorso di colpa, non evincendosi in alcuna parte della sentenza alcuna valutazione in ordine alla correttezza ovvero infondatezza dell'assunto relativo ad una compartecipazione della vittima nella causazione dell'evento.

Tale modus operandi non potrebbe che ritenersi un classico caso di "motivazione apparente" e, come tale, del tutto insufficiente a strutturare legittimamente una sentenza di secondo grado, non essendovi traccia alcuna della confutazione della tesi, supportata da svariati elementi di prova, puntualmente elencati nell'atto di appello delle pp.cc., relativa alla esclusiva riconducibilità dell'evento morte alla condotta dell' An., senza alcun apporto causale rinvenibile nel comportamento FFFFFFFF

Con un secondo motivo si deduce contraddittorietà e manifesta illogicità della motivazione rispetto al verbale di Pronto Soccorso del 31/8/2013, alle testimonianze di T.M.I.L., D.M.A.F. e D.C. nonché alle stesse dichiarazioni rese dall'imputata nel corso del suo esame ovvero inosservanza ed erronea applicazione degli artt. 2043, 1227 e 2056 c.c..

Pur ritenendo assorbente il precedente motivo di ricorso, si evidenzia in ogni caso che la Corte territoriale affermava, nel corpo della propria motivazione, come il concorso di colpa del M. fosse stato riconosciuto fondato dal tribunale in virtù della circostanza che il predetto non si sarebbe rivolto ai presidi sanitari nei giorni successivi, atteso che la terapia antibiotica non aveva sortito effetti benefici, ma tale assunto sarebbe in aperta contraddizione con le prove richiamate dalla difesa di parte civile nel proprio atto di appello.

In primo luogo, la decisione del Corte di Appello risulterebbe contraddittoria con quanto provato dal verbale di pronto soccorso del 31/7/2013, in cui non si faceva minimamente riferimento ad alcun tipo di problema cardiocircolatorio, ovvero in nessun caso veniva prospettato al paziente il rischio di un infarto. A ciò si aggiunga il fatto che al paziente in sede di dimissioni non fu mai detto che l'elettrocardiogramma effettuato presentasse delle criticità rilevanti del tutto sottovalutate dalla An..

Per le parti civili, sostenere, come fatto dal tribunale e semplicemente condiviso dalla Corte di Appello, che il M. avesse un onere di recarsi nuovamente a presidi sanitari nei giorni successivi, risulterebbe del tutto contraddittorio, essendo emerso come lo stesso avesse, eventualmente, l'onere di tornare presso il nosocomio (il M. non aveva un medico curante), soltanto all'esito della cura, la quale, come detto, aveva una durata di sette giorni. L'infarto, invece, interveniva circa tre giorni dopo le dimissioni, senza che fosse emerso alcun peggioramento delle condizioni di salute del deceduto, il quale, quindi, non poteva che confidare nella certezza che la terapia prescrittagli, avesse dato i suoi effetti all'esito del ciclo previsto.

La motivazione della Corte territoriale secondo la quale FFFFFF contribuito al suo decesso non recandosi presso l'ospedale nei giorni successivi alle sue dimissioni, risulterebbe contraddittoria ed illogica anche rispetto alle dichiarazioni rese dall'imputata An., la quale dichiarava espressamente, come riportato nell'atto di appello agli affetti civili, che il paziente si sarebbe dovuto recare presso l'ospedale soltanto se i sintomi si fossero aggravati.

Ebbene, come comprovato dalle testimonianze di TFFF risulterebbe provato non solo come i sintomi non si fossero giammai aggravati, ma al contrario i dolori risultavano leggermente affievoliti, in considerazione del fatto che il M. era rimasto a riposo in casa per tutto il tempo successivo alle sue dimissioni dall'ospedale, così da lasciare pensare, al deceduto e ai suoi familiari, che la terapia antibiotica stesse chiaramente facendo effetto. Affermava, infatti, la moglie del deceduto, ad apposita domanda della difesa dell'imputata volta a sapere se nel corso dei giorni successivi i sintomi si fossero aggravati ovvero attenuati, come i dolori persistessero nei giorni seguenti, ma con intensità minore. La stessa figlia del deceduto, M.A.F., alla domanda relativa alla circostanza se i dolori fossero diminuiti nei giorni a seguire, rispondeva: "un pò sì, non come prima però, ancora gli faceva male, i dolori andavano e venivano". Infine, D.C. confermava la circostanza affermando sul punto "ce l'aveva i dolori però non così forti come prima".

Ebbene, il compendio probatorio richiamato, mostrerebbe la totale contraddittorietà ed illogicità della sentenza di secondo grado, la quale risulta avere dato per certo, nella decisione di riconoscere un concorso di colpa del M., un elemento chiaramente

smentito da tutte le prove assunte, ossia che i dolori al petto sulla persona del deceduto, si fossero aggravati nel corso dei giorni successivi alle sue dimissioni.

Ancora più illogica e contraddittoria risulterebbe la sentenza, alla luce delle contrarie circostanze emerse dal compendio richiamato. Il M. risultava totalmente rassicurato dalla diagnosi di polmonite stilata dalla An. e dalle sue indicazioni di assumere una terapia per la durata di sette giorni, cura che sarebbe stata risolutiva per la malattia allo stesso diagnosticata. Inoltre, lo stesso deceduto riscontrava come, a seguito dell'inizio della terapia antibiotica prescrittagli, non avesse avuto più dolori così forti come quelli che lo avevano spinto a recarsi al Pronto Soccorso, dato questo confermato da tutti i test sentiti nel corso di primo grado.

Risulterebbe illogico e contraddittorio, alla luce di quanto sopra detto, sostenere che il M. dovesse, solo 72 ore dopo le dimissioni, recarsi nuovamente presso il nosocomio, non avendo riscontrato alcun aggravamento dei sintomi indicatogli dalla An. quale unico fattore che avrebbe dovuto spingere il predetto a tornare presso il Pronto Soccorso.

In ogni caso, per il difensore delle parti civili, laddove si dovesse ritenere che la sentenza non sia contraddittoria nell'aver riconosciuto un concorso di colpa in capo al M., il provvedimento in questa sede impugnato risulta viziato dall'inosservanza degli artt. 2043, 1227 e 2056 c.c. norme delle quali si sarebbe dovuto tenere conto in relazione alla domanda risarcitoria spiegata nella sede penale dalle persone danneggiate. Infatti, la Corte territoriale ometteva di indicare la percentuale di concorso di colpa del M., errore nel quale era incorso lo stesso Tribunale, tanto che tale circostanza era oggetto di apposito motivo di appello da parte delle parti civili.

Tale mancanza, infatti, risulta avere del tutto disatteso l'ulteriore motivo di appello ai soli effetti civili, pregiudicando inevitabilmente la domanda risarcitoria delle persone danneggiate.

Anche le parti civili chiedono, dunque, la cassazione della sentenza impugnata ai sensi dell'art. 622 c.p.p..

3. Il PG presso questa Suprema Corte in data 11/12/2020 ha reso le proprie conclusioni scritte per l'udienza camerale senza discussione orale (D.L. 28 ottobre 2020, n. 137, art. 23 comma 8) chiedendo dichiararsi inammissibile il ricorso dell'imputata, senza alcun riferimento a quello delle parti civili.

4. In data 29-30/12/2020 sono pervenute memoria conclusiva, conclusioni e nota spese a firma dell'Avv. Alberto Bonu, nell'interesse delle ricorrenti parti civili, il quale chiede dichiararsi inammissibile il ricorso proposto dall'imputata ed accogliersi quello delle parti civili, con vittoria di spese in danno dell'imputata e del responsabile civile;

5. In data 7-8/1/2021 è pervenuta memoria difensiva dell'Avv. Fabio Frattini nell'interesse della FFF), con la quale il difensore, lamentando la violazione della legge processuale in ordine al rigetto della richiesta di rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale ai fini dell'effettuazione di una perizia medico legale e la non corretta individuazione della legge penale applicabile, con conseguente annullamento della sentenza per violazione del D.L. n. 158 del 2012, art. 3, comma 1 e l'omessa motivazione sul grado della colpa, chiede annullarsi la sentenza impugnata con rinvio ad altra Sezione della Corte di Appello di Roma.

Motivi della decisione FFFFFFn. è fondato, nella parte in cui ne censura la logicità e la congruità della motivazione, e, pertanto, la sentenza impugnata va annullata con

rinvio per nuovo giudizio ad altra Sezione della Corte di Appello di Roma. E la fondatezza di tali motivi assorbe i profili di doglianza proposti dalle costituite parti civili.

2. Come si dirà di qui a poco, i giudici del gravame di merito non hanno operato un buon governo della pluriennale giurisprudenza di questa Corte di legittimità che riguarda i rapporti tra la decisione ed il sapere scientifico introdotto nel processo. In particolare, di fronte ad opzioni contrastanti portate dai consulenti delle parti, non hanno motivato in maniera congrua sulla loro opzione a favore delle une piuttosto che delle altre.

Occorre, tuttavia, in primis, evidenziare alcuni aspetti, in fatto, della vicenda sottoposta all'esame del giudice di Civitavecchia prima e della Corte capitolina poi.

Pacifiche sono le cause della morte della persona offesa, derivate dai rilievi autoptici, supportati dalle analisi istologiche sui tessuti prelevati di cui dà atto il giudice di primo grado alle pagg. 12 e 13 della propria sentenza e la Corte territoriale alle pagg. 5-6 della sentenza impugnata: il cittadino rumeno 57enne FFFFFFF mentre si trovava in un bosco per un picnic con i familiari, muore per un infarto del miocardio (più precisamente la diagnosi è di sopravvenuta insufficienza cardiocircolatoria acuta secondaria a tamponamento cardiaco in ragione di infarto miocardico acuto trasmurale della parte postero-laterale del ventricolo sinistro).

I due quesiti alla cui soluzione sono ancorate le valutazioni in ordine ai possibili profili di responsabilità dell'odierna imputata ipotizzati nell'editto accusatorio sono, dunque i seguenti: 1. Era già in atto l'infarto, o comunque si era appieno nella fase che preludeva allo stesso, il 31 agosto, allorquando M.I., dopo l'accesso in pronto soccorso e gli esami a cui venne sottoposto, venne dimesso dalla An. con la diagnosi e la prescrizione di cure e controlli per la polmonite? 2. In caso di risposta positiva al primo quesito, sussistono i profili di colpa contestati alla An. in relazione a quella che si paleserebbe essere un'errata diagnosi? Nel tentativo di dare una risposta a tali quesiti, l'istruttoria dibattimentale ha consentito di dare per acclarato un altro elemento, di cui i giudici di merito danno ampiamente conto nelle loro motivazioni, ovvero che, allorquando il cittadino rumeno morto per infarto di lì a qualche giorno si presentò al pronto soccorso dell'ospedale di (FFFFFF non venne affatto trascurata la possibilità che ci si trovasse di fronte ad un infarto. Depongono, in tal senso, infatti (cfr. pag. 9 della sentenza di primo grado) il dato che al soggetto deceduto qualche giorno più tardi furono praticati un elettrocardiogramma e, soprattutto, un prelievo ematico con ricerca dei markers enzimatici di miocardiosi (troponina-I e mioglobina). Gli fu poi praticato anche un esame radiografico del torace che evidenziava: "In sede para-cardiaca sinistra presenza di accentuazione della trama bronco-vasale che confluisce a formare uno sfumato addensamento parenchimale. Seni costo-frenici liberi da versamento Immagine cardiomediastinica nei limiti".

Il paziente venne, perciò, dimesso alle ore 21.16 di quello stesso giorno con diagnosi di "addensamento polmonare in sede paracardiaca sinistra" con prognosi di giorni 7 e prescrizione di astensione dai fumo, aerosol terapia, terapia antibiotica (levofloxacina e azitromicina) e nuova rx torace entro circa quindici giorni, ed invio al medico curante per il controllo dell'evoluzione del quadro clinico.

Orbene, i profili di colpa contestati all'imputata - medico di guardia con turno notturno che iniziò alle ore 20 di quel (FFFFFF e che ricevette il paziente dalla collega N., che ne aveva curato gli esami dal momento in cui lo stesso era arrivato in pronto soccorso alle ore 17.36 di quel pomeriggio - danno per scontato che quella sera l'infarto fosse già in atto e consistono in profili di colpa generica e poi nei seguenti profili di colpa

specifica: 1. nell'errata diagnosi di "addensamento polmonare in sede paracardiaca sinistra" derivante dall'omessa valutazione dell'alterazione del tratto ST - documentata dal tracciato ECG effettuato, sintomo di ischemia subendocardiaca; 2. Nell'aver omesso di ripetere il tracciato ecg e le analisi enzimatiche e di trattenere in osservazione il paziente, piuttosto che dimetterlo. Se ciò fosse avvenuto (è il c.d. giudizio controfattuale che propone il capo d'imputazione) non si sarebbe realizzato, il 4 settembre, l'evento morte di FFF Come esplicita la Corte territoriale a pag. 9 della propria motivazione, si contesta all'odierna imputata la "frettolosa dimissione del paziente" 3. Il primo profilo che appare sviluppato in maniera contraddittoria nelle sentenze dei giudici di merito - e, in ultimo, in particolare, in quella impugnata - è quello che riguarda la prova che, all'atto della propria dimissione dal pronto soccorso dell'ospedale di (FFF, ovvero alle 21.16 del (FFFFF, l'infarto che poi lo ha portato alla morte fosse già in atto e che vi fossero i segni, clinici ovvero desumibili dai risultati degli esami cui era stato sottoposto il paziente, per riconoscerlo.

La sentenza di secondo grado è molto sbrigativa e tranciante sul punto, nonostante gli articolati rilievi proposti con l'atto di appello. La sentenza di primo grado, che pure è più articolata, come si dirà, nemmeno pare non fare un buon governo del rapporto sapere scientifico - decisum.

I richiami alle linee guida sono generici. FFFFa, soprattutto, a fronte di indicazioni discordanti provenienti dai consulenti delle parti, non appare logico che, ancorchè sollecitata dalla difesa, nè in primo nè in secondo grado sia stato deciso di disporre una perizia, eventualmente anche collegiale, che si palesava con tutta evidenza necessaria per approfondire in maniera chiara i tempi di insorgenza dell'infarto.

La Corte territoriale, laddove (pag. 6) ha rigettato la richiesta difensiva di perizia medico legale (ritenendo che "...siFFFFfatta ricostruzione dell'evoluzione fino all'esito letale della patologia dalla quale era affetto il FFF condotta secondo le leges artis, non è stata contestata dai consulenti tecnici della difesa e delle parti civili. Deve pertanto respingersi, perchè superflua e non in grado di apportare nuovi e dirimenti elementi conoscitivi, la richiesta difensiva, formulata con il terzo motivo di appello, di rinnovazione parziale dell'istruzione dibattimentale attraverso una perizia da svolgersi sul materiale istologico prelevato e conservato in apposito vetrino, al fine di pervenire alla certa datazione dell'epoca di insorgenza dell'infarto acuto del miocardio") confonde la non contestazione sulla ricostruzione della morte di M.I. con un inesistente consenso tra i consulenti sulla datazione dell'insorgenza dell'infarto acuto. Tale secondo aspetto, dirimente ai fini del presente giudizio, non è affatto incontestato. Inoltre, in questo modo si è data preferenza alle tesi proprie del consulente del PM, senza considerare le osservazioni avanzate dai consulenti della difesa, i quali hanno diversamente argomentato in ordine alla datazione dell'infarto, sostenendo, in forza dei dati autoptici, che lo stesso si era verificato non più di 72 ore prima del decesso.

Così facendo la sentenza impugnata non opera un buon governo della giurisprudenza di questa Corte di legittimità che ha chiarito come "occorre osservare come il principio dell'al di là di ogni ragionevole dubbio, da considerarsi un pilastro del sistema, non costituisca solo una regola di giudizio ma proietti la propria rilevanza anche sul piano della formazione della prova, imponendo l'acquisizione di materiale probatorio di fonte non unilaterale, in modo che la decisione giudiziale possa fondarsi sull'apporto dialettico di elementi dimostrativi di provenienza contrapposta o, ancor meglio, di provenienza super partes, sì da dar vita a una feconda dialettica conoscitiva e a un quadro probatorio caratterizzato da ricchezza ed affidabilità di apporti cognitivi, nel contesto del quale il giudice possa orientare in modo adeguato le proprie determinazioni. Il giudice, infatti, può fare legittimamente propria l'una piuttosto che

l'altra delle tesi scientifiche prospettate dai periti d'ufficio o dai consulenti di parte, nell'ambito della dialettica processuale, purchè dia congrua ragione della scelta e dimostri di essersi soffermato sulla tesi o sulle tesi che ha disatteso (...) ma deve innanzitutto promuovere questa pluralità ed eterogeneità di contributi cognitivi" (così Sez. 4, n. 46392 del 15/5/2018, Beduschi Rv. 274272 che richiama il dictum di Sez. 4, n. 55005 del 10/11/2017, Pesenti, Rv. 271718, alla cui motivazione si rimanda).

Con gli arresti giurisprudenziali sopra ricordati (Sez. 4 nn. 55005/2017 e 46392/2018), anche quelli relativi a casi di diniego di perizia, questa Corte di legittimità ha condivisibilmente rilevato come, in tema di prova scientifica del nesso causale, mentre ai fini dell'assoluzione dell'imputato è sufficiente il solo serio dubbio, in seno alla comunità scientifica, sul rapporto di causalità tra la condotta e l'evento, la condanna deve, invece, fondarsi su un sapere scientifico largamente accreditato tra gli studiosi, richiedendosi che la colpevolezza dell'imputato sia provata "al di là di ogni ragionevole dubbio".

Nel caso che ci occupa, nessuna delle due sentenze confuta con argomentazioni congrue la tesi del consulente della difesa, ricordata anche nell'odierno ricorso, il quale afferma che, secondo la migliore letteratura medica citata dalla stessa consulente dell'accusa (in tal senso, viene richiamata pag. 11 della tabella riportata nella consulenza della Dott.ssa A.) tra le 24 e le 72 ore successive all'infarto si avvia la c.d. "necrosi coagulativa", con perdita dei nuclei e delle strie trasversali, e solo dopo le 72 ore - e non prima - si avvia la disintegrazione delle miofibre tramite l'azione dei c.d. "macrofagi" dall'infarto.

Orbene - atteso che la Dott.ssa A. nel proprio referto autoptico certifica di aver riscontrato nella breccia miocardica del defunto solo la necrosi e non menziona in alcuna maniera l'inizio della disintegrazione delle miofibre e o la presenza dei macrofagi ("D'altra parte, lo studio istopatologico dei prelievi del cuore ha evidenziato nella sede della breccia miocardica la presenza di necrosi coagulata con perdita dei nuclei e delle strie trasversali dei miotici in presenza di un abbandonate infiltrato di granulociti neutrofili" in tal senso, quanto si legge a pagina 10, ultimo capoverso consulenza A.) - la sentenza impugnata avrebbe dovuto spiegare - ma non lo ha fatto - perchè non ha ritenuto fondata la tesi difensiva che l'infarto non fosse in essere da più di 72 ore al momento della rottura del cuore il (OMISSIS) e che, pertanto, il (OMISSIS), al momento della visita da parte della Dott.ssa An., l'infarto non fosse in atto, con conseguente correttezza dei comportamenti assunto dal sanitario.

In altri termini, la Corte capitolina non si è adeguatamente confrontata con la tesi che, sebbene in via generale quando parla di infarto del miocardio antecedente la rottura del cuore lo stesso va ad iniziare in un periodo variabile dai tre ai sette giorni dall'attacco acuto, sarebbe evidente che tale momento nel caso che ci occupa debba necessariamente essere collocato al momento iniziale di tale iato, ovvero tre giorni e non oltre, e non di certo per un indistinto favor rei - come aveva sottolineato la difesa - bensì per il dato oggettivo promanante dall'autopsia.

La Corte territoriale, ancora, non spiega adeguatamente nè confuta argomentatamente il rilievo operato dalla difesa, supportata dal proprio consulente, che chiede venga indicata quale sarebbe la legge di copertura scientifica che le consentirebbe di affermare che sussisteva l'indicazione a ripetere gli esami diagnostici: l'EFFFFera normale, i marker di diagnosi precoce di cardiopatia ischemica avevano dato esito negativo con percentuali tranquillizzanti: il prelievo ematico, eseguito alle ore 18:29 (circa due ore dopo l'inizio del dolore), documentava infatti normali valori dei marcatori di miocardio necrosi (mioglobina, Troponina I, CK-MB) e un livello della mioglobina - un marcatore sensibile e molto precoce del danno

cardiaco (si eleva già dopo la prima ora dall'infarto ed è chiaramente rilevabile già a due ore dalla necrosi miocardica, come specificato nelle linee guida della American Heart Association) - al limite inferiore della norma.

Ancora, non viene spiegato quale sarebbe la legge di copertura scientifica che consentirebbe di affermare che il tracciato ECG (definito non rilevante poche righe prima) fosse non tranquillizzante a fronte del rilievo difensivo che solo una doppia alterazione contigua attesterebbe una patologia cardiaca (tanto è vero che, secondo il difensore ricorrente, il CFFFFFFFFFF provato nel corso dell'esame, dopo diversi mesi dalla prima lettura del tracciato, ad "inventarsene" una seconda, contraddicendo se stesso rispetto all'iniziale valutazione sancita nella diagnosi trascritta nel certificato del 15 gennaio 2014, ma soprattutto sotto il profilo della valutazione del tracciato dell'ECG e della valutazione del sottoslivellamento).

Nessuno dei due giudici di merito, ancora, dà conto del perchè crede ai testi e non a quanto riferito dal primo medico e annotato in sede di triage circa il fatto riferito che il dolore mutasse con il respiro. E nessuno spiega nemmeno come si concilino i miglioramenti dei giorni successivi, che evidentemente c'erano stati se la parte lesa era poi andata a fare un pic nic con i parenti. E, ancora, non si dà alcuna importanza al fatto che il paziente fosse stato dimesso con l'indicazione, disattesa, di essere seguito da un medico. E che emergeva ex actis che il giorno successivo alla sua dimissione dall'ospedale c'era stata un'ulteriore crisi, il che avrebbe dovuto portare a rivalutare la necessità di risentire uno o più familiari dello stesso. Il M., non va trascurato, secondo quanto riportato nella sentenza di primo grado, avrebbe contribuito nella causazione dell'evento "atteso che, nonostante la persistenza del sintomo del dolore toracico nei giorni successivi all'accesso al pronto soccorso e alla dimissione con la prescrizione di una terapia antibiotica per affezione polmonare, egli ometteva di recarsi dal proprio medico curante, ovvero, qualora ne fosse privo, effettuare un nuovo accesso al pronto soccorso per la rivalutazione del sintomo, nonostante tale prescrizione fosse stata impartita dalla stessa imputata in sede di dimissione".

4. Dunque, come si diceva all'inizio, ciò che vulnera il tessuto motivazionale della sentenza impugnata è la corretta ed adeguata valutazione del sapere scientifico introdotto nel processo.

In proposito, va ricordato che la sentenza Sez. 4, n. 43786 del 17/9/2010, Cozzini, Rv. 248944 ha chiarito da tempo un punto fondamentale nei rapporti tra sapere scientifico e sapere giuridico, che va qui ribadito, nel senso che il "sapere scientifico è indispensabile strumento al servizio del giudice di merito", in special modo per tutte le volte "in cui l'indagine sulla relazione eziologica si colloca su un terreno non proprio nuovo, ma caratterizzato da lati oscuri, da molti studi contraddittori e da vasto dibattito internazionale" (così questa Sez. 4, n. 43786/2010, Cozzini, par. 14). In questi casi, continua la medesima sentenza: "...le indicate modalità di acquisizione ed elaborazione del sapere scientifico all'interno del processo rendono chiaro che esso è uno strumento al servizio dell'accertamento del fatto e, in una peculiare guisa, parte dell'indagine che conduce all'enunciato fattuale. Ne consegue con logica evidenza che la Corte di legittimità non è per nulla detentrica di proprie certezze in ordine all'affidabilità della scienza, sicchè non può essere chiamata a decidere, neppure a Sezioni Unite, se una legge scientifica di cui si postula l'utilizzabilità nell'inferenza probatoria sia o meno fondata. Tale valutazione, giova ripeterlo, attiene al fatto (...). Al contrario, il controllo che la Corte Suprema è chiamata ad esercitare attiene alla razionalità delle valutazioni che a tale riguardo il giudice di merito esprime. Del resto, questa Corte Suprema ha già avuto modo di enunciare che il giudice di legittimità non è giudice del sapere scientifico, e non detiene proprie conoscenze privilegiate. Esso è

chiamato a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine all'affidabilità delle informazioni che utilizza ai fini della spiegazione del fatto (Sez.4, n. 42128/2008)" (ivi, par. 14).

La stessa sentenza Cozzini specifica ulteriormente quale sia il compito del giudice di legittimità rispetto al giudice di merito: "Questa Corte di legittimità, d'altra parte, come pure si è tentato di chiarire, è chiamata ad esprimere solo un giudizio di razionalità, di logicità dell'argomentazione esplicativa. E' dunque errato affermare che essa abbia ritenuto o escluso l'esistenza di tale fenomeno. In realtà la Corte ha solo riconosciuto l'assenza di vizi logici del ragionamento causale articolato sulla base della legge scientifica (ritenuta fondata dai giudici di merito) afferente all'abbreviazione della latenza nel caso di esposizione protratta" (ivi, par. 15). E anche successivamente alla sentenza Cozzini questa Corte di legittimità ha ribadito (Sez. 4, n. 24573 del 13/5/2011, PC nel proc. a carico di Di Palma ed altri, non mass.; vedasi anche Sez. 4, n. 16237/2013) che essa non è giudice del sapere scientifico, giacché non detiene proprie conoscenze privilegiate, ma è chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine alla affidabilità delle informazioni che vengono utilizzate ai fini della spiegazione del fatto.

Questa Corte di Cassazione, rispetto a tale apprezzamento, quindi, non deve stabilire se la tesi accolta sia esatta, ma solo se la spiegazione fornita sia stata razionale e logica (cfr. anche la più recente Sez. 1, n. 58465 del 10/10/2018, T. Rv. 276151). Ciò significa che, in questa sede, non si può valutare la maggiore o minore attendibilità degli apporti scientifici esaminati dal giudice di merito, in quanto quest'ultimo, in virtù del principio del suo libero convincimento e dell'insussistenza di una prova legale o di una graduazione delle prove, ha la possibilità di scegliere, fra le varie tesi prospettategli dai differenti periti di ufficio e consulenti di parte, quella che ritiene condivisibile, purchè dia conto, con motivazione accurata ed approfondita delle ragioni del suo dissenso o della scelta operata e dimostri di essersi soffermato sulle tesi che ha ritenuto di disattendere e confuti in modo specifico le deduzioni contrarie delle parti.

Ove una simile valutazione sia stata effettuata in maniera congrua in sede di merito, è perciò inibito a questo giudice di legittimità di procedere ad una differente valutazione, poichè si è in presenza di un accertamento in fatto come tale insindacabile in questa sede se non entro i limiti del vizio motivazionale.

In tema di responsabilità per colpa medica, si è anche condivisibilmente affermato (Sez. 5, n. 9831 del 15/12/2015 dep. 2016, Minichini ed altri, Rv. 267567; conf. Sez. 3, n. 11451 del 6/11/2018 dep.2019, Chianura, Rv. 275174 - 01) che qualora sussistano, in relazione a pluralità di indagini svolte da periti e consulenti, tesi contrapposte sulla causalità materiale dell'evento, il giudice, previa valutazione dell'affidabilità metodologica e dell'integrità delle intenzioni degli esperti, che dovranno delineare gli scenari degli studi e fornire adeguati elementi di giudizio, deve accertare, all'esito di una esaustiva indagine delle singole ipotesi formulate dagli esperti, la sussistenza di una soluzione sufficientemente affidabile, costituita da una metateoria frutto di una ponderata valutazione delle differenti rappresentazioni scientifiche del problema, in grado di fornire concrete, significative ed attendibili informazioni idonee a sorreggere l'argomentazione probatoria inerente allo specifico caso esaminato. Altrimenti potendo concludere per l'impossibilità di addivenire ad una conclusione in termini di certezza processuale.

Laddove, però, il confronto tra i tecnici, come avvenuto nel caso che ci occupa, non

consenta di addivenire a conclusioni tecnico-scientifiche tra loro compatibili, ci si trova dinanzi ad uno scenario che è di tutta evidenza superabile solo attraverso una perizia, eventualmente collegiale, da disporsi in dibattimento.

5. Nel caso che ci occupa, entrambi i giudici di merito paiono propendere in maniera alquanto fideistica per quanto riferiscono i consulenti del PM e della persona offesa, trascurando di confutare argomentatamente e logicamente le considerazioni del consulente della difesa. Ciò perchè non ritengono di dover specificare quali siano le linee guida che imponevano, a fronte di un paziente con markers negativi all'ingresso in pronto soccorso, con un ecg che mostrava solo un elemento di anomalia di ripetere quegli esami e/o di trattenerlo in osservazione, anzichè dimmetterlo. Ciò, ancor più, a fronte di un altro esame (l'rx toracico) che evidenziava una possibile causa polmonare nella sua sintomatologia.

Che questo fosse il punto nodale del decidere - su cui, in primis, dovrà tornare giudice del rinvio - l'aveva bene evidenziato il giudice di primo grado, allorquando a pag. 13 della motivazione della propria sentenza aveva rilevato che "al fine di verificare la fondatezza o meno dell'assunto accusatorio, si tratta ora di valutare se l'imputata, chiamata - quale medico di guardia del pronto soccorso dell'ospedale di (OMISSIS), in turno dalle ore 20:00 del (OMISSIS) alle ore 8:00 del giorno successivo - a valutare clinicamente il caso del paziente - già sottoposto dalla collega N. che l'aveva preceduta ad E.C.G., esame del torace ed analisi di laboratorio - sia incorsa in una inosservanza delle linee guida dettate dalla comunità scientifica per la diagnosi e il trattamento del dolore toracico, ovvero abbia correttamente formulato una diagnosi differenziale di malattia polmonare, dimettendo il paziente con la prescrizione di adeguata terapia antibiotica" in quanto "sebbene nessun richiamo alle linee guida sia esplicitamente contenuto nell'imputazione, la condotta omissiva che la pubblica Accusa addebita all'imputata è proprio quella prescritta dalle linee guida e dai protocolli per il trattamento di dolore toracico in sede di pronto soccorso e per la diagnosi e il trattamento del paziente con sospetta sindrome coronarica acuta, oggetto di unanime condivisione nella comunità scientifica e nella pratica medica". Per il giudice di primo grado "tali linee guida e protocolli sono riportati dai consulenti del P. M. e delle PP. c.c. nei loro elaborati ed assunti a parametro per la valutazione della correttezza dell'operato dei sanitari del pronto soccorso (vedi le tabelle riportate nella consulenza delle. PP. CC. a pagg. 40 e nella consulenza del P. M. a pag. 18, non contestate dalla Difesa, che descrivono graficamente le condotte a cui deve attenersi il sanitario per la valutazione diagnostica e la gestione clinica del paziente con sospetta sindrome coronarica acuta; vedi le relazioni per la citazione. della fonte di letteratura internazionale; ancora a pag. 4 dell'elaborato delle PP.CC); essi non sono contestati neanche dall'imputata e dal consulente della Difesa che, come vedremo, non mettono in dubbio la validità generalizzata di tali linee guida e protocolli, unanimemente accettati nella comunità scientifica, ma la loro applicabilità al caso concreto, per la fondata sussistenza di una diagnosi differenziale di malattia polmonare" (così pag. 14 della sentenza di primo grado). In sintesi, secondo le predette linee guida e i menzionati protocolli - che, tuttavia il giudice di primo grado richiama alquanto genericamente- quando un soggetto accede al pronto soccorso accusando un dolore toracico, siccome tale dolore, pur essendo aspecifico, può essere sintomatico di diverse patologie, cardiache e non, alcune delle quali potenzialmente letali, fra cui l'infarto miocardico acuto, l'embolia polmonare e la dissecazione aortica, è previsto che al caso venga assegnato al triage il codice giallo (previsto per un soggetto che versi in condizioni di emergenza, affetto da forma morbosa grave) e che il medico proceda con urgenza a visita clinica ed anamnestica del paziente, nel corso della quale viene valutata la specificità o l'aspecificità del sintomo e gli eventuali fattori di rischio cardiaco, fra cui sono annoverati la familiarità con cardiopatie schermiche, l'ipertensione arteriosa, le dislipiomi, il diabete mellito, il tabagismo, il sesso maschile,

l'età compresa tra i 50 e i 60 anni.

Ancora il giudice di primo grado, aveva evidenziato che dal sapere scientifico introdotto nel processo era emerso che le cause del dolore toracico possono essere molteplici: alcune cardiache (miocardite, pericardite, ecc.), altre non cardiache (reflusso esofageo, ernia iatale, pleurite, pneumotorace, ecc.) e pertanto è necessario escludere che il dolore toracico accusato dal paziente sia il sintomo di una patologia letale, in primis di un infarto miocardico acuto. Per questi motivi, pur a fronte di un dolore toracico aspecifico, dopo aver sottoposto il paziente a visita clinico-anamnestica è previsto che il paziente venga sottoposto ad elettrocardiogramma e al prelievo venoso per il dosaggio dei c.d markers di miocardioneccrosi. L'elettrocardiogramma, invero, rilevava ancora il tribunale laziale, considerato lo strumento diagnostico più semplice ed efficace nella prima fase dell'iter diagnostico in caso di paziente con dolore toracico, sebbene non abbia un valore predittivo assoluto, considerato che la sua sensibilità nell'identificare l'ischemia non è superiore al 50% ed un terzo dei pazienti con dolore toracico presentano un E.C.G. normale (il richiamo era alle consulenze del P.M. e delle PP.CC.). Del pari, i cd, rmarkers enzimatici di necrosi miocardica (macromolecole proteiche intracellulari liberate in circolo in caso di danno della membrana cellulare dei miociti per effetto della sindrome infartuale acuta) vengono utilizzati a scopo diagnostico per il loro valore predittivo, in particolare le troponine T e L, la mioglobina e la creatinina. Ancora il giudice di primo grado rilevava (pag. 15 della sentenza del Tribunale di Civitavecchia) che costituisce, tuttavia, un dato condiviso nella comunità scientifica che il dosaggio dei markers enzimatici può essere negativo nelle prime ore dopo l'evento ischemico (sul punto si richiama la tabella riportata a pag. 5 dell'elaborato del FFF, secondo la quale i marcatori sono rilevabili a distanza di alcune ore dall'evento infartuale (la mioglobina dopo un'ora con picco tra le 6 e le 12 ore, mentre la troponina-I solo dopo 3-6 ore con picco tra 15 e 25 ore) e proprio per questa ragione nelle linee guida sono previsti dosaggi seriati nel tempo dei marcatori enzimatici (cfr. consulenza A., pag.17). Del pari, proprio in considerazione della capacità predittiva limitata dell'E.FFFF prevista la ripetizione seriata nel tempo anche di tale strumento diagnostico quando il paziente accusi dei sintomi, quale il dolore toracico, che inducano il sospetto di una sindrome coronarica acuta.

6. Con quella sentenza di primo grado si erano confrontati criticamente i motivi di appello, cui non è stata fornita adeguata risposta dalla sentenza impugnata, a cominciare, come si è detto, da elementi concreti, sul piano scientifico, cui ancorare l'essere l'infarto già in atto al momento della sua dimissione dal nosocomio.

Altro punto nodale rimasto sul tappeto è che la ripetizione seriata dei dosaggi dei markers enzimatici e dell'elettrocardiogramma è unanimemente prescritta con modalità diverse (0-6-12 ore dall'accesso in pronto soccorso) a seconda della tipicità meno del dolore toracico accusato dal paziente e della sussistenza o meno di fattori di rischio cardiaco, così come, la prolungata osservazione del paziente per un tempo di regola pari a 12 ore quando sia gli enzimi sia l'E.FFFFF siano risultati normali alla prima effettuazione.

Per i giudici di merito la prima valutazione clinica del paziente, condotta dalla teste N. a seguito dell'accesso in pronto soccorso, è stata eseguita in osservanza delle linee guida condivise nella comunità scientifica poichè dopo aver visitato il paziente (riscontrando buone condizioni generali, assenza di dispnea e di sintomi all'auscultazione del torace, un moderato rialzo pressorio, frequenza cardiaca nella norma e una percentuale del 98% di ossigenazione del sangue) ed avere accertato che lo stesso aveva un dolore toracico (nella cartella clinica nella parte che documenta l'anamnesi del paziente condotta dal medico il sintomo è descritto soltanto come "dolore toracico" comparso da circa un'ora, senza ulteriore specificazione, mentre nell'accesso al triage si descrive dolore toracico irradiato all'arto superiore, con

aumento della sintomatologia con gli atti respiratori): rilevava la presenza di fattori di rischio cardiaco, quali il sesso maschile, l'età e il tabagismo, e l'assenza di altri fattori specifici, quali il diabete mellito e la familiarità con cardiopatie ischemiche, prescriveva l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, di una lastra al torace e del prelievo venoso per il dosaggio dei parametri generali e soprattutto degli enzimi di miocardionecrosi, quali la troponina-I e la Mioglobina. Al momento in cui subentrava in turno l'imputata An. e prendeva le consegne dalla collega FFFFFF., invece, si sarebbero verificate le sopra ricordate omissioni.

Tuttavia, come già accennato in precedenza, ha ragione la ricorrente nell'evidenziare che i giudici di merito non danno conto del perché non ritengono credibile quanto annotato in sede di triage e poi riferito in dibattimento, ovvero che il paziente lamentava un "dolore toracico irradiato arto superiore sinistro con aumento della sintomatologia con gli atti respiratori", mentre hanno dato maggior credito a quanto riferito dai familiari del paziente che negano l'aumento della sintomatologia con gli atti respiratori. L'elemento non è di poco conto, in quanto è documentato in atti che l'aumento della sintomatologia con gli atti respiratori allontana dalla diagnosi di infarto del miocardio in atti.

Nemmeno pare tenersi nel debito conto la circostanza che la teste mmmm. ha riferito che la valutazione dell'ecg era stata fatta da lei atteso che lo specialista cardiologo non era in servizio (trattandosi di giorno festivo), non rilevando alterazioni che consentissero di effettuare una diagnosi di infarto in corso poichè - il che concorda con la tesi difensiva- sebbene vi fosse un sottoslivellamento del tratto FFFFT, esso interessava una sola derivazione e non due derivazioni consecutive. In altri termini, anche per il primo medico che ebbe a visitare il paziente, vi era un'alterazione del tracciato dell'ECG non significativa.

Al momento del passaggio di consegne con la collega An., ella aveva precisato quali accertamenti erano stati fatti (mancava un ultimo risultato delle analisi) e che il paziente si mostrava insofferente e si aggirava per il pronto soccorso mettendo a rischio la privacy degli altri pazienti. Emerge poi documentalmente che, dopo aver preso in carico il M.I. ed aver ricevuto l'ultimo risultato delle analisi (il D-dimero anch'esso negativo), l'imputata rivalutava il paziente e si determinava per la sua dimissione formulando la diagnosi di "addensamento polmonare in sede paracardiaca sinistra" e dettando le prescrizioni terapeutiche sopra indicate.

Il giudice del rinvio dovrà tenere conto che, diversamente da quanto fatto nel provvedimento oggi impugnato, questa Corte di legittimità ha da tempo chiarito che, per articolare un giudizio sulla colpa ispirato al canone del rimprovero personale, si dovrà porre speciale attenzione alle peculiarità del caso concreto e ci si dovrà dedicare a considerare i tratti della specifica vicenda, in linea con le istanze che si sono espresse nella recente giurisprudenza di legittimità e che sono state prima sintetizzate. Allora, non si potrà mancare di valutare la complessità, l'oscurità del quadro patologico, la difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche, il grado di atipicità o novità della situazione data, la concreta situazione nella quale il terapeuta si trovò ad operare.

In altri termini, dovrà essere valutato il profilo oggettivo dello scostamento dalla regola di condotta che si doveva tenere, tenuto conto della complessità del quadro clinico e l'oscurità del dato patologico, sia il profilo dell'elemento soggettivo della capacità dell'agente di adeguarsi alla regola cautelare in ragione delle sue capacità professionali e delle condizioni nelle quali si trovava ad operare non ricorre (cfr. questa Sez. 4, n. 16237/2013).

7. In particolare, e in ultimo, nel nuovo giudizio si dovrà tenere conto di quanto possa avere inciso sull'intervenuta dimissione del paziente l'evidenza radiografica che mostrava un addensamento in sede polmonare (il tema è quello della c.d. diagnosi

differenziale per il quale si rimanda ai numerosi precedenti di questa Corte di legittimità e, in particolare, alla recente Sez. 4, n. 26906 del 15/5/2019, vvv Rv. 276341).

Sia il tribunale laziale che la Corte capitolina ritengono che la condotta omissiva contestata alla Avvvv. sia caratterizzata dalla colpa, dal momento che "è chiara ed inescusabile la leggerezza con la quale l'imputata ipotizzò la presenza di una patologia che non aveva alcuna evidenza radiologica e nè era diagnosticabile sulla scorta degli esami ematici, omettendo del tutto di approfondire, come prescritto dalle linee guida in materia, il versante della patologia cardiaca manifestata attraverso il dolore toracico con irradiazione al braccio riferito dal paziente, in presenza di tre fattori di rischio, e della quale era anche spia il risultato non tranquillizzante del tracciato ECG. Inoltre, l'imputata trascurò di ripetere la ricerca dei markers enzimatici, affidandosi al risultato del prelievo effettuato dalla collega che l'aveva preceduta, risultato che, per essere confermato, avrebbe necessitato di una ripetizione nelle ore successive" (così pagg. 9 - 10 della sentenza impugnata). La sentenza ritiene errata la diagnosi effettuata dall'imputata individuando tre fattori di rischio che sarebbero stati trascurati, ossia l'età, il sesso ed il tabagismo, oltre al dolore al braccio sinistro e che avrebbero dovuto indurre la dottoressa a ripetere le analisi del sangue e l'elettrocardiogramma.

La sentenza, tuttavia, palesa sul punto un'evidente contraddizione.

Da una parte, infatti, individua una responsabilità colposa dell'imputata per omissione, per non avere trattenuto in ospedale la persona offesa ed avere svolto ulteriori accertamenti, ripetendo anche i controlli già effettuati. Dall'altra, però, afferma che l'imputata "aveva a disposizione i risultati delle analisi di laboratorio, invero non allarmanti, la radiografia, che aveva evidenziato il menzionato addensamento e che faceva propendere per una patologia polmonare e il tracciato ECG che avrebbe necessitato di una più approfondita valutazione (...) pur non risultando tale alterazione particolarmente rilevante" (pagg. 7- 8 e 9).

La Corte territoriale doveva rispondere - ma non l'ha fatto - al rilievo difensivo che non di diagnosi sbagliata sulla base degli accertamenti svolti si trattasse, ma di non aver ripetuto gli accertamenti diagnostici, e a quello di valutare la sussistenza ed il grado della colpa tenendo conto che non solo la diagnosi della An., ma anche quella della N. che l'aveva preceduta nel turno e che aveva inizialmente preso in carico il paziente, era stata quella di una sindrome polmonare e non quella di un infarto. In ogni caso, dunque, non si sarebbe trattato di un'errata applicazione delle linee guida ma di un'errata diagnosi che ha comportato l'applicazione di un diverso protocollo.

P.Q.M.

Annulla la sentenza impugnata con rinvio per nuovo giudizio ad altra Sezione della Corte di Appello di Roma.

Così deciso in Roma, il 12 gennaio 2021.

Depositato in Cancelleria il 2 febbraio 2021