



responsabile civile Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Paolo Giaccone, alla rifusione alla parte civile delle spese processuali.

Il primo giudice riteneva gli imputati responsabili del decesso di Di Clemente Marco, avvenuto il 30 novembre 2002 dopo che lo stesso l'8 settembre 2002 era stato ricoverato presso il reparto di Medicina clinica respiratoria del Policlinico di Palermo, reparto presso cui gli odierni ricorrenti prestano la propria attività di medici. Ciò perché gli stessi non avevano tempestivamente diagnosticato una rickettsiosi, che ad avviso del giudice condusse poi a morte il giovane.

Secondo la ricostruzione operata nel grado di merito, il 3 settembre 2002 il Di Clemente era stato ricoverato presso la casa di cura Villa Margherita per sindrome depressiva. Nel corso della degenza il giovane aveva presentato una ipertermia resistente al trattamento antibiotico ed antipiretico: il 4 settembre era stata rilevata una temperatura di 38° e il paziente aveva lamentato algie muscolari; inoltre era stato rilevato un elevato valore dei globuli bianchi; nonostante la somministrazione di terapia antibiotica e antipiretica, la temperatura era arrivata a 39-40°, rimanendo attestata su valori elevati durante i successivi giorni di ricovero. Pertanto in data 8 settembre i sanitari decisero il trasferimento del giovane presso il Policlinico di Palermo, segnalando l'anomalia della persistente ipertermia resistente ai farmaci somministrati ed altresì la presenza di una cisti in sede nucale in fase colliquativa.

Il Di Clemente venne ricoverato nel reparto di ematologia. Nella notte tra il 9 ed il 10 settembre il paziente riferì di avvertire dolori agli arti inferiori e vennero rilevate lesioni simil purpuriche agli arti inferiori e superiori. Venne eseguita una consulenza dermatologica che dichiarò le lesioni compatibili con una vasculopatia purpurica e si iniziò una terapia con antibiotico, cortisone ed anticoagulante. Non essendo registrati in cartella clinica dati costanti sull'andamento della temperatura corporea sino al 23 settembre, il giudice riteneva che non vi fosse stata alterazione termica significativa sino a tale data. Il 12 settembre le lesioni purpuree si evolsero però negativamente, mentre il paziente lamentò ancora dolenzia agli arti; tra il 12 e il 13 settembre si verificarono due episodi di epistassi. Il 17 settembre si affacciò il dubbio diagnostico sulla possibilità di una rickettsiosi, anche perché in quella mattina il paziente avrebbe espressamente riferito di aver avuto contatti con dei cani. Il test eseguito diede esito parzialmente positivo indicando una recente infezione da rickettsia; il dato fu acquisito informalmente il 23 settembre e nella stessa data i sanitari iniziarono la terapia antibiotica specifica contro la patologia. L'esame sierologico effettuato il 26 settembre confermò la diagnosi di infezione da rickettsia conori, corroborata dalla consulenza dell'infettivologo eseguita in quel medesimo giorno. La terapia antibiotica venne sospesa il 28 settembre

essendo stato completato il quadro terapeutico. Tuttavia lo stato febbrile rimase persistente e le condizioni del giovane si aggravarono; egli entrò in coma profondo e il 27 settembre venne trasferito presso l'unità di terapia intensiva, ove le sue condizioni si aggravarono ulteriormente anche a causa dell'insufficienza respiratoria dovuta a una persistente condizione di enfisema bolloso multiplo bilaterale. Il giovane trovò infine la morte per insufficienza multiorgano.

1.2. Sulla scorta di siffatta ricostruzione il giudice di prime cure riteneva sussistenti una pluralità di elementi dai quali i sanitari avrebbero potuto e dovuto ricavare la diagnosi di rickettsiosi:

- 1) l'andamento dei rialzi e delle remissioni della temperatura corporea; richiamando gli stessi dati riportati nella relazione di consulenza tecnica della difesa oltre che nelle relazioni dei periti e del consulente tecnico della parte civile, il giudice ha rilevato che la malattia in questione si trasmette con un morso della zecca canina; dopo il morso trascorre una settimana circa senza che si manifestino sintomi di rilievo; quindi si forma in genere una lesione tipica, detta *tache noire*, da cui emergono ulteriori focolai vasculitici. La comparsa di questa lesione e delle successive vasculiti è preceduta dal rapido rialzo termico che in tre giorni raggiunge l'acme, assume poi un carattere continuo remittente e scompare in una decina di giorni. Tenuto conto di tali caratteristiche, il giudice ha sottolineato l'andamento della febbre rimasta alta e perdurante per circa cinque giorni per poi decrescere anche grazie alla somministrazione di antipiretici, cortisonici ed antibiotici durante il ricovero presso villa Margherita;
- 2) la provenienza del paziente, dimorante in una zona rurale;
- 3) il periodo dell'anno, culmine dell'arco temporale nel quale è maggiore l'attività delle zecche (maggio-ottobre);
- 4) i dolori muscolari agli arti e la piastrinopenia.

Ad avviso del giudice sulla scorta di questi quattro sintomi, ai quali va aggiunta la comparsa nella notte tra il 9 ed il 10 settembre di lesioni vasculitiche agli arti inferiori e alle mani, indicate dai periti come sintomo atipico della rickettsiosi, i sanitari, anche tenuto conto delle regole di prevenzione indicate dal Ministero della salute, avrebbero dovuto formulare il concreto sospetto diagnostico per la malattia e procedere immediatamente alla somministrazione dell'antibiotico specifico (il Bassado), tenuto conto anche dell'assenza di controindicazioni specifiche. Infatti le linee guida ministeriali indicano che, in ragione delle difficoltà della diagnosi di laboratorio, occorre procedere alla somministrazione dell'antibiotico specifico anche in assenza degli esiti degli esami e sulla base del mero sospetto diagnostico clinico.

1.3. Pertanto, posto che i sanitari avrebbero dovuto diagnosticare la possibilità dell'infezione sin dall'8 o 9 settembre e conseguentemente somministrare immediatamente l'appropriata terapia antibiotica, il giudice ha ritenuto che il ritardo di due settimane ha sicuramente inciso in maniera determinante sulle cause che condussero alla morte il giovane, poiché una tempestiva somministrazione dell'antibiotico specifico avrebbe evitato il decesso con un elevatissimo grado di probabilità.

Il giudizio conclusivo è stato quindi che il giovane è deceduto a seguito delle complicazioni dell'infezione, e che tali complicazioni non si sarebbero manifestate o comunque non avrebbero causato il decesso del paziente qualora fosse stata tempestivamente diagnosticata e trattata l'infezione da rickettsiosi.

1.4. In ragione del fatto che i soli dati obiettivi avrebbero dovuto indurre a formulare una diagnosi differenziale di infezione da rickettsia, si è anche escluso che il ritardo diagnostico e terapeutico potesse essere scusabile perché i sanitari non sarebbero stati specificamente e tempestivamente informati del contatto del paziente con i cani e perché questi era scarsamente collaborante.

Il giudice ha anche ritenuto che il semplice sospetto diagnostico avrebbe imposto ai sanitari di acquisire dati sulle condizioni di vita e sull'eventuale contatto diretto del giovane con animali, al fine di riscontrare gli elementi significativi già acquisiti e sopra indicati; e a fronte di un paziente non collaborante sarebbe stato doveroso interrogare i familiari, costantemente presenti nell'assistenza al degente. Tali indagini non risultano eseguite così come non risulta tempestivamente richiesta una consulenza infettivologica; la prima venne eseguita il 26 settembre, quando si era già avuta la certezza della diagnosi in base ai risultati degli esami di laboratorio.

1.5. Un aggiuntivo profilo di colpa viene individuato nel fatto che i sanitari, che certamente alla data del 17 settembre si erano prospettati il dubbio diagnostico avendo richiesto l'esecuzione di esami di laboratorio, non somministrarono una terapia specifica sino al 23 settembre.

In aggiunta al quadro probatorio così definito il giudice ha citato poi le dichiarazioni di alcuni familiari del giovane deceduto, Guccione Laura e Di Clemente Anna, le quali hanno riferito di aver comunicato ai sanitari del Policlinico, ed in particolare alla Romano già la mattina successiva al ricovero e poi anche al Calmi, che il congiunto viveva in campagna e che era stato a contatto con dei cani. Dichiarazioni che il giudice riteneva attendibili anche in ragione di quanto dichiarato dalla dottoressa Camilleri, medico curante presso Villa Margherita, la quale aveva affermato di avere avuto il sospetto che potesse

trattarsi di rickettsiosi e di aver "verosimilmente" comunicato questo suo sospetto ai medici di turno presso il pronto soccorso del Policlinico all'atto del trasferimento del Di Clemente, nonché di averlo sicuramente esplicitato ai familiari.

2.1. Con l'atto di appello gli imputati segnalavano come il dott. Maringhini, diversamente da quanto ritenuto dal giudice, avesse affermato di non poter dire, su basi scientifiche, che una tempestiva diagnosi e la conseguente terapia avrebbe avuto effetto salvifico; che le dichiarazioni rese dai familiari del deceduto non potevano essere poste a base della sentenza di condanna per l'inattendibilità degli stessi; che all'arrivo presso il Policlinico il Di Clemente non fece alcun riferimento ad un proprio contatto con dei cani (e si cita al proposito la deposizione del dr. Campo) e che la circostanza emerse solo dieci, quindici giorni dopo il ricovero (dichiarazioni della dr.ssa Mongiovi), sicchè i sanitari non ebbero alcuna conoscenza di tale fattore di rischio sino al 17 settembre (cfr. pg. 14 dell'appello); che il Di Clemente giunse presso il Policlinico senza indicazioni diagnostiche che potessero giustificare il quadro sintomatologico; che qui, a seguito di esame radiologico del torace, si evidenziò un "tenue addensamento parenchimale a margini sfumati a carico del campo polmonare destro ... (con) alcune striature disventilatorie". Venne quindi effettuata diagnosi di "focolaio bronco pneumonico destro", la quale dava spiegazione causale ai rialzi febbrili e alla lieve dispnea e mal di gola che il Di Clemente aveva presentato in data 4 settembre. Quando due giorni dopo si manifestarono lesioni cutanee simil-purpuriche agli arti inferiori con dolore urente (non corrispondenti alle lesioni bottonose tipiche della rickettsiosi), vennero attivate diverse consulenze specialistiche ed eseguita una serie di indagini strumentali.

2.2. Nell'atto di appello (pg. 27) non si negava che la ricerca condotta attraverso il procedimento di esclusione avrebbe dovuto prendere in considerazione anche l'ipotesi di rickettsiosi; ma si sosteneva che essa non era la prima ipotesi diagnostica e che, dal momento che - come affermato dai periti - le lesioni erano "indicative di una angioite necrotizzante o angioite leucocitoclastica che, con altissima percentuale dei casi è dovuta a medicinali somministrati", i sanitari non avrebbero potuto somministrare il Bassado "alla cieca" (35; e poi citando le dichiarazioni della dr.ssa Caltagirone, pg. 36 e 37).

Si conveniva sulla inspiegabilità dell'attesa di sei giorni prima di iniziare la terapia (pg. 29); ma si aggiungeva che gli stessi periti di ufficio avevano asserito che il quadro clinico anomalo, con segni di forma fulminante della malattia, importa che essa poteva non rispondere alla terapia pur corretta e tempestiva e

potrebbe condurre quindi ugualmente alla morte (pg. 29 e 30). E si continuava rilevando che dalla letteratura scientifica emerge che il ritardo terapeutico non rappresenta fattore di rischio per mortalità mentre il rischio morte è legato a comorbilità ed altri fattori, come l'alcolismo (e il Di Clemente era politossicodipendente da alcool e benzodiazepine). Pertanto non poteva dirsi che la condotta colposa ascritta ai sanitari fosse stata condizione necessaria dell'evento lesivo.

2.3. Sotto altro profilo, si rilevava che il secondo prelievo eseguito sul Di Clemente il 26 settembre aveva evidenziato il verificarsi di una montata anticorpale, dimostrativa del fatto che l'organismo del giovane aveva reagito positivamente all'infezione, volgendo alla guarigione. Guarigione che sarebbe confermata dal comportamento dei medici del reparto di rianimazione, i quali sospesero la somministrazione del Bassado perché la febbre bottonosa era stata già ampiamente trattata (33). Per l'appellante, la diagnosi eseguita il 12 settembre dal prof. Triolo, ematologo, di una sindrome da anticorpi antifosfolipidi ad evoluzione catastrofica - patologia in grado di condurre alla morte nel 60% dei casi - sta a dimostrare che furono le pregresse condizioni di salute del Di Clemente e non la rickettsiosi la causa della morte; peraltro quest'ultima porta all'exitus in venti giorni dall'insorgenza.

2.4. Infine si chiedeva la rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale per l'esperimento di una perizia collegiale che, eseguita anche da un infettivologo, risolvesse il contrasto insorto tra le conclusioni rispettivamente dei periti e dei consulenti di parte.

3. La Corte di Appello di Palermo riteneva che l'asserita decisiva incidenza delle pregresse condizioni di salute del Di Clemente non fosse tale perché i periti, ed il giudice con essi, hanno concluso che "le condizioni di base di Di Clemente hanno sicuramente influito sul decorso, sullo sviluppo e sull'insorgere delle successive complicanze dell'infezione da rickettsia, ..., ma tale infezione, manifestatasi in forma aggressiva e soprattutto non trattata tempestivamente, ha sicuramente avuto un ruolo decisivo nel determinismo causale...". Infatti, il perito Prof. Amato aveva affermato che nel caso di tempestiva ed appropriata somministrazione antibiotica specifica un paziente normale guarisce nel 100% dei casi e un soggetto con minorate difese ha il 90% di guarigione.

Si aggiungeva che il giovane presentava sin dal ricovero presso il Policlinico "sintomi che facevano chiaramente intendere la circostanza che il Di Clemente potesse presentare, nonostante l'assenza della c.d. "Tache noir", una serie di

6 

sintomi della infezione da rickettsia”, ricordando le indicazioni date dal Ministero della salute. In più si sosteneva che le dichiarazioni della Camilleri, della Guccione e di Di Clemente Anna confermavano la ricorrenza dei presupposti per la possibilità e doverosità della diagnosi di rickettsiosi. In ogni caso la grave negligenza dei sanitari era certamente ravvisabile dal 17 settembre.

Veniva poi rigettata la richiesta di rinnovazione dell’istruttoria dibattimentale per la chiarezza e la logicità delle conclusioni dei periti.

Su tali basi la Corte di Appello rilevava l’avvenuta estinzione del reato per prescrizione e quindi pronunciava la condanna al risarcimento dei danni e alla rifusione delle spese di costituzione in favore della costituita parte civile.

4.1. Ricorrono per cassazione il Caimi, la Catania e la Romano, denunciando con un primo motivo l’omessa motivazione su quanto devoluto con l’atto di impugnazione, avendo la Corte di Appello sintetizzato in sei righe i motivi del gravame, sviluppati in quarantotto pagine.

4.2. Con un secondo motivo si deduce vizio di motivazione e travisamento della prova. Il travisamento si sarebbe determinato laddove la Corte di Appello ha richiamato e assunto le dichiarazioni dei periti, che contrariamente a quanto ritenuto dal giudice dell’appello hanno escluso sia che il Di Clemente, all’atto del ricovero presso il Policlinico, presentasse sintomi della rickettsiosi sia che questa potesse essere diagnosticata per le ragioni già illustrate nell’atto di appello. Non ricorrendo i presupposti per la diagnosi di rickettsiosi i sanitari non avrebbero potuto somministrare il Bassado su un paziente che già presentava tutti i sintomi di una malattia derivante da uso di farmaci.

Si ravvisa travisamento della prova anche laddove si attribuisce al dr. Maringhini la conclusione della sicura guarigione con la somministrazione del farmaco (cfr. pg. 12 ss.).

Si reiterano le osservazioni in ordine alla inattendibilità delle dichiarazioni dei parenti del deceduto e, più in generale, sulla assenza di qualsiasi informazioni circa il contatto con i cani, prima del 17 settembre.

Si assume poi, citando la deposizione del dr. Maringhini, che il ritardo tra il 17 ed il 23 settembre nella somministrazione della terapia non poté essere determinante nella causazione della morte del Di Clemente (30), reiterando l’asserzione della morte dovuta a causa diversa dalla rickettsiosi.

4.3. Con un ultimo motivo si lamenta il vizio motivazionale nella reiezione della richiesta di rinnovazione dell’istruttoria dibattimentale, avendo la Corte

distrettuale omesso di porre in correlazione la relazione dei periti con quelle dei consulenti di parte, onde valutare la necessità di un approfondimento tecnico.

#### **CONSIDERATO IN DIRITTO**

5. I ricorsi sono fondati, agli effetti civili, nei sensi di seguito precisati.

6. Si impongono alcune osservazioni di carattere preliminare.

I ricorsi degli imputati sono volti a veder annullata la sentenza di secondo grado con l'affermazione della sussistenza di elementi idonei ad un'assoluzione nel merito degli imputati.

Va tuttavia rammentato che, in presenza di una causa di estinzione del reato, il giudice è legittimato a pronunciare sentenza di assoluzione a norma dell'art. 129 co. 2 cod. proc. pen. soltanto nei casi in cui le circostanze idonee ad escludere l'esistenza del fatto, la commissione del medesimo da parte dell'imputato e la sua rilevanza penale emergano dagli atti in modo assolutamente non contestabile, così che la valutazione che il giudice deve compiere al riguardo appartenga più al concetto di "constatazione", ossia di percezione "ictu oculi", che a quello di "apprezzamento" e sia quindi incompatibile con qualsiasi necessità di accertamento o di approfondimento. (Sez. U, n. 35490 del 28/05/2009 - dep. 15/09/2009, Tettamanti, Rv. 244274).

Ciò è stato affermato anche per l'ipotesi che, all'esito del giudizio, permanga contraddittorietà o insufficienza della prova. In tal caso il proscioglimento nel merito non prevale rispetto alla dichiarazione immediata di una causa di non punibilità, salvo che, in sede di appello, sopravvenuta una causa estintiva del reato, il giudice sia chiamato a valutare, per la presenza della parte civile, il compendio probatorio ai fini delle statuizioni civili, oppure ritenga infondata nel merito l'impugnazione del P.M. proposta avverso una sentenza di assoluzione in primo grado ai sensi dell'art. 530, comma secondo, cod. proc. pen. (Sez. U, n. 35490 del 28/05/2009 - dep. 15/09/2009, Tettamanti, Rv. 244273).

Ciò posto, quando sia intervenuta "condanna, anche generica, alle restituzioni o al risarcimento dei danni cagionati", al fine di decidere sull'impugnazione agli effetti dei capi della sentenza che concernano gli interessi civili, i motivi di impugnazione proposti dall'imputato devono essere esaminati compiutamente, non potendosi trovare conferma della condanna al risarcimento del danno (anche solo generica) dalla mancanza di prova della innocenza degli imputati, secondo quanto previsto dall'art. 129, co. 2 cod. proc. pen. (Cass. Sez. 6, sent. n. 3284 del 25/11/2009, Mosca, Rv. 245876).

Nel caso in esame non sussistono le condizioni per una pronuncia assolutoria, ai sensi del secondo comma dell'art. 129 c.p.p., atteso che nelle argomentazioni svolte dalla Corte territoriale nella sentenza impugnata - già innanzi ricordate (nella parte narrativa) e da intendersi qui integralmente





richiamate onde evitare superflue ripetizioni - non sono riscontrabili elementi di giudizio idonei ad integrare la prova evidente dell'innocenza dell'imputato.

Esclusa dunque l'applicabilità dell'art. 129 del codice di rito - ed essendo stata confermata nei confronti degli imputati, con la sentenza oggetto dei ricorsi, la condanna al risarcimento dei danni cagionati dal reato, già pronunciata dal primo giudice - la declaratoria di estinzione del reato per intervenuta prescrizione comporta la necessità di esaminare le doglianze dei ricorrenti ai soli effetti delle disposizioni e dei capi della sentenza che concernono gli interessi civili (art. 578 c.p.p.).

La Corte d'Appello ha fondato il giudizio di sussistenza dei profili di colpa degli imputati, sull'accertata condotta omissiva degli stessi per non aver tempestivamente diagnosticato l'infezione da rickettsia conori che affliggeva il Di Clemente già al momento del ricovero presso il Policlinico Paolo Giaccone. Orbene, il percorso motivazionale seguito dalla Corte territoriale appare, sul punto, immune da vizi di illogicità ed in sintonia con i principi enunciati in materia nella giurisprudenza di legittimità. E', invero, indirizzo consolidato quello secondo cui l'instaurazione della relazione terapeutica tra medico e paziente è la fonte della posizione di garanzia che il primo assume nei confronti del secondo e da cui deriva l'obbligo di agire a tutela della salute e della vita; vi fu certamente quindi da parte degli imputati la violazione di una regola cautelare, in relazione alla posizione di garanzia dagli stessi assunta nei confronti del Di Clemente.

Fatte queste premesse di carattere generale, e passando ad esaminare singolarmente i motivi di ricorso, si osserva quanto segue.

7. Il primo motivo di ricorso è inammissibile perché aspecifico. E' persino ovvio osservare che la sproporzione tra l'estensione del testo che costituisce l'atto di appello e la sintesi con la quale il giudice espone i motivi dell'impugnazione non è di per sé dimostrativa di un vizio motivazionale, posto che la prima trova la propria ratio essendi nell'esplicazione delle ragioni poste a sostegno delle censure mosse alla decisione impugnata, allo scopo di persuadere della fondatezza delle stesse, mentre la seconda mira a delineare la premessa della trama motivazionale tessuta per esplicitare il giudizio sull'impugnazione. Peraltro, è ben possibile che la motivazione risulti completa pur in assenza di una specifica enunciazione di un motivo di appello; accade ogni volta che le argomentazioni del giudice contengano comunque la risposta al rilievo avanzato con l'atto di impugnazione. Un motivo di ricorso che si limiti quindi ad affermare l'esistenza di una carenza di motivazione sulla premessa di una simile sproporzione è di per sé aspecifico, posto che non indica quali motivi di appello sono rimasti in concreto inevasi.

8. In merito alla sussistenza di una condotta colposa ascrivibile agli imputati, la sentenza impugnata non appare manifestamente illogica, atteso che identifica - come già il primo giudice - alcuni dati oggettivi la cui ricorrenza avrebbe imposto di formulare l'ipotesi di rickettsiosi, sia pure congiuntamente ad altre. La regola cautelare, puntualmente rinvenuta dai giudici di merito, si trae dalla circolare ministeriale n. 10 del 13 luglio 2000, che segnalando la necessità di attivarsi già sulla scorta della diagnosi clinica, evidenzia la regola prudenziale di anticipare quanto più possibile anche il sospetto di rickettsiosi, onde conseguire un esito favorevole, strettamente dipendente dalla tempestività della somministrazione dell'antibiotico specifico.

Non si tratta quindi di formulare una diagnosi differenziale; questa richiede pur sempre una sintomatologia univoca, sia pure aperta all'alternativa tra due o più patologie. Il caso in esame chiama piuttosto in causa la fase antecedente, quella propedeutica alla formulazione di una diagnosi, nella quale la condotta doverosa può ancora essere 'solo' quella di eseguire o disporre controlli, accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi. In ipotesi siffatte questa Corte ha posto il principio per il quale, per l'appunto, "in tema di colpa professionale medica, l'errore diagnostico si configura non solo quando, in presenza di uno o più sintomi di una malattia, non si riesca ad inquadrare il caso clinico in una patologia nota alla scienza o si addivenga ad un inquadramento erroneo, ma anche quando si ometta di eseguire o disporre controlli ed accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi" (Sez. 4, n. 46412 del 28/10/2008, Calò, Rv. 242250).

Risulta pertanto corretta l'affermazione del primo giudice [giòva al proposito ricordare che due pronunce di merito che convengano sui risultati dell'accertamento possono essere considerate unitariamente, con una lettura che sia integrata, fermo restando che nel giudizio di appello, la motivazione "per relationem", con riferimento alla pronuncia di primo grado, è consentita nel caso in cui le censure formulate a carico della sentenza del primo giudice non contengano elementi di novità rispetto a quelli già esaminati e disattesi dallo stesso (Sez. 4, n. 38824 del 17/09/2008 - dep. 14/10/2008, Raso e altri, Rv. 241062)], secondo la quale "il semplice sospetto diagnostico della rickettsiosi - estremamente plausibile in relazione ai dati in possesso dei sanitari - avrebbe imposto quanto meno la conduzione tempestiva di una specifica anamnesi, acquisendo dati sulle condizioni di vita recenti e sull'eventuale contatto diretto con animali, al fine di riscontrare gli elementi significativi già acquisiti (la febbre, i dolori, il rush cutaneo, la piastrinopenia, la provenienza geografica ed il periodo dell'anno)...". In considerazione dei rilievi formulati dai ricorrenti va precisato

che, pur essendo coerente con i dati processuali l'affermazione difensiva della mancata correlazione del rash cutaneo alla rickettsiosi (si allude alle dichiarazioni della dr.ssa Caltagirone e alle affermazioni dei periti dell'ufficio), e non potendosi pretendere quindi che da esso si derivasse la diagnosi di rickettsiosi, le lesioni vasculitiche dovevano essere comunque considerate come rafforzative dei dati compatibili con il sospetto di rickettsiosi. Non c'è alcun dubbio che la notizia di un contatto tra il Di Clemente e un cane avrebbe indirizzato decisamente i sanitari verso la diagnosi di rickettsiosi: ne è dimostrazione quanto da essi compiuto a partire dal 17 settembre, giorno dell'acquisizione della notizia. Ma nel caso in esame anche solo il sospetto avrebbe dovuto comportare la somministrazione del Bassado. Infatti, proprio alla luce di quanto espresso dalla ricordata circolare ministeriale, la somministrazione del farmaco appare ammissibile anche nella fase di approfondimento clinico, a patto che non risultino controindicazioni. E' quindi da respingere l'asserzione dei ricorrenti per la quale, alla stregua delle indicazioni della Circolare, il Bassado avrebbe potuto (dovuto) essere somministrato solo in presenza di diagnosi clinica di rickettsiosi (pg. 11 del ricorso).

Quanto all'assenza di controindicazioni, l'affermazione dei giudici di merito è stata censurata dai ricorrenti, i quali hanno rappresentato che le lesioni vasculitiche erano state poste in correlazione con un'intossicazione da farmaci. Tuttavia tale dato, introdotto dalla deposizione Caltagirone, non vale a sovvertire il decisivo rilievo del decidente, perché l'una (diagnosi di intossicazione da farmaci) non esclude necessariamente l'altra (somministrabilità del Bassado). Neanche i ricorrenti giungono a porre tale antitesi, limitandosi a richiamare la prima circostanza.

Poiché la decisione impugnata trova il proprio fondamento nella errata interpretazione dei dati disponibili ai sanitari, come sopra richiamati, prive di pregio risultano le osservazioni difensive che rimandano alla conoscenza da parte dei sanitari, sin dal momento del ricovero del Di Clemente presso il Policlinico, del contatto che questi aveva avuto con un randagio.

9. La sentenza impugnata appalesa per contro carenza motivazionale e travisamento della prova quanto all'efficienza causale della condotta colposa dei sanitari e la morte del Di Clemente.

Sotto tale riguardo la pur pregevole decisione di primo grado si limita ad asserire che "se tale condotta fosse stata posta in essere, il decorso clinico dell'infezione avrebbe avuto un decorso certamente meno severo e l'*exitus* sarebbe stato evitato con un margine di elevatissima probabilità". Affermazione

che si ancora a quanto riferito dai periti Amato e Maringhini, circa la valenza di un trattamento precoce della malattia.

A fronte delle puntuali censure avanzate con l'atto di gravame, la Corte di Appello si è nuovamente richiamata al giudizio espresso dai periti secondo il quale la precocità del trattamento antibiotico garantisce la guarigione dei pazienti, senza prendere in esame l'assunto difensivo per il quale gli stessi periti di ufficio avevano giudicato anomalo il quadro clinico, con segni di forma fulminante della malattia, tanto che essa poteva non rispondere alla terapia pur corretta e tempestiva e poteva condurre quindi ugualmente alla morte; nonché omettendo di confrontarsi con l'evidenziazione delle preesistenti condizioni del Di Clemente (indicato dal Maringhini quale "paziente in cattive condizioni generali che aveva una storia di alcolismo, che aveva una storia di consumo di psicofarmaci o di ansiolitici piuttosto abbondante...": pg. 14 dell'udienza del 28.4.2010, all. 10 al ricorso), rappresentate come documentato fattore di rischio per mortalità, mentre non altrettanto poteva dirsi per il ritardo nel trattamento terapeutico.

Giova ricordare, al riguardo, che sussiste vizio di motivazione della sentenza di appello, confermativa della decisione di primo grado, quando questa si limiti a riprodurre la decisione confermata dichiarando in termini apodittici e stereotipati di aderirvi, senza dare conto degli specifici motivi di impugnazione che censurino in modo puntuale le soluzioni adottate dal giudice di primo grado e senza argomentare sull'inconsistenza o sulla non pertinenza degli stessi, non potendosi in tal caso evocare lo schema della motivazione "per relationem" (tra le molte, da ultimo, Sez. 6, n. 49754 del 21/11/2012 - dep. 20/12/2012, Casulli e altri, Rv. 254102).

Le affermazioni fatte nell'atto di appello sono state ribadite con il ricorso in esame, e qui sostenute con l'allegazione del verbale di deposizione del perito Maringhini, nel passo in cui afferma che "ci sono dei pazienti che non rispondono alla terapia anche se data precocemente, ..., e che muoiono nonostante la terapia. Tra i pazienti che rispondono peggio alla terapia ci sono sicuramente i forti fumatori e gli alcolisti" (pg. 14 dell'udienza del 9.6.2008 - all. 9 al ricorso - e similmente, ma più diffusamente, a pg. 14 dell'udienza del 28.4.2010).

Come noto, la Sezione Unite di questa Suprema Corte (Cass. Sez. Un., n. 30328, dell'11.9.2002, Franzese, Rv. 222138) hanno fugato le incertezze in ordine alla utilizzabilità di generalizzazioni probabilistiche nell'ambito del ragionamento causale. Nella verifica dell'imputazione causale dell'evento occorre dare corso ad un giudizio predittivo, sia pure riferito al passato: il giudice si interroga su ciò che sarebbe accaduto se l'agente avesse posto in essere la condotta che gli veniva richiesta. Detta valutazione risulta di maggiore

complessità in riferimento alle fattispecie omissive ovvero ogni qual volta la condotta, anche se attiva, risulti qualificata dalla rilevanza causale di condizioni negative dell'evento, in rapporto al contenuto omissivo della colpa. In tali fattispecie, qualificate dalla presenza di condizioni negative dell'evento, si rende indispensabile la costruzione di decorsi causali ipotetici: il giudice, procedendo alla ricostruzione controfattuale del nesso causale, si interroga in ordine all'evitabilità dell'evento, per effetto delle condotte doverose mancate che, naturalisticamente, costituiscono un "nulla".

La giurisprudenza di legittimità ha anche enunciato il carattere condizionalistico della causalità omissiva, indicando il seguente itinerario probatorio: il giudizio di certezza sul ruolo salvifico della condotta omessa presenta i connotati del paradigma indiziario e si fonda anche sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico, da effettuarsi ex post sulla base di tutte le emergenze disponibili; e culmina nel giudizio di elevata "probabilità logica". Con specifico riferimento all'accertamento del nesso di derivazione causale, la Suprema Corte ha evidenziato che "le incertezze alimentate dalle generalizzazioni probabilistiche possono essere in qualche caso superate nel crogiuolo del giudizio focalizzato sulle particolarità del caso concreto quando l'apprezzamento conclusivo può essere espresso in termini di elevata probabilità logica" (Cass. Sez. 4, n. 43786 del 17.9.2010, Rv. 248943). Ai fini dell'imputazione causale dell'evento, pertanto, il giudice di merito deve sviluppare un ragionamento esplicativo che si confronti adeguatamente con le particolarità della fattispecie concreta, chiarendo che cosa sarebbe accaduto se fosse stato posto in essere il comportamento richiesto dall'ordinamento.

Nel caso di specie, il ragionamento probatorio sviluppato dalla Corte territoriale non risulta aderente alle evidenziate coordinate interpretative. Essa assume un dato statistico (la elevata probabilità di guarigione in caso di tempestiva somministrazione del farmaco), senza calarlo nella particolarità del caso concreto (e ciò a prescindere dalla validità di siffatta legge generale di copertura, negata dai ricorrenti); senza interloquire con i rilievi difensivi articolati al riguardo; ignorando pertinenti - ed in astratto decisive - acquisizioni probatorie. Così, oltre a quanto già sopra evidenziato, non si è manifestato di aver preso in considerazione la diagnosi eseguita il 12 settembre dal prof. Triolo, ematologo, di una sindrome da anticorpi antifosfolipidi ad evoluzione catastrofica; né ha trovato spiegazione - al di là di un generico riferimento alle 'complicanze' dell'infezione - il fatto che la morte del Di Clemente sia avvenuta oltre due mesi dopo l'insorgenza della malattia.



Conclusivamente: i ricorsi vanno rigettati agli effetti penali, e la sentenza impugnata deve essere annullata, agli effetti civili, con rinvio al giudice civile competente per valore in grado di appello.

**P.Q.M.**

Rigetta i ricorsi agli effetti penali. Annulla la sentenza impugnata agli effetti civili e rinvia al giudice civile competente per valore in grado di appello.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 10/1/2013.

Il Consigliere estensore

Salvatore Dovere



Il Presidente

Vincenzo Romis

