

14369-24



REPUBBLICA ITALIANA
In nome del Popolo Italiano
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
QUINTA SEZIONE PENALE

Composta da:

ROSA PEZZULLO	- Presidente -	Sent. n. sez. 529/2024
ALFREDO GUARDIANO		UP - 23/02/2024
GIUSEPPE DE MARZO		R.G.N. 41254/2023
PIERANGELO CIRILLO		
ROSARIA GIORDANO	- Relatore -	

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

[REDACTED]

avverso la sentenza del 27/06/2023 della CORTE ASSISE APPELLO di MILANO

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Q

RITENUTO IN FATTO

1. Con la sentenza indicata in epigrafe, la Corte d'Assise d'Appello di Milano, in sede di rinvio, in parziale riforma della pronuncia di primo grado, dichiarava [REDACTED] responsabile del decesso di [REDACTED], ossia del fatto ascritto al capo 28) dell'imputazione.

2. Avverso la richiamata sentenza della Corte d'Assise d'Appello di Milano ha proposto ricorso per cassazione l'imputato, per mezzo dei difensori di fiducia, avv.ti [REDACTED] ed [REDACTED], articolando due motivi d'impugnazione, di seguito ripercorsi nei limiti di cui all'art. 173 disp. att. cod.proc.pen.

2.1. Con il primo motivo, è dedotto vizio di motivazione con riferimento sia al mancato riconoscimento di decorsi causali alternativi sia alla ritenuta sussistenza del nesso causale tra la somministrazione dei farmaci ed il decesso del paziente.

A fondamento del motivo la difesa del ricorrente espone che:

i farmaci iniettati al [REDACTED] hanno un'efficace dose-correlata, come confermato dallo stesso teste Iachipino nel corso dell'istruttoria dibattimentale e attestato dalle linee guida delle società scientifiche, talché sarebbe manifestamente illogica la decisione della Corte territoriale nel senso dell'indifferenza del dato quantitativo rispetto all'effetto letale della somministrazione farmacologica;

dall'istruttoria era emerso, e la medesima pronuncia impugnata ne aveva preso atto, che il [REDACTED] era un paziente terminale, la cui grave insufficienza respiratoria, come riferito dal teste [REDACTED], era stata solo temporaneamente risolta verso uno stato di dispnea con la terapia praticata in pronto soccorso e che, come riconosciuto ancora dal predetto teste, qualora fosse tornata l'insufficienza respiratoria, avrebbero dovuto essere somministrati farmaci sedativi (classe nella quale rientra il midazolam) e neurolettici (come la promazina e la clorpromazina). Talché era irragionevole la conclusione cui era pervenuta la Corte territoriale, in base alla sola valutazione del [REDACTED] per il quale la terapia di elezione sarebbe rimasta comunque la morfina, perché in contrasto con l'insegnamento della letteratura scientifica sulla sedazione palliativa che prevede la combinazione del midazolam con un oppioide;

la pronuncia impugnata aveva escluso che il paziente si trovasse in uno stato di incoscienza al momento della somministrazione della terapia per la

manca di annotazioni in tale direzione sulla cartella clinica, tralasciando di considerare che l'intervento rianimatore del dottor [REDACTED] si era concluso alle 6:10, che le figlie del [REDACTED] erano state con lui solo sino alle 7:00 e che, dopo due ore, gli effetti della terapia praticata in pronto soccorso andavano ad esaurirsi. Peraltro, l'effettuazione di una rx al torace alle ore 7:55 era probabilmente l'evento che aveva causato il peggioramento del paziente, non già per la mobilitazione dello stesso, bensì in quanto era stato necessario sollevarlo e porre le lastre al di sotto del busto dello stesso. Inoltre, la Corte aveva trascurato di considerare le dichiarazioni rese all'udienza del 18 gennaio 2019 dalla teste [REDACTED], addetta alle pulizie, che aveva dichiarato che, dopo che erano andate via le figlie del paziente, nel giro di un'ora questi era peggiorato entrando in coma.

In definitiva, la genesi dello stato di incoscienza non dovrebbe rinvenirsi, come assunto dalla pronuncia impugnata negli interventi farmacologici operati, bensì, piuttosto, nella pregressa e irrisolta condizione patologica del defunto.

Nello specifico, in ordine alle cause alternative del decesso, la Corte d'Assise d'Appello di Milano avrebbe omesso di considerare le continue fluttuazioni della pressione arteriosa del [REDACTED] che avrebbero dovuto far ritenere che lo stesso aveva avuto un infarto miocardico acuto, del resto compatibile con il valore della troponina registrato al momento dell'ingresso in pronto soccorso e con gli esiti del tracciato e il referto dell'elettocardiogramma ivi effettuati. A fronte di tali complessivi elementi istruttori e della perizia del consulente della difesa che ne aveva confermato le conclusioni nel corso dell'esame dibattimentale, la Corte territoriale avrebbe così irragionevolmente escluso la presenza di un infarto nel paziente in virtù delle sole dichiarazioni del dottor Iapichino il quale aveva evidenziato che una persona con un infarto in atto si sarebbe lamentata per la sofferenza e il dato sarebbe stato registrato dai sanitari.

Quanto alla successiva somministrazione del mix di farmaci da parte dell'imputato, in una situazione nella quale, secondo la ricostruzione difensiva, il [REDACTED] si trovava già in stato agonico, essa si era resa necessaria perché ciò non avrebbe impedito al paziente di percepire le sofferenze del suo grave stato, percepibili anche durante il coma.

2.2. Con il secondo motivo il [REDACTED] assume erronea applicazione dell'art. 43 cod.pen. e vizio di motivazione in ordine all'elemento psicologico del reato rispetto al decesso del paziente [REDACTED] poiché la motivazione non avrebbe fatto corretta applicazione dei principi enunciati dalle Sezioni Unite nella sentenza n. 38343 del 2014 quanto alla distinzione tra dolo e colpa e avrebbe omesso di considerare i serie di fattori indicati in tale pronuncia (ossia le modalità della condotta, la lontananza dalla condotta standard, la personalità e la storia dell'imputato, la durata e la ripetizione della condotta, la condotta

contestuale e successiva all'evento, il fine della condotta e la probabilità di verifica dell'evento, anche rispetto alla c.d. formula di Frank).

Nel motivo la difesa sottolinea che, per escludere il dolo, avrebbe rilievo decisivo la circostanza che l'imputato non aveva l'intenzione di uccidere il paziente bensì, in assoluta buona fede, di traghettarlo in condizioni di serenità verso l'inevitabile e prossimo decesso.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il primo motivo di ricorso non è fondato.

Occorre premettere che, nel giudizio in esame, sono stati contestati a [REDACTED], per il decesso di [REDACTED], avvenuto il 18 agosto 2014 presso l'Ospedale di Saronno, i delitti di cui agli artt. 575 e 577, comma primo, n. 2, cod. pen., 61 n.5 e n. 9 cod. pen. perché, quale medico in servizio presso il reparto operativo del Pronto Soccorso del predetto nosocomio, somministrava a tale paziente farmaci neurolettici e sedativi (in particolare, midazolam, promazina e clorpromazina), senza annotarlo nella cartella clinica, in quantità non accertata ma comunque letale, così cagionandone volontariamente la morte.

Sempre in premessa, occorre considerare che è stato accertato, già con la perizia svolta in sede di incidente probatorio mediante esame autoptico che nel cadavere del [REDACTED] erano presenti, oltre a tracce di farmaci presenti nel piano terapeutico, come il citalopram e il paracetamolo, anche quelle di tre farmaci non presenti nella cartella clinica di un precedente ricovero né nel verbale di pronto soccorso e, in particolare, midazolam, promazina e clorpromazina, ossia i farmaci del c.d. Protocollo [REDACTED].

Ulteriore elemento dal quale deve prendere le mosse l'esame del motivo è che il medesimo [REDACTED] nel corso del dibattimento, anche in sede di rinnovazione dopo l'annullamento della prima decisione della Corte d'Assise d'appello di Milano *in parte qua* in sede di legittimità, non ha contestato di aver somministrato al paziente i farmaci in questione e, anzi, ha rivendicato (pur non ricordandosi nello specifico del [REDACTED]) che non avrebbe potuto che essere stato lui ad effettuare detta somministrazione poiché non delegava ad altri questo tipo di terapie.

Sicché, a seguito della rinnovazione dell'istruttoria ritenuta necessaria dalla Prima Sezione Penale di questa Corte, stante il ribaltamento dell'esito assolutorio di primo grado rispetto alla posizione del paziente [REDACTED], ciò che doveva stabilire la decisione impugnata era solo la sussistenza del nesso di causalità tra la somministrazione del mix di farmaci esulanti dal piano terapeutico del

paziente (propri del c.d. protocollo [REDACTED]), e l'evento morte, come *hic et nunc* verificatosi, dello stesso.

Tale accertamento doveva nello specifico essere compiuto avendo riguardo ai fattori alternativi indicati dalla decisione assolutoria di primo grado e ritenuti tali da far concludere la stessa nel senso dell'impossibilità di ritenere il [REDACTED] responsabile dei delitti contestati al di là di ogni ragionevole dubbio.

In particolare, detti fattori alternativi – con i quali, nel confutarne l'incidenza in concreto si è puntualmente confrontata la decisione di primo grado - erano i seguenti:

non era stata rilevata la quantità dei farmaci somministrati e, quindi, non era stato possibile verificare se si trattasse, o no, di dosi letali;

dall'istruttoria erano emerse ipotesi alternative circa le cause del decesso, riconducibili ad un aggravamento delle patologie di base e, in particolare, alla patologia cardiaca pregressa indicata dal dottor [REDACTED] ovvero, congiuntamente o in alternativa, ad un evento determinato dalla mobilitazione del paziente per l'effettuazione di una radiografia;

i periti avevano escluso possibili cause alternative solo nell'esame dibattimentale;

la somministrazione che, secondo i periti, avrebbe provocato uno stato di alterazione del sensorio del [REDACTED], riscontrata nell'annotazione "paziente agonico" apposta dal [REDACTED] alle ore 8:27 avrebbe accelerato significativamente il decesso, avvenuto invece solo alle ore 11:00 a circa tre ore dalla somministrazione.

In sede di rinvio, con la sentenza impugnata, la Corte d'Assise d'Appello di Milano, svolta la rinnovazione dell'esame dei testi e di quello dell'imputato in conformità alle indicazioni rivenienti dalla pronuncia caducatoria, ha ritenuto il ricorrente penalmente responsabile del decesso del paziente [REDACTED].

Con riguardo alla prima deduzione posta a fondamento del motivo di ricorso, *i.e.* sulla necessità di accertare il quantitativo dei farmaci somministrati, la decisione impugnata ha fondato essenzialmente le proprie conclusioni sulle dichiarazioni rese in dibattimento dal perito Iacopino il quale ha confermato, che, come già evidenziato nel proprio elaborato, considerate le condizioni di salute estremamente precarie dell'anziano paziente, a prescindere dalla dose, i farmaci somministrati avrebbero condotto al decesso. Ciò soprattutto, come non ha trascurato di sottolineare congruamente la pronuncia censurata, in quanto non sono stati allo stesso tempo somministrati al [REDACTED] anche farmaci idonei a consentire di farlo respirare per reagire alla reazione depressiva sulla respirazione determinata dal mix di tali farmaci (p. 31-32 della sentenza impugnata).

Con riferimento alla condizione clinica del paziente al momento della somministrazione dei farmaci ai quali è imputato il decesso in concreto avvenuto, la pronuncia impugnata ha posto in evidenza una serie di elementi istruttori univocamente conducenti nel senso di far ritenere che, alle ore 8:00, quando il [REDACTED] aveva iniziato il proprio turno, il paziente non si trovava in gravi condizioni di alterazione della coscienza, e non era ancora iniziato per lo stesso un processo irreversibile di morte tale da rendere influente sul piano causale la condotta dell'imputato, almeno rispetto al decesso verificatosi *hic et nunc*.

La Corte d'Assise d'Appello di Milano ha valorizzato in tale direzione le dichiarazioni rese anche in sede di rinnovazione istruttoria dal medico rianimatore dottor [REDACTED] il quale, pur precisando che il Brasca era affetto da una pluralità di patologie in presenza delle quali non sarebbe sopravvissuto a lungo, ha evidenziato che, grazie alla terapia praticata in pronto soccorso, era stata ridotta l'insufficienza respiratoria e il paziente aveva ripreso la funzione renale.

La stessa sentenza impugnata ha altresì considerato, attraverso un ragionamento fondato su canoni logici e congrui, una serie di ulteriori elementi idonei a corroborare le dichiarazioni del [REDACTED].

Convergono, infatti, in tal senso, *in primis*, le dichiarazioni rese dalle figlie del [REDACTED] le quali hanno riferito, concordemente, che sino alle ore 7:00, quando hanno lasciato il nosocomio, il padre era perfettamente cosciente, al punto da avere anche scherzato con loro.

Inoltre, rilevanza decisiva è stata congruamente attribuita alla circostanza che, sino alle ore 8:00, alcuna altra annotazione su un imminente pericolo di vita era indicata nella cartella clinica del paziente, che era stato sottoposto pochi minuti prima ad una rx torace.

A fronte di un quadro istruttorio così composito e convergente, lo stesso non avrebbe potuto essere superato, come pretende la difesa del ricorrente, dalla valorizzazione delle dichiarazioni della teste [REDACTED] che, nel confermare che il paziente era cosciente quando c'erano le figlie, ha poi riferito che nel giro di un'ora lo stesso era peggiorato e poi entrato in coma, atteso che non può escludersi una qualche imprecisione della medesima nell'indicazione dell'orario del peggioramento, posto che già alle ore 8:27, cioè meno di un'ora e mezzo dopo che le figlie del [REDACTED] avevano lasciato l'ospedale, il [REDACTED] ne aveva annotato lo stato agonico.

Con riferimento alle doglianze spiegate dalla difesa dell'imputato circa l'incidenza di fattori causali alternativi idonei a rendere influente rispetto alla concreta verifica dell'evento mortale la condotta del ricorrente, anche sotto questi aspetti la sentenza impugnata non è affetta da alcuna carenza argomentativa o vizio di manifesta illogicità.

Invero, la Corte d'Assise d'Appello di Milano ha valorizzato in tale direzione la deposizione del perito Iachipino nel senso che le manovre eseguite avrebbero potuto determinare, piuttosto, un'embolia polmonare. Inoltre, il teste ha riferito che non avrebbe potuto ipotizzarsi un ictus senza alcun segno neurologico, né un infarto, che avrebbe determinato una sofferenza evidente che non era stata notata da nessuno.

D'altra parte, sul piano logico, la pronuncia impugnata ha sottolineato che la tesi della difesa dell'imputato per la quale il paziente era già in coma quando gli era stata somministrata la terapia farmacologica era smentita dalle stesse indicazioni di detta terapia che serve a superare manifestazioni di agitazione, angoscia e sofferenza del paziente terminale.

Di qui la Corte territoriale ha posto in rilievo la decisività della circostanza per la quale eventi idonei al peggioramento delle condizioni cliniche del paziente non erano stati annotati nella cartella clinica, prima che ██████████A scrivesse che lo stesso si trovava in stato agonico alle ore 8:27, senza peraltro neppure annotare di aver somministrato il mix di farmaci del suo "protocollo".

A fronte del complesso di queste argomentazioni, di adeguata tenuta logica rispetto al sindacato sulle valutazioni degli elementi probatori demandato ai giudici di merito, addotte dalla Corte d'Assise d'Appello di Milano, sia dopo aver rinnovato l'istruttoria dibattimentale con i testi e lo stesso imputato, sia assolvendo all'onere di motivazione c.d. rafforzata imposto quando si supera un esito assolutorio in primo grado, il motivo proposto finisce con il pretendere una differente valutazione delle prove in vista di una ricostruzione alternativa dei fatti ipotetica e congetturale.

Come è stato più volte affermato nella giurisprudenza di legittimità, invero, a fronte di una condotta commissiva, per l'accertamento del nesso causale il giudizio controfattuale non è basato sui criteri probabilistici - statistici tipici della causalità per omissione - ma deve essere effettuato valutando se l'evento si sarebbe ugualmente verificato eliminando l'azione dal contesto in cui è stata posta in essere (Sez. 3, n. 47979 del 28/09/2016, Urru, Rv. 268658 - 01; Sez. 4, n. 15002 del 01/03/2011, D'Isa, Rv. 250268 - 01).

La pronuncia impugnata ha compiuto a riguardo un'esaustiva valutazione, alla stregua del complesso delle emergenze istruttorie e della possibile incidenza di fattori causali alternativi, circa la causazione dell'evento morte, almeno *hic et nunc*, del ██████████ per effetto della somministrazione del mix di farmaci del c.d. protocollo ██████████ che lo stesso imputato, come si è già evidenziato, ha rivendicato di aver sempre personalmente applicato, senza delegarlo ad altri.

2. Il secondo motivo di ricorso è, parimenti, non fondato.

A riguardo, anche rispetto al decesso del paziente ██████████, la difesa del ██████████ insiste sulla buona fede dell'imputato, il quale non avrebbe avuto la

volontà di uccidere i degenti con la somministrazione dei farmaci in questione, bensì solo di alleviarne le sofferenze, sull'assunto che le stesse sussisterebbero anche in una situazione agonica o di coma, per accompagnarli in maniera più serena verso l'inevitabile *exitus*.

Questa impostazione, a fronte dell'assoluta consapevolezza da parte di un medico esperto come il ricorrente circa le conseguenze delle sue azioni, conseguenze anzi volute con particolare intensità, è erronea sotto due profili.

In primo luogo, confonde il dolo, che è costituito dalla consapevolezza e volontà di cagionare l'evento, nel caso di specie neppure posta in discussione quanto rivendicata dall'imputato, con i motivi dell'azione, che possono essere i più disparati, ma che non assumono alcun rilievo ai fini penalistici né vieppiù per trasformare il dolo in colpa che si ravvisa, come noto, quando vi è una negligenza o imperizia rispetto ad una condotta doverosa e non già una peculiare perizia nell'attuare una condotta anti-doverosa, così come avvenuto nella fattispecie per cui è processo.

E' infatti vero che esiste una legislazione sulla possibilità di praticare ai pazienti terminali cure palliative che possono avere anche l'effetto di accelerare la verifica dell'evento-morte, ma questa possibilità presuppone il consenso dell'avente diritto o dei soggetti legittimati in luogo dello stesso qualora si trovi in stato di incoscienza e abbia delegato a tal fine altre persone ad esprimere la sua volontà in detta situazione.

In particolare, l'art. 2, comma 1, lettera a), della legge n. 38 del 2010 definisce le cure palliative come: *«L'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici»*.

Al lume della finalità della predetta legge di tutelare la dignità umana e del principio riveniente fondamento nell'art. 32 Cost. per il quale nessun trattamento sanitario, vieppiù se di natura palliativa perché non necessario ai fini di cura, può essere operato senza il consenso della persona, deve ritenersi che, a prescindere dal ricorrere dei relativi presupposti, detto consenso, da intendersi come scritto, informato e consapevole, si renda necessario per la somministrazione di farmaci rientranti nel novero dei trattamenti palliativi riconosciuti per la tutela della dignità dei malati in stato terminale o pre-terminale, come del resto è stato, dopo la verifica dell'evento per cui è processo, espressamente previsto dall'art. 2, comma 2, della legge n. 219 del 2017.

In sostanza, il malato incurabile e vittima di sofferenze intollerabili deve comunque esercitare i suoi "diritti infelici" in maniera pienamente informata e con la necessaria assistenza umana, medica e psicologica (cfr. Corte Cost. ord. n.

~~Roberta Rosa Maria Pezzullo, Consigliere Estensore, Rosaria Giordano, Presidente, Rosa Pezzullo, Consigliere Estensore~~, che
liquida in complessivi euro 6.500, oltre accessori di legge.

Così deciso in Roma il 23 febbraio 2024

Il Consigliere Estensore
Rosaria Giordano



Il Presidente
Rosa Pezzullo

