

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

Dottorato di ricerca in

Diritto ed economia dei sistemi produttivi

XXII Ciclo

**La sentenza Franzese
e la sua applicazione
giurisprudenziale
negli anni 2002-2010**

**Tesi di dottorato presentata
dalla Dott.ssa Donatella Pianezzi**

**Direttore della Scuola:
Chiar.mo Prof.
Michele Comenale Pinto**

**Relatore:
Chiar.mo Prof.
Gian Paolo Demuro**

INDICE

Parte I

Osservazioni introduttive in tema di nesso causale

CAPITOLO I

Gli orientamenti giurisprudenziali in tema di nesso causale
prima della sentenza delle Sezioni Unite

1. La prova del nesso causale tra probabilità e certezza : “la coscienza del dito di Dio spesso scompare dal cuore dell’uomo” pag. 8
2. La colpa professionale del medico: dall’atteggiamento di indulgenza a quello di rigore pag. 10
3. L’accertamento causale: la vaporizzazione del nesso nei reati omissivi impropri pag. 12
4. L’art. 40 c.p. e la sussunzione sotto leggi scientifiche pag. 15
5. La causalità omissiva come causalità normativo – ipotetica e il criterio delle “serie ed apprezzabili probabilità di successo” pag. 18
6. L’introduzione del paradigma dell’aumento del rischio pag. 28
7. Le critiche all’orientamento delle “serie ed apprezzabili probabilità di successo” pag. 31
8. L’orientamento della “certezza”: decisioni precedenti il 2000 pag. 34
9. Le tre sentenze Battisti del 2000 pag. 38
10. L’applicazione del criterio della “certezza” nella giurisprudenza di legittimità e di merito post 2000 pag. 45

Parte II

L'intervento delle Sezioni Unite

CAPITOLO I

Analisi della sentenza Franzese

1. La frattura giurisprudenziale in tema di nesso causale nei reati omissivi impropri pag. 50
2. Gli argomenti a sostegno dell'orientamento giurisprudenziale della "certezza" pag. 52
3. Segue: i profili problematici di tale orientamento pag. 54
4. Un'anticipazione della sentenza Franzese: la sentenza Orlando pag. 59
5. La sentenza Franzese: ruolo storico pag. 66
6. Segue: il fatto storico oggetto della sentenza pag. 67
7. La "*pars destruens*" della sentenza Franzese pag. 69
8. L'accoglimento della teoria condizionalistica e il ripudio del criterio dell'aumento del rischio pag. 72
9. L'accertamento processuale del nesso causale: alto grado di credibilità razionale e certezza processuale pag. 76
10. L'esclusione di fattori causali alternativi e il problema della frequenza delle leggi scientifiche di copertura pag. 80
11. L'assenza di leggi scientifiche e il ruolo delle massime d'esperienza pag. 85
12. L'evento *hic, nunc et quomodo* pag. 88
13. La regola dell' "oltre ogni ragionevole dubbio" pag. 90

CAPITOLO II

Valutazioni della dottrina sulla pronuncia delle Sezioni Unite

- | | | |
|----|---|----------|
| 1. | Cenni introduttivi | pag. 94 |
| 2. | Le critiche all'analisi del fatto storico della Franzese | |
| | | pag. 95 |
| 3. | Le critiche ai principi di diritto enunciati dalle Sezioni Unite: il ricorso al paradigma condizionalistico | pag. 101 |
| 4. | Segue: i criteri di frequenza medio – bassi | pag. 103 |
| 5. | Segue: l'impossibilità di escludere i fattori causali alternativi nelle fattispecie omissive | pag. 108 |
| 6. | Segue: il ricorso alle massime d'esperienza | pag. 113 |
| 7. | I pregi della sentenza Franzese | pag. 114 |

Parte III

La giurisprudenza di legittimità e di merito successiva alla Franzese

CAPITOLO I

Osservazioni generali

- | | | |
|----|--|----------|
| 1. | Introduzione alla problematica | pag. 117 |
| 2. | Brevi osservazioni in ordine alle sentenze sull'amianto successive alla Franzese | pag. 118 |

CAPITOLO II

Le sentenze che si uniformano ai principi di diritto sanciti dalle Sezioni Unite

- | | | |
|----|--|----------|
| 1. | I primi esempi di conformità alle Sezioni Unite | pag. 123 |
| 2. | Le sentenze del 2004 in linea con la Franzese | pag. 127 |
| 3. | Le sentenze conformi datate 2005 | pag. 135 |
| 4. | La conformità alla Franzese nel 2006 | pag. 141 |
| 5. | Un'interessante pronuncia di merito: il caso Soro | pag. 150 |
| 6. | Ancora sentenze in linea con le statuizioni delle S.U. | pag. 152 |
| 7. | Evoluzione nell'approfondimento della Franzese | pag. 159 |
| 8. | I casi più interessanti del 2009 | pag. 168 |
| 9. | Le sentenze più recenti | pag. 174 |

CAPITOLO III

Le sentenze di merito annullate dalla Cassazione per violazione della Franzese

- | | | |
|----|---|----------|
| 1. | I primi interventi della Cassazione per sanzionare il mancato rispetto della Franzese | pag. 178 |
| 2. | Altre pronunce di annullamento datate 2005 | pag. 184 |
| 3. | Le sentenze annullate nel corso del 2006 | pag. 191 |
| 4. | Le pronunce di annullamento del 2007 | pag. 198 |
| 5. | Le più interessanti sentenze del 2008 | pag. 205 |
| 6. | Ancora interventi di annullamento da parte dei giudici di legittimità | pag. 209 |
| 7. | Le sentenze più recenti | pag. 214 |

CAPITOLO IV

Le sentenze che si discostano dai parametri delle Sezioni Unite

1. Le sentenze Amato e Albissini: causalità <i>ex ante</i> e causalità <i>ex post</i>	pag. 219
2. La sentenza Marinari e il caso Loi: il ricorso alle massime d'esperienza	pag. 225
3. Altre pronunce discutibile datate 2003	pag. 228
4. La sentenza Guida e la sentenza Ferrari: l'ossequio meramente formale alle Sezioni Unite	pag. 232
5. L'impossibilità di valutare la conformità alla Franzese: la sentenza Verri e il caso Tranquilli	pag. 238
6. Sentenze che si allontanano da alcuni parametri della Franzese	pag. 241
7. Ancora due esempi di violazione sostanziale della Franzese: le sentenze Petramala e Ciardini	pag. 250
8. Le sentenze del 2007 difformi o poco motivate	pag. 254
9. La sentenza Izzo	pag. 261
10. Le sentenze più recenti che violano lo spirito della Franzese	pag. 263
 CONCLUSIONI	 pag. 268
 Glossario medico	 pag. 270
Abbreviazioni principali	pag. 305
Bibliografia	pag. 306

*“Nessuno, per principio assoluto di diritto penale,
nessuno può essere punito per un evento
del quale non sia stato cagione...
La essenza del delitto sta nella causa della morte,
non nella morte, né nella colpa.”*

Francesco Carrara

*“Non ci sono discipline
né rami del sapere o piuttosto di indagine:
ci sono soltanto problemi
e l’esigenza di risolverli”.*

Karl Popper

PARTE I

Osservazioni introduttive in tema di nesso causale

CAPITOLO I

Gli orientamenti giurisprudenziali in tema di nesso causale prima della sentenza delle Sezioni Unite

1. La prova del nesso causale tra probabilità e certezza :“la coscienza del dito di Dio spesso scompare dal cuore dell’uomo”

Il grande maestro Francesco Carrara sosteneva che la massima <*in dubio pro reo*>, sancita in tutti i codici e venerata dai giuristi di ogni epoca, fosse espressione di una di quelle verità scolpite nel cuore dell’uomo direttamente dal dito di Dio¹. Nonostante ciò, spesso tale coscienza divina scompare e, seppur in modo esplicito nessuno abbia mai messo in dubbio la portata di tale principio, nella pratica ci sono dei casi in cui ciò è avvenuto. A titolo di esempio Carrara richiama il celebre episodio di una levatrice accusata e condannata per omicidio colposo². Nella sentenza di merito si sosteneva che l’imputata fosse in colpa per non aver avvertito immediatamente il chirurgo pur trovandosi di fronte ad un parto complicato, assumendosi così delle funzioni a lei vietate. Inoltre si sosteneva che “se un esperto fosse stato tempestivamente chiamato”, la vita della partoriente sarebbe, “con molta *probabilità*, stata salvata”. La sentenza di condanna, poi annullata senza rinvio dalla Cassazione, si basava dunque sul fatto che la levatrice era stata causa *probabile* di quella morte, pur non essendovi alcuna *certezza* in proposito.

¹ F. Carrara, “Opuscoli di diritto criminale”, 6° ed., III, Firenze, 1910, pag. 53 ss.

² F. D’Alessandro, “La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull’oltre ogni ragionevole dubbio. Nota a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1585, imp. Sgarbi e a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (13 febbraio 2002), n. 1652, imp. Covili”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757.

E' passato tanto tempo da quella sentenza, fiumi di inchiostro sono stati scritti da giuristi appassionati e colti giudici, ma ancora oggi il tema della prova del nesso causale suscita interesse e vivi dibattiti. Ancora oggi si continua a disquisire di probabilità e certezza, di tutela delle vittime e garanzie per l'imputato, degli scopi preventivo – repressivi del diritto penale e del diritto penale come *extrema ratio*.

Un punto importante in questo eterno dibattito è stato segnato dalla pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione Penale del 2002³, ormai conosciuta dagli operatori del diritto come “sentenza Franzese”, riguardante un caso di responsabilità penale medica. Come emergeva già nel caso riportato dal Carrara, è proprio questo il settore in cui sono emersi i contrasti dottrinali e giurisprudenziali più evidenti, in cui dunque il contrasto tra probabilità e certezza nell'accertamento del nesso causale nei reati omissivi ha dato luogo a quelle divisioni all'interno della Sezione IV della Corte di Cassazione che hanno poi portato all'intervento delle Sezioni Unite.

E' bene peraltro sottolineare fin d'ora che la sentenza Franzese non ha comunque chiuso il capitolo “nesso causale”, non ha cioè posto un punto definitivo sulla questione. Negli ultimi anni, per esempio, non sono mancati contributi dottrinali particolarmente critici rispetto ad alcuni specifici punti della pronuncia. La giurisprudenza di merito e di legittimità ha invece mostrato di adeguarsi in modo quasi uniforme e pedissequo alla Franzese: scorrendo i testi delle sentenze degli ultimi anni si può notare che i giudici, trovandosi di fronte alla questione causale, operano sempre un richiamo a quanto sancito dalle Sezioni Unite. Tuttavia tale richiamo si traduce spesso in un rispetto puramente formale, poiché tali principi vengono sistematicamente violati nella loro applicazione pratica. E' proprio questo l'aspetto più interessante ed attuale della questione, quello su cui mi soffermerò quindi con particolare attenzione in questo studio.

³ Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 1133- 1144.

2. La colpa professionale del medico: dall'atteggiamento di indulgenza a quello di rigore.

Per inquadrare al meglio il problema dell'accertamento causale nella responsabilità medica non si può prescindere da una valutazione dell'evoluzione subita da tale disciplina nel corso degli anni.

Si può partire dalla constatazione che, all'indomani dell'entrata in vigore del Codice Rocco, si era sviluppato e consolidato un orientamento dottrinario e giurisprudenziale alquanto indulgente nella valutazione della responsabilità del medico⁴. Si riteneva infatti che, in tema di colpa professionale del sanitario, i concetti di imperizia, negligenza ed imprudenza, andassero valutati secondo criteri del tutto particolari⁵, per il frequente insorgere del rischio e del fortuito. Si adottava dunque un metro di giudizio improntato a larghezza di vedute e comprensione, e ciò sul presupposto che la scienza medica non determina in ordine allo stesso male un criterio tassativo di cura e considerato che, nell'arte medica, l'esame di apprezzamento è sempre possibile⁶. Tali peculiarità portavano la giurisprudenza a ritenere rilevante, ai fini della responsabilità penale, solo la colpa grossolana, individuabile in quelle condotte totalmente incompatibili col minimo di cultura ed esperienza che deve legittimamente attendersi da chi sia abilitato alla professione medica⁷. Nei primi anni Settanta, per supportare giuridicamente il peso di tali tesi si optò per il ricorso all'art. 2236 del Codice Civile: in base a tale norma, in caso di prestazioni che implicino la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera risponde solo in caso di dolo o colpa grave. D'altro canto la colpa grave veniva riscontrata solo in caso di errore inescusabile, che trovava origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter adoperare

⁴ A. Crespi, "Medico – chirurgo", in *Dig. Disc. Pen.*, VII, 1993, pag. 591 e ss.

⁵ Cass. Pen., IV, 4 maggio 1965, Nani, in *Giust. Pen.*, II, 1966, pag. 498 – 499; Cass. Pen., II, 17 ottobre 1952, Bussola, in *Riv. pen.*, II, pag. 189-190 e in *Giust. Pen.*, 1953, II, pag. 503 e ss, con nota di E. Battaglini, "La colpa professionale dei sanitari".

⁶ Cass. Pen., IV, 6 marzo 1967, Izzo, in *Giust. Pen.*, 1967, II, pag. 1158 – 1159.

⁷ Cass. Pen., IV, 4 febbraio 1972, Del Vecchio, in *Cass. Pen.*, 1973, pag. 538 - 546.

correttamente o, infine, nella mancanza di prudenza e diligenza che non devono mai mancare in chi esercita la professione sanitaria⁸.

Queste posizioni suscitarono tuttavia vivaci critiche da parte di chi, come Crespi⁹, riteneva che il criterio della colpa grave potesse farsi valere solo in ipotesi di imperizia e non anche in caso di imprudenza e negligenza¹⁰; tale posizione venne poi recepita dalla Corte Costituzionale con la sent. n. 166 del 28 novembre 1973¹¹. Nonostante tale autorevole presa di posizione, anche negli anni successivi si sono riscontrate decisioni difformi, ispirate all'orientamento più antico e improntate ad una valutazione del tutto benevola dell'attività del medico¹².

A partire dagli anni Ottanta l'indirizzo giurisprudenziale più seguito¹³ abbraccia una posizione ancora differente, in base alla quale l'accertamento della colpa del medico non può, in alcun modo, essere effettuato in base agli elementi contemplati nell'art. 2236 c. c., dovendosi invece applicare le regole generali di cui all'art. 43 c.p.¹⁴. Ciò anzitutto perché la norma civilistica non può essere applicata in via analogica, stante il suo carattere eccezionale rispetto ai principi generali vigenti in materia; inoltre, nell'ordinamento penale, il grado della colpa è previsto solo al fine di determinare l'ammontare della pena o quale circostanza aggravante, ma in nessun caso quale elemento determinante per la sussistenza dell'elemento psicologico del reato e dunque quale parametro fondante della

⁸ Cass. Pen., IV, 21 ottobre 1970, Listo, in *Cass. Pen.*, 1972, pag. 558, m. 723 e in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1973, pag. 255.

⁹ A. Crespi, "La colpa grave nell'esercizio dell'attività medico chirurgica", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1973, pag. 255 e ss.

¹⁰ In definitiva, secondo Crespi, quanto maggiori sono le difficoltà del compito, tanto più indulgente deve essere il giudizio del magistrato sulla perizia dell'agente ma tanto più severo deve essere il giudizio sulla prudenza e sulla diligenza adoperate, in tale ipotesi, dal medico stesso.

¹¹ G. Grasso, "La responsabilità penale nell'attività medico chirurgica: orientamenti giurisprudenziali sul <grado> della colpa", in *Riv. It. med. leg.*, 1979, pag. 83.

¹² Cass. Pen., VI, 15 febbraio 1978, in *Riv. Pen.*, 1978, pag. 732; Cass. Pen., IV, 7 luglio 1977, in *Riv. Pen.*, 1978, pag. 330.

¹³ Si vedano, tra le tante, Cass. Pen., 9 giugno 1981, Fini, in *C.E.D. Cass.*, n. 150650; Cass. Pen., 18 novembre 1982, Torre, in *Giust. Pen.*, 1983, II, c. 433; Cass. Pen., 22 ottobre 1983, Rovacchi, in *C.E.D. Cass.*, n. 160826; Cass. Pen., IV, 12 giugno 1987, Boschi, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 68; Cass. Pen., 24 giugno 1987, Mondonico, in *C.E.D. Cass.*, n. 176416; Cass. Pen., I, 21 marzo 1988, Montalbano, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 1242, n. 1066; Cass. Pen., IV, 8 novembre 1988, Angelli, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 254, n. 209; Cass. Pen., 8 dicembre 1989, Olivi, in *C.E.D. Cass.*, n. 184881.

¹⁴ R. Blaiotta, "Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza", in *Cass. Pen.*, 2000, pag. 1193.

responsabilità penale. L'art. 2236 c.c. è dunque diretto esclusivamente a disciplinare l'obbligo del risarcimento derivante da responsabilità contrattuale o aquiliana, mentre la valutazione penalistica della colpa medica dovrà essere condotta secondo i parametri previsti dall'art. 43 c.p., distinguendosi i vari gradi della colpa solo ai fini della commisurazione della pena ex art. 133 c.p.¹⁵.

3. L'accertamento del nesso causale: la vaporizzazione del nesso nei reati omissivi impropri.

Dopo aver brevemente ricordato l'evoluzione giurisprudenziale in relazione al profilo soggettivo della responsabilità medica, non resta che concentrarci più specificatamente sul rapporto causale che lega la condotta del medico e l'evento lesivo dell'integrità fisica o della vita del paziente.

I problemi maggiori si sono posti per le ipotesi, quantitativamente molto rilevanti, in cui il medico tiene una condotta di tipo omissivo.

Tradizionalmente, per distinguere azione ed omissione si ricorre al c.d. *criterio normativo della regola cautelare violata*, in base al quale, qualora si viola una norma che pone un divieto si verte nell'ambito della condotta attiva, qualora invece ad essere violata è una norma che pone un comando ci si trova di fronte ad un'omissione. Sebbene, in linea teorica, la distinzione appaia del tutto chiara e netta, nella pratica non mancano i problemi, determinati sia dalla frequente presenza di casi di "condotte intrecciate"¹⁶, in cui si mescolano azioni e omissioni, sia in virtù della componente omissiva che di per sé connota la responsabilità per colpa. Proprio in risposta a tali istanze negli ultimi anni si è affacciato, anche nelle sentenze di legittimità¹⁷, un nuovo criterio distintivo di tipo naturalistico, definito anche *criterio della reale efficacia condizionante*, proprio perché in questo caso non si fa riferimento al tipo di norma violata ma alle modalità in cui le cose *in*

¹⁵ S. Ferrari, "Sulla valutazione della responsabilità medica per colpa. Nota a Cass. Pen., IV, 13 febbraio 2002, Magagnoli", in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 1491-1494.

¹⁶ Una tipica ipotesi di condotta intrecciata si ha nel caso in cui il medico dimetta il paziente senza curarlo. Infatti, da un lato, si viola il comando di prestare le cure opportune (omissione), dall'altro si viola il divieto di non dimettere il paziente che non sia in buone condizioni di salute (azione).

¹⁷ Deve sottolinearsi che, comunque, l'applicazione del criterio naturalistico in giurisprudenza è avvenuta in casi sporadici. A titolo di esempio si veda Cass. Pen., IV, 14 novembre 2007 (11 marzo 2008), n. 10795, Pozzi, in *Guida al diritto*, 2008, n. 17, pag. 89-90 e n. 18, pag. 99.

rerum natura si sono effettivamente svolte. In base a questo criterio la condotta è attiva se il processo causale è stato attivato dal soggetto agente (es. recisione dell'arteria nel corso di un intervento chirurgico) o è stato comunque da lui accelerato (es. sospensione dell'insulina al paziente diabetico), mentre è omissiva se il processo causale è già in corso e il soggetto non è intervenuto per bloccarlo o rallentarlo (es. mancata diagnosi di un tumore, mancata diagnosi di un infarto).

Proprio nell'ambito dei reati omissivi impropri la giurisprudenza, ha peraltro adottato in alcune decisioni un atteggiamento di totale disinteresse rispetto al tema della causalità, bypassando di fatto tale accertamento. Ciò ha portato alcuni giuristi¹⁸ a parlare di una vera e propria “vaporizzazione giurisprudenziale” del nesso causale, di una sorta di “volatilizzazione” dell'accertamento che viene di fatto liquidato con minimi accenni nella motivazione.

Espressioni emblematiche di questo orientamento sono due sentenze in cui il giudice fonda il giudizio di responsabilità del sanitario reputando sufficiente la mera verifica attinente alla sussistenza o all'assenza di una posizione di garanzia.

Nel primo caso, il c.d. “caso dell'anestesista”¹⁹, si trattava di una paziente sottoposta a colecistectomia e morta alcune ore dopo la conclusione dell'intervento senza che, a causa di errori nella scelta dell'anestesia, fosse avvenuto il risveglio post-operatorio. L'anestesista, di fronte a tale situazione non adottò alcuna misura, omettendo di richiedere l'intervento di un altro sanitario o di disporre il ricovero immediato in rianimazione. Tale omissione viene ritenuta sufficiente a giustificare la condanna dell'anestesista per omicidio colposo, essendo a lui addebitabile, in virtù semplicemente della posizione di garanzia ricoperta, la verifica dell'evento.

¹⁸ M. Barni, “Dalla valorizzazione scientifica alla vaporizzazione giurisprudenziale del nesso causale”, in *Riv. It. med. leg.*, 1995, pag. 1028; C. E. Paliero, “La causalità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici”, in *Riv. it. med. leg.* 1992, pag. 848; P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 251.

¹⁹ Cass. Pen., IV, 7 novembre 1988 (23 gennaio 1989), Servadio, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 246-247, n. 211 e in *Riv. Pen.*, 1989, pag. 1146.

Del tutto speculare è il c.d. “caso del malato mentale”²⁰. La vicenda riguarda un soggetto affetto da infermità mentale, ricoverato più volte per schizofrenia e in stato catatonico, che accoltella i propri genitori provocando la morte della madre. Di tale omicidio viene chiamato a rispondere anche il medico del Servizio di igiene mentale che, pochi giorni prima del fatto, nonostante le sollecitazioni dei familiari, non aveva disposto il trattamento sanitario obbligatorio per il paziente. Dopo l’assoluzione in primo grado, la Corte d’Appello di Perugia²¹ condanna il medico che viene però assolto nel giudizio in Cassazione: tale assoluzione si basa proprio sulla mancata sussistenza del nesso causale tra la condotta e l’evento. Tuttavia, a ben vedere, l’esclusione di tale nesso fa leva su argomentazioni alquanto sommarie e superficiali, da cui emerge comunque una confusione dei due distinti piani della titolarità della posizione di garanzia e della causalità²²: di fatto, dunque, la Corte di Cassazione ha compenetrato in toto il giudizio sul nesso di causalità in quello relativo alla posizione di garanzia, escludendo così la sussistenza del nesso causale sulla sola base dell’accertamento dell’assenza di una posizione di garanzia in capo al medico.

Il dissolvimento del nesso causale è stato riscontrato da alcuni autori²³ anche in un’ipotesi di condotta medica attiva. Si tratta della c.d. sentenza Massimo²⁴, relativa all’esecuzione di un intervento chirurgico difforme rispetto a quello per il quale il paziente aveva prestato il consenso. Dall’ambiguità di una frase, secondo cui si giungerebbe alla prova della causalità sulla base dei

²⁰ Cass. Pen., IV, 5 maggio (1 luglio) 1987, Bondioli, in *Cass. Pen.*, 1988, pag. 839, n. 710 con nota di A. Ferraro e in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107, con nota di Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra” e con nota di A. Manacorda, “Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni”.

²¹ Corte Appello Perugia, 9 novembre 1984, Bondioli, in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107, con nota di Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra” e con nota di A. Manacorda, “Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni”.

²² G. Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra” in *Foro It.*, 1988, II, pag. 113.

²³ M. Barni, “Il giudizio medico legale della condotta sanitaria omissiva”, in *Riv. it. med. leg.*, 1994, pag. 9.

²⁴ Cass. Pen., IV, 21 aprile (13 maggio) 1992, Massimo, in *Riv. it. med. leg.*, 1993, pag. 460 e ss, con nota di D. Rodriguez.

significativi silenzi della cartella clinica, potrebbe ritenersi che in questo caso sia stato il giudizio sull'assenza di consenso a sostituire la valutazione sul nesso causale. Preme comunque sottolineare che la Cassazione, in via esplicita, richiama l'applicabilità della *condicio sine qua non* e del criterio probabilistico, reputando non esigibile, nell'ambito della scienza medica, il criterio della certezza assoluta.

4. L'art. 40 c.p. e la sussunzione sotto leggi scientifiche.

Il richiamo contenuto nella sentenza Massimo al criterio probabilistico nell'accertamento del nesso causale in ambito medico, rispecchia quello che, a partire dagli anni Ottanta e fino alle pronunce del 2000, note come sentenze Battisti dal nome del loro estensore, ha rappresentato l'orientamento giurisprudenziale prevalente.

Per poter comprendere appieno le coordinate e i caratteri di tale indirizzo si devono, sia pur sinteticamente, richiamare i principi fondanti del nostro ordinamento penalistico in tema di causalità.

A differenza di quanto accade in altri Paesi, il legislatore italiano del 1930 ha esplicitamente disciplinato il rapporto di causalità all'art. 40 c.p., in base al quale *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione”*.

Sono ormai superate le dispute a cui ha dato luogo l'interpretazione di tale norma nel corso degli anni e si è concordi nel ritenere che con essa si sia accolta la teoria condizionalistica o della *condicio sine qua non*, in base alla quale la condotta è causa di un evento se, senza di essa, l'evento non si sarebbe verificato; non è invece causa dell'evento se senza di essa, l'evento si sarebbe verificato ugualmente (c.d. doppia formula della *condicio*)²⁵.

²⁵ F. Stella, “La nozione penalmente rilevante di causa: la condizione necessaria”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1988, pag. 1225 e ss. Per approfondire: id., “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, Giuffrè, Milano 1975, pag. 6 e ss; id., “Voce: Rapporto di causalità”, in *Enc. Giur. Treccani*, XXV, Roma, pag. 1-21.

Il 2° co. dell'art. 40 c.p. sancisce che “*Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*”, ponendo così il principio dell'equivalenza tra azione ed omissione.

Anche in caso di omissione dovrà dunque farsi ricorso alla c.d. doppia formula, e dovrà compiersi un giudizio controfattuale²⁶, ossia contro i fatti così come si sono realmente svolti, chiedendosi se l'evento si sarebbe verificato ugualmente nel caso in cui l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa omessa.

Presupposto ciò è evidente che il problema diventa quello di stabilire i parametri in base ai quali compiere il giudizio controfattuale. Fino agli anni Settanta prevaleva una concezione di tipo intuizionistico²⁷, in base alla quale il giudizio controfattuale era frutto di un apprezzamento discrezionale del giudice: ci si affidava dunque al suo fiuto e alla sua immaginazione creatrice e l'attività giudiziale rappresentava una sorta di “arte del giudicare”. Paradigmatiche in tal senso sono le sentenze sul processo del Vajont²⁸ e quella sulle macchie bleu²⁹, nonché la sentenza tedesca sulle malformazioni da talidomide³⁰ in cui, richiamando la distinzione tra scienze naturali e scienze dello spirito, si sottolinea come il giudice avrebbe a che fare coi singoli eventi concreti, che vanno dunque interpretati da lui soggettivamente, senza che sia necessaria la ricostruzione di generalizzazioni.

Tuttavia tale concezione stride col principio costituzionale di legalità e tassatività della fattispecie penale, poiché un requisito oggettivo della fattispecie

²⁶ L'espressione “giudizio controfattuale” è attualmente quella più utilizzata in giurisprudenza, ma accanto ad essa si è fatto ricorso anche alle locuzioni “procedimento di eliminazione mentale” (perché si cancella o si aggiunge mentalmente, con un atto del pensiero, la condotta che si suppone causale e ci si chiede se l'evento si sarebbe verificato ugualmente) o “giudizio dell'irrealtà” (perché si ipotizza che i fatti siano avvenuti diversamente da come si sono realmente svolti).

²⁷ Vd Cass. Pen., 3 luglio 1962, Castellucci, in *Foro It.*, Rep., 1963, voce Reato colposo, n. 37, in cui si afferma che “è sovrano il convincimento del giudice di merito, capace di escludere che altre cause, non accertate e non accertabili, se pur probabili e capaci di inserirsi nella serie causale, siano idonee ad interrompere il rapporto causale tra l'omissione del reo e l'evento”.

²⁸ Trib. Dell'Aquila, 17 dicembre 1969, inedita e Corte d'appello dell'Aquila, 3 ottobre 1970, in *Foro It.*, 1971, II, pag. 198.

²⁹ Trib. Rovereto, 17 gennaio 1969, in *Riv. it.dir. proc. pen.* 1971, pag. 1021, con nota di M. Nobili.

³⁰ Stella, “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, cit., pag. 77; id., “La nozione penalmente rilevante di causa: la condizione necessaria”, cit., pag. 1233.

rimane di fatto indeterminato o, per meglio dire, viene, di volta in volta, determinato dal giudice. La svolta si realizza negli anni Novanta con la storica sentenza della Corte di Cassazione sul disastro di Stava³¹: in tale pronuncia viene accolto il modello generalizzante della sussunzione sotto leggi scientifiche, elaborato nel 1931 in Germania da Karl Engisch ed accolto in Italia, con ampliamenti e perfezionamenti, da Federico Stella³². In base a tale concezione lo scarso valore euristico della teoria condizionalistica deve essere superato non con l'intuito giudiziale ma solo col ricorso a generalizzazioni causali che siano il prodotto di indagini compiute nel rigoroso rispetto del metodo scientifico. Preme comunque precisare che l'integrazione della teoria condizionalistica tramite la sussunzione non è un'operazione che si deve compiere sempre in maniera esplicita o in forma rigorosamente scientifica³³, poiché in certi casi può risultare superflua ed essere dunque tacitamente supposta³⁴: ciò accade qualora sia fuori discussione che, eliminata mentalmente la condotta, l'evento non si sarebbe verificato. L'uso del succitato modello è invece indispensabile nei casi problematici, ossia quando, eliminata mentalmente la condotta, si rimanga in dubbio circa il verificarsi o meno dell'evento³⁵.

³¹ Cass. Pen., IV, 6 dicembre 1990, Bonetti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2726, n. 1411 e in *Foro It.* 1992, II, pag. 36. Per la verità anche prima di tale pronuncia la Cassazione aveva, sia pur con un linguaggio meno chiaro, ritenuto indispensabile il ricorso a generalizzazioni nella spiegazione dell'evento (Cass. Pen., IV, 24 giugno 1986, Ponte, in *Mass. Uff.*, 1986, n. 174511 – 174512). Il caso riguardava la morte di nove turisti a seguito di un'improvvisa esplosione avvenuta sull'Etna: i giudici di merito affermavano la carenza del nesso eziologico tra la morte dei turisti e la condotta degli organizzatori dell'escursione, sottolineando che era scientificamente impossibile determinare le condizioni e le modalità dell'esplosione poiché i fenomeni vulcanici non rispondono a leggi scientifiche generali. La Cassazione invece sottolinea che “è sempre doveroso da parte del giudice orientare l'indagine verso una spiegazione scientifica dei fenomeni” e che, dunque, un giudizio non può ritenersi pregiudicato dall'impossibilità di descrivere esattamente le modalità di luogo e di tempo del verificarsi del fenomeno. Per approfondimenti: M. B. Magro, “Orientamenti giurisprudenziali sul nesso di causalità”, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 337 e ss, n. 314.

³² Stella, “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, cit.

³³ Stella, “La nozione penalmente rilevante di causa: la condizione necessaria”, cit., pag. 1235.

³⁴ P. F. Piras, “Nesso di causalità e imputazione a titolo di colpa. Nota a Cass. Pen., IV, 12 giugno (30 settembre) 1997, Valleri e altro”, in *Dir. pen. e proc.*, 1998, pag. 1522.

³⁵ Il metodo della sussunzione sotto leggi scientifiche verrà seguito massicciamente negli anni successivi. Si vedano, tra le altre, Cass. Pen., IV, 27 maggio 1993, Rech, con nota di R. Blaiotta, “Il caso ATR-42, causalità, scienza, esperienza nel diritto penale”, in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 2898 - 2912, n. 1714 e in *Foro It. Rep.*, 1994, voce Incolumità pubblica, n. 14 e n. 16; Cass. Pen., IV, 17 dicembre 1993, Ianieri, in *Riv. Pen.*, 1996, pag. 56 e ss.; Cass. Pen., IV, 28 febbraio 1995, Est. Losapio, Colonnelli, inedita; Cass. Pen., IV, 8 marzo 1995, Est. Losapio, Prosperini, inedita; Cass. Pen., IV, 4 febbraio 1997, Est. Battisti, Zucci, inedita; Cass. Pen., IV, 26 gennaio 1998, Est.

Le leggi scientifiche di copertura possono essere di due tipi: da un lato vi sono le leggi c.d. universali, ossia quelle leggi che affermano che il verificarsi di un evento è invariabilmente accompagnato dal verificarsi di un altro evento (ad esempio, ogni qualvolta un uomo venga colpito al cuore con un colpo di pugnale muore); dall'altro lato vi sono le leggi statistiche, ossia leggi che asseriscono che il rapporto di successione tra l'evento A e l'evento B sussiste solo in una certa percentuale di casi (ad esempio, l'esposizione al morbillo provoca il contagio non sempre, ma solo in una certa percentuale di casi)³⁶.

La necessità di non frustrare gli scopi preventivo-repressivi del diritto penale sembra imporre il ricorso non solo alle leggi universali ma anche alle leggi di tipo statistico; dunque, in sede giudiziale, appare indispensabile doversi accontentare di una spiegazione in termini probabilistici³⁷. Il vero problema che ci si deve porre, a questo punto, è quello di capire quale sia il grado di probabilità necessario e sufficiente per poter affermare la sussistenza del nesso causale.

5. La causalità omissiva come causalità normativo – ipotetica e il criterio delle “serie ed apprezzabili probabilità di successo”.

All'interrogativo che ci siamo posti veniva data una risposta differente a seconda che ci si trovasse di fronte ad ipotesi di causalità attiva o di causalità omissiva.

Nel caso di condotta attiva la dottrina riteneva che, per attribuire l'evento all'agente, doveva potersi affermare che, in mancanza del comportamento dell'agente, l'evento con *alto grado di probabilità*, non si sarebbe verificato³⁸. Tale tesi veniva seguita anche dalla giurisprudenza di legittimità, come dimostrato, per esempio, in relazione al caso di una bambina deceduta in seguito ad una crisi di mioglobinuria scatenata dalla somministrazione dell'anestetico

Losapio, Viviani, in *C.E.D.*, 211847; Cass. Pen., IV, 27 novembre 1998, Est. Losapio, Paoli, inedita; Cass. Pen., IV, 20 gennaio 1999, Est. De Maio, Hautmann, inedita; Cass. Pen., IV, 5 febbraio 1999, Est. Losapio, Fanti, in *Arch. Giur. circ. sin. strad.*, 1999, pag. 890.

³⁶ G. Fiandaca, “Causalità (rapporto di)”, in *Digdp*, II, Torino, 1988, pag. 123.

³⁷ P. F. Piras, “Nesso di causalità e imputazione a titolo di colpa. Nota a Cass. Pen., IV, 12 giugno (30 settembre) 1997, Valleri e altro”, cit.

³⁸ G. Fiandaca, “Causalità (rapporto di)”, cit.

Ethrane³⁹. I giudici sottolineavano che, qualora debba accertarsi il rapporto di causalità fra due avvenimenti concretamente verificatisi, è necessario che l'esistenza del nesso causale venga riscontrata con sufficiente grado di certezza, se non assoluta, almeno con un grado tale da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità, non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza.

Ben diversa era la posizione della dottrina tradizionale in relazione al nesso causale che intercorre tra l'omissione e l'evento⁴⁰. Si sottolineava infatti la netta diversità tra la natura della causalità attiva e quella della causalità omissiva, in virtù del fatto che il nesso tra omissione ed evento non rifletterebbe un vero e proprio rapporto causale in senso fisico-naturalistico, ma avrebbe esclusivamente natura normativa. E' per questa ragione che si parlava della causalità omissiva come di una *causalità ipotetica o in senso normativo*, supportando tale tesi con la constatazione che il legislatore all'art. 40 c.p. non parla di "uguaglianza" ma di "equivalenza" tra il cagionare e il non impedire. Proprio la natura ipotetica della causalità omissiva induceva a ritenere che, in sede di accertamento, non si potesse esigere lo stesso livello di rigore richiesto nell'ambito del nesso causale attivo; ci si doveva dunque accontentare della prova che l'azione doverosa, supposta mentalmente come realizzata, sarebbe valsa ad impedire l'evento con una *probabilità vicina alla certezza*.

La strutturale differenza tra causalità attiva ed omissiva ha rappresentato il fondamento teorico su cui si è sviluppato l'orientamento giurisprudenziale dominante fino alla pronuncia delle Sezioni Unite, indicato con la formula tralaticia delle "serie ed apprezzabili probabilità di successo".

³⁹ Cass. Pen., IV, 27 settembre (16 novembre) 1993, Rossello, in *Giur. it.*, 1994, II, pag. 634, con nota di A. Grilli e in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 291, n. 221.

⁴⁰ G. Fiandaca, "Causalità (rapporto di)", cit.; G. Fiandaca, E. Musco, "Diritto penale. Parte generale", Bologna, 1995; A. Pagliaro, "Principi di diritto penale. Parte generale", 1980, pag. 354; Mantovani, "Diritto penale", 1979, pag. 176.

La prima pronuncia espressione di tale indirizzo giurisprudenziale è una sentenza di merito della Corte d'Appello di Venezia, in cui per la prima volta si afferma che, in tema di interventi medici, il rapporto di causalità va ravvisato adottando un criterio di “rilevante probabilità” e non di “certezza assoluta”⁴¹. Il caso riguardava un sanitario che diagnosticava con ritardo un'esofagite da corpo estraneo che, a causa di complicazioni settiche, cagionava la morte del paziente. I giudici veneziani sottolineavano che, richiedere la certezza in tema di interventi medici, in cui non può mai escludersi qualcosa di imponderabile ed imprevedibile legato al processo morboso, significherebbe precludere una condanna pur in presenza di comportamenti gravemente colposi e clinicamente idonei a cagionare l'evento lesivo⁴².

Due anni più tardi nel solco tracciato da tale pronuncia sembra inserirsi una decisione della IV Sezione della Corte di Cassazione⁴³. Il caso riguardava il decesso di Francesco Porcu che, precipitato dal tetto di una serra a causa della rottura del vetro di copertura, veniva accompagnato prima dal medico di famiglia, che provvedeva a suturare la ferita lacero – contusa all'emitorace destro, e poi, a causa del peggioramento delle sue condizioni, presso il Pronto Soccorso dove veniva visitato dal dott. Melis. Il medico, verificata la sutura e disposto un esame clinico, dimetteva il paziente senza disporre ulteriori accertamenti. Nella notte, le condizioni del Porcu precipitavano e, nonostante un intervento chirurgico d'urgenza, l'uomo decedeva: nel corso di tale intervento si individuava la ritenzione nella cavità addominale di un grosso frammento di vetro. Le perizie disposte in giudizio, consentivano di affermare che il processo settico si era instaurato proprio a causa del frammento di vetro e che, se l'intervento fosse stato eseguito precocemente, avrebbe avuto, se non la certezza, *notevoli e concrete*

⁴¹ Corte d'Appello Venezia, 29 aprile 1981, De Vido, in *Foro It., Rep.*, 1982, voce Reato in genere, n. 11, pag. 2438 e in *Riv. it. med. leg.*, 1982, pag. 249.

⁴² R. Blaiotta, “Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza”, in *Cass. Pen.* 2000, pag. 1194.

⁴³ Cass. Pen., IV, 7 gennaio (12 maggio)1983, Melis, in *Cass. pen.*, 1984, pag. 1142 – 1145, n. 820, in *Riv. It. med. leg.*, 1984, pag. 871 - 875, in *Foro It.* 1986, II, pag. 351- 356, con nota di L. Renda, “Sull'accertamento della responsabilità omissiva nella responsabilità medica”, in *Giust. Pen.*, 1986, II, pag. 8 con nota di F. Lubini, M. G. Sini, “In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto”.

probabilità di successo. Su tali basi il dott. Melis viene condannato. La Corte ritiene infatti che, “nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta e l’evento, in materia di responsabilità per colpa professionale sanitaria, al criterio della certezza degli effetti della condotta si possa sostituire quello della probabilità di tali effetti (e della idoneità della condotta a produrli), nel senso che il rapporto causale sussiste anche quando l’opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non già la certezza quanto soltanto *serie ed apprezzabili possibilità di successo*, tali che la vita del paziente sarebbe stata probabilmente salvata.”

La Corte ha inoltre ritenuto doveroso aggiungere che, “quando è in gioco la vita umana anche solo *poche probabilità di successo* di un immediato o sollecito intervento chirurgico sono sufficienti, talchè sussiste il nesso di causalità quando un siffatto intervento non sia stato possibile a causa dell’incuria colpevole del sanitario che ha visitato il paziente.” E’ dunque evidente che il richiamo alla probabilità in luogo della certezza si fonda, da un lato, sull’impossibilità di acquisire certezze in ambito medico-chirurgico, dall’altro, sul valore del bene oggetto di tutela, ossia la vita umana. Tuttavia si deve sottolineare che il succitato *obiter dictum* ha dato luogo a dubbi e perplessità: vi è stato chi, ad esempio, ha sottolineato che la sentenza si presta a due differenti letture⁴⁴. Infatti, analizzando l’impianto argomentativo generale, sembrerebbe che i giudici abbiano ricondotto l’accertamento del nesso tra condotta ed evento in termini di probabilità; il riferimento, invece, alle *poche probabilità* di successo, sembrerebbe accreditare una lettura della sentenza fondata su basi meramente *possibilistiche*. I giudici, insomma, non utilizzano in modo appropriato la terminologia medico – legale che distingue tra certezza, probabilità e possibilità, e sembra non riescano a soddisfare le esigenze di chiarezza legate a tale netta distinzione concettuale⁴⁵.

Posta in evidenza tale incongruenza nella decisione, a mio parere, non è comunque del tutto corretto inserire la sentenza Melis in quel filone

⁴⁴ F. Lubini, M. G. Sini, “In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto”, in *Giust. Pen.*, 1986, II, pag. 9.

⁴⁵ F. Lubini, M. G. Sini, “In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto”, cit.

giurisprudenziale probabilistico che si accontenta di un livello basso o medio-basso di probabilità⁴⁶. Infatti l'esame del caso concreto ci ha permesso di sottolineare che il paziente, in caso di intervento chirurgico tempestivo, avrebbe avuto *notevoli e concrete probabilità* di salvezza, per cui il riferimento alle poche probabilità è stato usato più che altro come argomento di chiusura e *a fortiori* rispetto a quanto sostenuto fino ad allora⁴⁷.

Quello che nella sentenza Melis rappresenta soltanto un *obiter dictum* è diventato invece, negli anni successivi, il vero e proprio fondamento di pronunce in cui la sussistenza del nesso di causalità tra l'omissione del medico e l'evento lesivo della salute o della vita del paziente è stata ravvisata in presenza di mere probabilità di successo dell'intervento terapeutico, sia pur medie o medio - alte.

Possiamo anzitutto richiamare il c.d. caso dell'edema della glottide⁴⁸: una bambina alle 5.05 del mattino veniva ricoverata in ospedale per difficoltà respiratorie. Il medico di guardia, visto il quadro clinico generale, chiamava per ben due volte al telefono la pediatra reperibile, la dott.ssa Ziliotto, che arrivava in ospedale solo alle 6.15. Le condizioni della piccola si erano però ormai ulteriormente aggravate, tanto che pochi minuti dopo decedeva per "asfissia sostenuta da edema della glottide, insorto da pregressa laringite epiglottica e faringotonsillite". I giudici richiamano *in toto* la massima della sentenza Melis, a cui dichiarano di conformarsi, precisando che, nel caso di specie, una terapia a base di cortisonici, decongestionanti e spasmolitici, non solo sarebbe stata possibile in caso di tempestiva diagnosi, ma avrebbe avuto probabilità di successo notevoli, pari al 70-80 % di casi.

⁴⁶ Tale è, ad esempio, la posizione di A. Fiori, ("Il criterio di probabilità nella valutazione medico legale del nesso causale", in *Riv. It. Med. Leg.*, 1991, pag. 30), che distingue nettamente la sentenza Melis da due successive pronunce, Cass. Pen., IV, ud. 7.3.1989 (dep. 12.5.1989), Prinziavalli, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1278 - 1279, n. 1018, e Cass. Pen., IV, ud. 22.4.1987 (dep. 10.7.1987), Ziliotto, in *Cass. pen.*, 1989, pag. 72 - 76, n. 45, proprio sotto il profilo del grado di probabilità richiesto.

⁴⁷ P. Veneziani, "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", in *Trattato di diritto penale - Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 251.

⁴⁸ Cass. Pen., IV, 22 aprile (10 luglio) 1987, Ziliotto, in *Cass. pen.*, 1989, pag. 72 - 76, n. 45, in *Riv. It. med. leg.*, 1989, pag. 668 - 675, in *Mass. Uff.*, 1987, n. 176402; in *Cass. Mass. Uff.*, 1987, pag. 572; in *Foro It.*, Rep. 1989, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 110, pag. 2045; in *Foro It.*, Rep. 1988, voce Reato in genere, n. 34; in *Riv. Pen.*, 1988, pag. 91.

Di una percentuale un po' più bassa, ma comunque medio-alta, pari al 50%, si accontentano i giudici nel c.d. caso dell'erniectomia deciso nel 1989⁴⁹. Il 9 dicembre 1981, Giuseppe Antonacci, che già due anni prima aveva subito la rimozione di un'ernia discale, veniva sottoposto ad un nuovo intervento di erniectomia discale bilaterale, eseguito dall'equipe del dott. Prinzivalli. Al termine dell'intervento, durato circa tre ore, il paziente veniva ricondotto in reparto, completamente sveglio e in buone condizioni. Circa un'ora più tardi, però, l'Antonacci veniva colpito da una crisi ipovolemica, le sue condizioni si aggravavano progressivamente e, nonostante un intervento chirurgico d'urgenza per la sutura di due lacerazioni dell'arteria iliaca comune, con disinserzione dell'arteria ipogastrica, l'uomo decedeva. I giudici sottolineavano nuovamente che, nella ricerca del nesso causale, in materia di responsabilità professionale del sanitario, al criterio della certezza degli effetti della condotta può sostituirsi quello della probabilità di tali effetti e della idoneità della condotta a produrli. Su tali basi sostenevano che, seppur non vi fosse la certezza che una diagnosi e un intervento chirurgico eseguito qualche ora prima avrebbero evitato con certezza l'*exitus*, ci si poteva comunque accontentare di una probabilità di successo pari al 50%.

Nelle sentenze analizzate finora abbiamo potuto notare come la Cassazione abbia quantificato le probabilità richieste ai fini della sussistenza del nesso causale. Vi sono invece alcune decisioni in cui il criterio probabilistico viene confermato adottando unicamente la formula, piuttosto vaga, delle *serie ed apprezzabili probabilità di successo*, senza alcuna ulteriore specificazione⁵⁰. Ciò

⁴⁹ Cass. Pen., IV, 7 marzo (12 maggio) 1989, Prinzivalli, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1278 - 1279, n. 1018, in *Riv. Pen.*, 1990, pag. 119, in *Foro It. Rep.*, 1990, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 79, pag. 2113.

⁵⁰ Cfr., tra le altre, Cass. Pen., III, 20 gennaio (22 febbraio) 1993, Conte, in *C.E.D. Cass.*, n. 193052 e in *Riv. pen.*, 1993, pag. 1003 e ss.; Cass. Pen., IV, 30 aprile (7 luglio) 1993, De Giovanni, in *Giurispr. It.*, 1994, voce cit. n. 50; in *Giust. Pen.*, 1994, II, pag. 269; in *Riv. Pen.*, 1994, pag. 954; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73, relativa ad un'accusa di omicidio colposo dovuto al mancato tempestivo ricovero di un paziente, visitato in modo superficiale nel reparto di pronto soccorso; Cass. Pen., IV, 27 aprile 1993, Messina, in *Giur. It.*, 1994, II, pag. 668 e ss.; Cass. Pen., 2 marzo 1999, Facchinetti, in *Giust. Pen.*, 2000, II, pag. 623, in relazione alla morte di un neonato partorito prematuro ma vitale, la Corte reputa corretto il giudizio di sussistenza del nesso eziologico perché "dalle indagini peritali è emerso che il medesimo, nonostante la prematurità e le conseguenti precarie condizioni generali, aveva non trascurabili probabilità di

accade, ad esempio, nel caso del ginecologo che non diagnostica una grave patologia intestinale, confondendo tale sintomatologia con quella tipica delle doglie del parto, causando così il decesso della partoriente⁵¹. Oppure nel caso dell'errore diagnostico che aveva portato al decesso di una donna per peritonite fibrino – purulenta diffusa⁵². Questi casi colpiscono perché, pur richiamandosi al tradizionale modello condizionalistico integrato dalla sussunzione sotto leggi scientifiche, di fatto i giudici mostrano di poter fare a meno dell'ausilio dei periti per emettere una condanna: infatti, anche se i consulenti non sono stati in grado di indicare in termini percentuali le possibilità di sopravvivenza del paziente, ciò non impedisce loro di affermare la responsabilità penale dei sanitari coinvolti⁵³.

Sempre di *probabilità*, quale criterio sostitutivo della *certezza*, si parla nel caso di un primario di chirurgia che veniva accusato di omicidio colposo per aver cagionato la morte di una donna, non diagnosticando un edema laterofaringeo (probabilmente provocato dalle manovre di intubazione necessarie per una precedente operazione di colecistectomia) e per aver ommesso, di conseguenza, un tempestivo intervento chirurgico⁵⁴.

Un interesse peculiare suscita la sentenza relativa al caso di una donna che, affetta da una reazione allergica scatenata dalla somministrazione di un farmaco, veniva ricoverata in ospedale e, sottoposta a due iniezioni di

sopravvivenza ove fosse stato adeguatamente soccorso specie nei primissimi momenti di vita”; Cass. Pen., V, 14 luglio 2000, Falvo, in *CED* 217149.

⁵¹ Cass. Pen., IV, 23 gennaio (5 giugno) 1990, n. 8148, Pasolini, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 1577, n. 1213, in *Giust. Pen.*, 1991, II, c. 108 e in *Foro it.*, Rep., 1991, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 85, pag. 2164 - 2165.

⁵² Cass. Pen., IV, 13 giugno (16 agosto) 1990, n. 11484, D’Erme, in *Giurispr. it.*, 1991, voce cit. n. 25 e in *Giust. Pen.*, 1991, II, pag. 157; in *Riv. pen.*, 1991, pag. 558; in *Foro it.*, Rep., voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 86.

⁵³ Le stesse perplessità emergono dall’analisi di un caso più recente affrontato dal Tribunale di Lecce, Sez. distaccata di Maglie, sempre in tema di condotta medica omissiva. Il giudice di merito ha basato la sua sentenza di condanna su limitate, ma apprezzabili, probabilità di successo, pur non sapendo qual’era il coefficiente statistico della legge scientifica posta a fondamento della sua sentenza. Per approfondimenti si veda: F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale”, in *Riv. it. med. leg.*, 2002, pag. 592 e ss.

⁵⁴ Cass. Pen., IV, 18 ottobre (23 novembre) 1990, Oria, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2102 e ss, con nota di P. Dell’Anno; in *Riv. pen.*, 1991, pag. 870; in *Foro it.*, Rep., voce Reato in genere, n. 25.

antistaminico, moriva per shock anafilattico⁵⁵. In tale pronuncia, infatti, per la prima volta, l'adozione del criterio probabilistico si fonda in maniera esplicita non solo sull'imponderabilità che connota ogni intervento medico e sul valore della vita umana, ma sul fatto che si è in presenza di una causalità omissiva e quindi ipotetica⁵⁶. Si sottolinea quindi che, in tali ipotesi, è praticamente impossibile raggiungere una certezza assoluta, poiché il giudizio controfattuale, consistente nell'eliminazione mentale dell'omissione e nella sostituzione di questa con l'azione astrattamente idonea, è un giudizio meramente ipotetico.

Proprio tale fondamento teorico, rinvenuto nella natura ipotetica della causalità omissiva, ha fatto sì che in un'altra pronuncia⁵⁷ la Corte si sia spinta ad estendere l'ambito del criterio probabilistico anche ad un caso estraneo all'esercizio della professione medica. Si trattava del crollo di un edificio per omesso puntellamento: durante il periodo di sospensione dei lavori di rifacimento del marciapiede, a causa delle infiltrazioni di acqua piovana, si erano verificati dei gravissimi danni ad un immobile e l'appaltatore, nonostante le sollecitazioni del Comune committente ad approntare le opportune cautele necessarie ad impedire il crollo, non intervenne. In tale occasione la Corte, partendo dal presupposto che la causalità nel reato omissivo improprio non è una causalità reale ma ipotetica, sostiene che “accertare l'esistenza del rapporto di causalità in questo reato significa esprimere non quel giudizio di certezza che è richiesto di norma nell'accertamento del nesso causale nei reati d'azione, ma quel giudizio secondo il quale l'azione doverosa, ove fosse stata compiuta, sarebbe stata idonea ad impedire l'evento con una *probabilità vicina alla certezza*”.

Dunque il criterio probabilistico ha acquisito negli anni una sempre più diffusa applicazione: la sua affermazione più netta e discussa si è avuta, ancora una volta in ambito medico, con quella che è ormai nota come “sentenza del

⁵⁵ Cass. Pen., IV, 30 maggio (10 agosto) 1990, n. 11389, Berardino, in *Riv. Pen.*, 1991, pag. 558 e in *C.E.D. Cassazione*, n. 185086.

⁵⁶ R. Blaiotta, “Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza”, in *Cass. Pen.*, 2000, pag. 1196.

⁵⁷ Cass. Pen., IV, 31 ottobre 1991 (19 maggio 1992), Rezza, in *Cass. Pen.*, 1994, pag. 1204, n. 691.

30%”⁵⁸. Elena Lombardi, neomamma, quattro giorni dopo il parto effettuato con taglio cesareo, avvertiva una sempre più intensa rigidità nucale, che in poco tempo si estendeva anche ai muscoli della mascella. Dopo una visita le veniva diagnosticata una nevrosi post – partum e veniva disposta la somministrazione di un sedativo che tuttavia non impediva un peggioramento delle sue condizioni. Solo a seguito delle insistenze dei familiari veniva trasferita in un altro ospedale, dove le veniva immediatamente diagnosticata un’infezione tetanica. Nonostante l’immediato avvio della terapia anti-tetanica, la paziente decedeva tre giorni più tardi. I giudici di merito, appurata la tardività della diagnosi e, dunque, la grave colpa dei sanitari, sottolineavano che la diagnosi e il ricovero ospedaliero intempestivi, avevano privato la Lombardi del 30% delle probabilità di vincere il male e salvare la vita, tenuto conto della giovane età (31 anni) e della forte fibra della donna (sopravvissuta per tre giorni dopo le cure ospedaliere), nonché della circostanza che, nel momento in cui si era manifestata l’infezione, si trovava in una struttura sanitaria in grado di consentire un intervento efficace e tempestivo.

La Cassazione, chiamata a pronunciarsi sul caso, condivide le affermazioni dei giudici di merito, ribadendo che, in tema di responsabilità per colpa medica omissiva, è possibile sostituire al criterio della certezza degli effetti quello della *probabilità anche limitata*, ossia nella misura del 30%. Si tratta pertanto di una sentenza che, pur inserendosi nella tendenza rigoristica analizzata finora, in qualche modo se ne distacca perché, per la prima volta, fa esplicitamente riferimento ad un livello di probabilità medio-basso. Infatti, come rimarcato nell’analisi della sentenza Melis, i giudici, pur avendo sostenuto più volte la possibilità di dichiarare la sussistenza del nesso causale pur in presenza di

⁵⁸ Cass. Pen., IV, 12 luglio 1991 (17 gennaio 1992), Silvestri e Leone, in *Foro it.* 1992, II, pag. 363 - 368, con nota di I. Giacona, “Sull’accertamento del nesso di causalità tra la colposa omissione di terapia da parte del medico e la morte del paziente”; in *Cass. pen.*, 1992, pag. 2104 con osservazioni di P. Dell’Anno (vd sent. Oria); in *Giur. it.*, 1992, II, pag. 414 e ss., con nota di M. Tornatore, “In tema di colpa medica omissiva”; in *Nuova giur. Civ.*, 1992, I, pag. 358, con nota di Zeno Zencovich, “Questioni in tema di responsabilità per colpa professionale”, in *Riv. Pen.*, 1992, pag. 454; in *Dir. Ec.*, 1992, pag. 469, con nota di Colombini.

probabilità medio – basse, di fatto si erano trovati a giudicare casi in cui le probabilità risultavano comunque notevoli⁵⁹.

Il concetto espresso nella sentenza Silvestri veniva ribadito dalla Cassazione in una sentenza relativa alla morte di un paziente per un versamento pleurico mal diagnosticato⁶⁰. Si affermava, infatti, che sussiste la responsabilità penale del sanitario che colposamente ometta un intervento chirurgico necessario, anche quando esso non avrebbe garantito con certezza la sopravvivenza del paziente, ma vi fossero solo *limitate purchè apprezzabili* probabilità di successo, a prescindere peraltro da una determinazione matematica in termini percentuali.

Ancor più recentemente si è ispirata al criterio delle limitate probabilità di successo una sentenza sempre della IV Sezione⁶¹: infatti, in relazione a un caso di embolia polmonare, in cui si discuteva sull'evitabilità della morte se l'embolia fosse stata adeguatamente e tempestivamente trattata, si è fondato il giudizio sulla sussistenza del nesso causale su una legge statistica le cui percentuali oscillano tra il 18 e il 35 %.

L'orientamento giurisprudenziale delle *serie ed apprezzabili probabilità* costituiva il naturale parametro di riferimento anche per i giudici di merito. Un richiamo espresso alla giurisprudenza succitata si è avuto, per esempio, in un caso relativo alla responsabilità del medico psichiatra per non aver evitato il suicidio di una sua paziente affetta da una grave patologia depressiva⁶². Si sottolinea che, ai

⁵⁹ Cfr. Cass. Pen., IV, 7 marzo (12 maggio 1989), Prinziavalli, cit. (50 % di probabilità); Cass. Pen., IV, 22 aprile (10 luglio 1987), Ziliotto, cit. (80 – 70 % di probabilità); Cass. Pen., 26 aprile (16 novembre) 1983, Andreini, in *Riv. pen.*, 1984, pag. 482 – 483 e in *Foro it.*, Rep., 1984, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 100 (in relazione a un caso di omessa diagnosi e ritardo nell'intervento chirurgico reso necessario da una perforazione esofagea, a seguito di esofagoscopia, si afferma la sussistenza del nesso causale basandosi sul fatto che le statistiche relative agli interventi riparatori per perforazioni dell'esofago indicano un esito negativo nel 20-30% dei casi).

⁶⁰ Cass. Pen., IV, 11 novembre 1994 (18 gennaio 1995), Presta ed altri, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 1442, n. 820; in *Rep. Foro It.* 1995, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 43; in *Riv. Pen.*, 1995, pag. 968; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73.

⁶¹ Cass. Pen., IV, 15 novembre 2001, n. 6824, Puddu, inedita. Si vedano, tra le tante, anche Cass. Pen., IV, 1 ottobre 1999, Altieri e altri; Cass. Pen., 7 dicembre 1999 (1 febbraio 2000), Gulisano, in *Riv. Pen.*, 2000, pag. 751; Cass. Pen., V, 14 luglio 2000, Falvo, *CED* 217149; Cass. Pen., IV, 5 ottobre (19 dicembre) 2000, Brignoli, in *Dir. pen. e proc.*, 2001, pag. 338 e in *Riv. Pen.*, 2001, pag. 452.

⁶² Trib. Como, 13 novembre 2000 (9 febbraio 2001), n. 2831, Guida, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 912, con nota di M. Maspero, "Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità

fini della sussistenza del nesso causale, non è necessario avere la certezza che la vita del paziente sarebbe stata salvata, ma sono sufficienti serie ed apprezzabili probabilità di successo.

Tra le pronunce più interessanti può segnalarsi una decisione della Pretura di Roma⁶³, relativa ad un intervento chirurgico di allungamento degli arti inferiori che determinava una condizione irreversibile di paraplegia degli stessi arti. Nella sentenza si richiamano e condividono i precedenti giurisprudenziali che hanno adottato il criterio di probabilità, inteso quale serio ed apprezzabile grado di possibilità e verosimiglianza, sottolineandosi come, mentre in passato si adottavano margini di riferimento medio – bassi, negli ultimi anni la Cassazione abbia abbassato ulteriormente il limite delle probabilità sufficienti ai fini di un accertamento positivo della causalità.

L’atteggiamento rigoristico che sta alla base del criterio oggetto d’analisi ha portato in un caso la Cassazione a introdurre una sorta d’inversione dell’onere della prova del nesso causale in ambito medico⁶⁴. I giudici, infatti, sostengono che debba ritenersi responsabile il sanitario che tenga una condotta negligente e imprudente, sempre che non provi che il paziente sarebbe ugualmente deceduto, nelle stesse condizioni, pur se fossero state approntate le cure più adeguate.

6. L’introduzione del paradigma dell’aumento del rischio.

Nonostante il criterio probabilistico abbia costituito l’orientamento dominante in giurisprudenza per lungo tempo, non sono mancati dubbi e perplessità sul suo fondamento e sulla sua legittimità all’interno del nostro sistema penale.

Si è infatti sottolineato⁶⁵ che, nonostante la Cassazione richiami nelle sue pronunce il concetto di *condicio sine qua non* e la teoria condizionalistica

dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?”. Il caso verrà poi deciso dalla Cassazione con la sent., sez. IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), Guida, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 231 – 249.

⁶³ Pretura Roma, 22 gennaio 1993, Ascani, in *Cass. Pen.*, 1993, n. 1633, pag. 2641 - 2642.

⁶⁴ Cass. Pen., IV, 9 marzo 1989, n. 3602, Carapezza, in *C.E.D. Cass.*, n. 180736.

⁶⁵ R. Blaiotta, “Sulla causalità nell’ambito della professione medica: una pronuncia di legittimità controtendenza”, in *Cass. pen.*, 2001, pag. 129 e ss.

integrata dal modello di sussunzione sotto leggi scientifiche, così come richiesto dall'art. 40 c.p., di fatto essa abbia abbandonato lo schema condizionalistico puro per abbracciare quello del c.d. *aumento del rischio*. La teoria dell'aumento del rischio è di origine tedesca e, in base ad essa, nei reati omissivi impropri, per l'imputazione oggettiva del fatto di reato al soggetto agente, sarebbe sufficiente che l'azione doverosa omessa sia in grado di aumentare le probabilità di salvezza del bene giuridico minacciato⁶⁶. Quindi, anche quando non vi sia la certezza che la condotta diligente avrebbe scongiurato il verificarsi dell'evento, dovrebbe reputarsi sufficiente l'accertamento che l'inosservanza della regola cautelare ha comunque determinato un rilevante aumento del rischio di verificazione dell'evento lesivo.

L'ingresso di tale teoria nel nostro sistema è stato largamente avversato da parte della dottrina⁶⁷ che rileva come, in caso di omissione, si finisca così per rimpiazzare la verifica della causalità con l'accertamento dell'aumento del rischio, e dunque si trasformino i reati omissivi di evento in reati di mera condotta, puniti sulla base della semplice idoneità a porre in pericolo il bene protetto, ed in palese violazione del principio di legalità e tassatività della fattispecie penale⁶⁸.

Peraltro, sia pur in un numero ristretto di decisioni, l'abbandono del paradigma euristico di tipo nomologico in favore del criterio dell'aumento del rischio, di tipo prettamente prognostico e stocastico - disposizionale, appare in maniera del tutto esplicita⁶⁹.

⁶⁶ G. F. Iadecola, "In tema di causalità e di causalità medica", in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 530.

⁶⁷ M. Romano, "Commentario sistematico del codice penale. Artt. 40 e 41", Giuffrè, Milano, 1995, pag. 351; A. Crespi, "Medico - chirurgo", in *Dig. Disc. Pen.*, VII, 1993, pag. 598 - 599.

⁶⁸ Cfr. tra gli altri, G. Fiandaca, "Causalità (rapporto di)", in *Digdp*, II, Torino, 1988, pag. 128 e ss.; L. Renda, "Sull'accertamento della causalità omissiva nella responsabilità medica", cit. pag. 353.

⁶⁹ C. E. Paliero, "La causalità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici", in *Riv. it. med. leg.* 1992, pag. 852; M. Barni, "Il giudizio medico legale della condotta sanitaria omissiva", in *Riv. it. med. leg.*, 1994, pag. 10. Una delle prime pronunce in cui si afferma la sussistenza del nesso causale tra omissione ed evento, sulla sola base del fatto che il comportamento dovuto avrebbe aumentato le probabilità di sopravvivenza, riguarda la condanna di due genitori per il rifiuto di porre in incubatrice due neonate nate premature (Trib. Caltanissetta, 9 marzo 1963, in *Foro It.*, Rep. 1963, voce Reato colposo, n. 125, pag. 2297 e in *Riv. Pen.*, 1963, II, 1063, con nota di Li Vecchi, "Discussioni e contrasti in tema di reati commissivi mediante omissione").

Emblematico, in tal senso, è il c.d. caso del metadone⁷⁰, in cui si afferma la responsabilità del medico che, non eseguendo gli opportuni accertamenti preliminari, non abbia ridotto al minimo i rischi connessi alla terapia rappresentata dalla somministrazione di metadone, ossia di un farmaco potenzialmente idoneo a danneggiare il sistema nervoso centrale o quello cardio-respiratorio.

Rientrano in tale gruppo di decisioni⁷¹ anche due sentenze di merito pronunciate a dieci anni di distanza l'una dall'altra e riguardanti entrambe la mancata diagnosi di un tumore al seno⁷². In tali pronunce si ritiene debba rispondere del reato nell'un caso il ginecologo, nell'altro il radiologo che, a causa delle proprie omissioni, non abbiano prevenuto il progressivo aggravarsi della patologia tumorale. In particolare, nelle succitate sentenze, si sottolinea che è ormai scientificamente provato che le probabilità di sopravvivenza si riducono in modo inversamente proporzionale all'aumento dello stadio del tumore e che, pertanto, una diagnosi tardiva aumenta il rischio di una morte anticipata. Nella decisione della Pretura di Modena – Carpi, inoltre, dopo aver richiamato l'orientamento ormai dominante della probabilità, si sottolinea la necessità di verificare se, la condotta dell'imputato, abbia sostanzialmente aumentato il rischio di un danno o comunque ridotto le possibilità di guarigione o sopravvivenza⁷³.

⁷⁰ Cass. Pen., IV, 8.6.1988, n. 6834, Montalbano, in *Riv. Pen.*, 1989, pag. 424.

⁷¹ Oltre quelle analizzate, possono inserirsi nel filone della mancata diminuzione del rischio anche Pret. Caltanissetta, 27 ottobre 1995, Maisano, Zanda e altri, in *Foro it.*, 1997, II, pag. 418 e ss. e Trib. Roma, 13 giugno 1996, in *Foro it.*, 1997, II, pag. 417, con nota di L. Tramontano, “Causalità attiva e omissiva, ed obblighi divisi e congiunti di garanzia: tre sentenze di merito a confronto”. Nel primo caso, si tratta di condotte colpose tenute dai sanitari del reparto di ortopedia chiamati ad assistere una donna che aveva riportato gravi lesioni in un sinistro stradale. Il Pretore, infatti, afferma la responsabilità dei medici sulla base del fatto che la condotta doverosa avrebbe scongiurato il decesso o, in ogni caso, ne avrebbe diminuito in misura rilevante il pericolo. Il caso affrontato dal Tribunale di Roma è invece relativo ad un'errata diagnosi sulla natura di un tumore da parte di un anatomopatologo: si afferma la sussistenza del nesso causale “quando è possibile pervenire ad una conclusione di probabilità, sia pure non quantificabile esattamente, di una maggiore sopravvivenza di quest'ultima, e di possibilità, non quantificabile esattamente, di sostanziale modificazione della prognosi *quoad vitam*, nell'ipotesi in cui la diagnosi fosse stata corretta”.

⁷² Pret. Ivrea, 5 giugno 1989, Alongi, in *Foro It.*, 1989, pag. 601 e ss.; Pret. Modena – Carpi, 7 giugno 1999, Fontana, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 202 e ss, con nota di I. Genovesi.

⁷³ Nello stesso senso si è espresso lo stesso Pretore di Modena – Carpi (dott. Cigarini), in relazione ad un fatto sostanzialmente identico, avente peraltro come imputato lo stesso dott. Fontana: v. Pret. Modena, 14 dicembre 1998, inedita; “Nota a Pret. Modena – Carpi, 7 giugno 1999, imp. Fontana”, cit.

Al di fuori dell'ambito medico, sembra esprimersi in favore del paradigma dell'aumento del rischio anche la Pretura di Torino⁷⁴ chiamata a pronunciarsi sulla morte di un lavoratore per mesotelioma pleurico dopo essere stato esposto alle polveri d'amianto. I giudici richiamano anzitutto la teoria condizionalistica e le relative peculiarità in caso di condotta omissiva, che consentono di accontentarsi di un grado di attendibilità minore rispetto a quello normalmente raggiunto nell'ambito della causalità reale. Tuttavia precisano poi che “non aver posto in essere una condotta che avrebbe potuto non aumentare le probabilità di verificazione dell'evento equivale ad aver compiuto una condizione necessaria ex art. 40, comma 2, c.p.”, poiché l'obbligo posto da tale norma consiste nel “non porre condizioni che innalzino notevolmente l'indice di probabilità (anche naturale) portandolo fino ad un livello tale da rendere altamente probabile, o quasi certa, secondo le leggi scientifiche (universali o statistiche) la realizzazione dell'evento”.

Con le sentenze appena richiamate fa il suo ingresso nella nostra prassi giudiziale la formula dell'aumento del rischio, sulla cui legittimità dottrina e giurisprudenza si divideranno fino all'esplicita presa di posizione delle Sezioni Unite del 2002.

7. Le critiche all'orientamento delle “serie ed apprezzabili probabilità di successo”.

L'analisi della giurisprudenza orientata secondo il criterio delle *serie ed apprezzabili probabilità di successo* ci ha permesso di individuare, seppur in maniera sommaria, le argomentazioni adottate dalla Corte per fondare tali convinzioni.

L'argomento più forte utilizzato dai sostenitori dell'orientamento probabilistico è sicuramente quello che fa leva sulla differente natura della causalità omissiva rispetto a quella attiva: esplicitato per la prima volta in maniera

⁷⁴ Pret. Torino, 9 febbraio 1995, Barbotto Beraud, in *Foro It.*, 1996, II, pag. 107- 139 e in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 1997, pag. 1447 e ss, con nota di Piergallini, “Attività produttive e imputazione per colpa: prove tecniche di diritto penale del rischio”.

chiara dalla sentenza Berardino⁷⁵ esso si fondava sulla posizione della dottrina di gran lunga dominante⁷⁶. Tuttavia, come vedremo meglio più avanti, è la stessa dottrina che, col tempo, ha messo in discussione tale diversità strutturale e ha abbracciato posizioni differenti.

Abbiamo poi sottolineato che l'abbandono della *certezza* viene giustificato dalla particolare complessità dell'indagine causale in medicina legale⁷⁷. Infatti, nell'ambito della medicina legale, i singoli casi non possono essere verificati in via sperimentale, ossia con metodi ripetibili e standardizzabili, per cui lo studio dell'efficacia causale di un determinato fattore di rilevanza giuridica, sia esso un'azione o un'omissione, dipende dalle conoscenze generali sulla natura della causa, sulle sue modalità di azione, sulle caratteristiche delle sue conoscenze: è dunque necessario operare un confronto, caso per caso, tra le conoscenze scientifiche e i dati dell'osservazione clinica, anatomico-patologica e di laboratorio. La critica mossa a tale argomentazione è però quella di penalizzare eccessivamente la classe medica, proponendo un modello causale diverso e meno rigoroso rispetto a quello previsto in altri rami dell'ordinamento.

Tale critica viene mossa anche all'altra argomentazione adottata dalla Corte a difesa dell'opzione probabilista, ossia quella relativa alla necessità di tutelare un bene giuridico di rango elevato, come quello della vita umana che comporterebbe la necessità di abbassare la soglia delle probabilità sufficienti ai fini di un accertamento positivo del rapporto causale⁷⁸. La formula stereotipata adottata dalla Corte per esplicitare tale punto di vista la si rinviene nell'espressione, più volte utilizzata, del "quando è in gioco la vita umana sono sufficienti anche poche probabilità di successo per reputare sussistente il nesso causale". Si sottolinea tuttavia che, in tal modo, i giudici finiscono per operare una

⁷⁵ Cass. Pen., IV, 30 maggio (10 agosto) 1990, Berardino, n. 11389, in *Riv. Pen.*, 1991, pag. 558.

⁷⁶ G. Fiandaca, "Reati omissivi e responsabilità penale per omissione", in *Arch. Pen.*, 1983, pag. 43 - 44; G. Fiandaca, "Causalità (rapporto di)", in *Digdp*, II, Torino, 1988, pag. 127; F. Mantovani, "L'equiparazione del non impedire al cagionare", in *Arch. Pen.*, 1987, pag. 46.

⁷⁷ R. Blaiotta, "Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza", cit., pag. 1207.

⁷⁸ R. Blaiotta, "Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza", cit., pag. 1205; A. Fiori, "Il criterio di *probabilità* nella valutazione medico legale del nesso causale", in *Riv. It. Med. Leg.*, 1991, pag. 31.

scelta di politica criminale a loro preclusa e riservata invece al legislatore⁷⁹. L'importanza del bene giuridico oggetto di tutela può infatti avere rilevanza solo in un momento antecedente rispetto a quello applicativo della norma, potendo condurre alla scelta legislativa di punire solo la lesione del bene o invece anche la semplice messa in pericolo (nelle differenziate forme del pericolo concreto e del pericolo astratto), così come può comportare anche peculiarità e specificità nel regime delle pene. Dopo la fase legislativa però il valore del bene non può in alcun modo condizionare l'accertamento di un elemento materiale del reato, avendo tale argomentazione una valenza prettamente ideologica ma non logico – giuridica, così come invece sarebbe indispensabile alla luce della natura dell'elemento causale⁸⁰.

Deve poi sottolinearsi che non è vero che solo la classe medica è destinataria di precetti posti a tutela della salvaguardia della vita e della salute umana, basti pensare alla normativa anti - infortunistica o a quella dettata dal Codice della Strada. Pertanto, individuare più rigorosi criteri d'imputazione oggettiva a carico esclusivamente dei sanitari, pare una scelta arbitraria e in palese violazione dei principi di legalità e di certezza del diritto: tanto più che la causalità resta comunque una nozione oggettiva, in quanto tale insuscettibile di essere manipolata dall'interprete. Vi è stato peraltro chi ha individuato un'analogia con la posizione della dottrina dominante che, in riferimento all'accertamento del pericolo nei reati di pericolo concreto, sostiene che il grado di probabilità di verificazione dell'evento temuto debba essere inversamente proporzionale all'importanza del bene minacciato⁸¹. Tuttavia, nonostante l'apparente vicinanza di situazioni, una simile valorizzazione del rango dell'oggettività giuridica potrà

⁷⁹ M. Donini, "La causalità omissiva e l'imputazione per l'aumento del rischio. Significato teorico e pratico delle tendenze attuali in tema di accertamenti eziologici probabilistici e decorsi causali ipotetici", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1999, pag. 62 e ss; A. Crespi, "Medico – chirurgo"; in *Dig. Disc. Pen.*, VII, 1993, pag. 599; L. Renda, "Sull'accertamento della causalità omissiva nella responsabilità medica"; in *Foro It.*, 1986, II, pag. 352.

⁸⁰ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 725; F. Angioni, "Il pericolo concreto come elemento della fattispecie penale", Sassari, 1984, pag. 96.

⁸¹ Parodi – Giusino, "I reati di pericolo tra dogmatica e politica criminale", Milano, 1990, pag. 199 ss. Per la posizione di coloro che, nell'ambito della stessa teoria del pericolo, negano la possibilità di far dipendere il grado di probabilità rilevante dal rango del bene minacciato, si veda F. Angioni, "Il pericolo concreto come elemento della fattispecie penale", Sassari, 1984, II, pag. 96.

risultare ammissibile soltanto ove giustificata da particolari esigenze: nel caso dei reati di pericolo, il riferimento all'importanza dei beni tutelati pare trovare un plausibile fondamento nella funzione preventiva che il sistema penale affida a tale categoria di reati, mentre appare tutt'altro che facile individuare una qualsiasi *ratio* in relazione al problema causale⁸². Quel che si può dire, dunque, è che ci si trova in presenza di orientamenti che mettono in primo piano i valori in gioco, che esprimono la preoccupazione di lasciare impuniti dei comportamenti gravemente colposi che hanno tuttavia avuto una scarsa influenza causale sul verificarsi dell'evento lesivo: il rigore che essi esprimono trova dunque una spiegazione essenzialmente nell'istanza di responsabilizzazione della classe medica, sotto un profilo etico e morale, prima ancora che giuridico - penale. Tuttavia, come già precedentemente rimarcato, tali elaborazioni paiono ineluttabilmente contrastare con le esigenze di certezza richieste dall'art. 40 c.p..

Un'ulteriore argomentazione critica nei confronti dell'indirizzo probabilistico la si può rinvenire in un aspetto di carattere prettamente processuale, ossia nell'abbandono del principio costituzionale dell'*in dubio pro reo*, in favore della regola completamente opposta dell'*in dubio contra reum*. Infatti, seguendo quest'orientamento, il dubbio sull'efficacia impeditiva della condotta doverosa omessa consentirebbe comunque una sentenza di condanna, gravando l'onere della prova non più sull'accusa, ma sulla difesa che sarebbe dunque chiamata a provare l'inefficacia impeditiva della condotta stessa⁸³.

8. L'orientamento della “certezza”: decisioni precedenti il 2000.

In alcune decisioni, la Cassazione, in perfetta antitesi rispetto all'orientamento probabilista, e supportata dagli appena analizzati profili critici di tale tesi, ha assunto un atteggiamento estremamente rigoroso, in cui il paradigma prescelto è sempre quello nomologico – deduttivo ma integrato su base

⁸² I. Giacona, “Sull'accertamento del nesso di causalità tra la colposa omissione di terapia da parte del medico e la morte del paziente”, cit., pag. 365.

⁸³ F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1311.

universale⁸⁴. Quindi, per spiegare l'evento, si utilizzano solo leggi di copertura a carattere universale, esigendosi il raggiungimento della certezza. Si inserisce all'interno di questo filone già una vecchia sentenza del 1952⁸⁵, relativa al caso di uno stagnino che, al rientro dal lavoro, cadeva dalla bicicletta procurandosi una ferita al pollice destro; qualche giorno dopo l'uomo decedeva per infezione tetanica. I giudici, applicando rigidamente alla scienza medica il paradigma di verifica popperiano, sostengono che non sussiste il nesso causale poiché “non sempre il tetano viene impedito dalle iniezioni di siero essendosi avuti frequenti casi di tetano post-sieroso, e vi sono stati casi in cui il tetano, anche senza iniezioni, non scoppia”.

Più recentemente devono segnalarsi due sentenze di merito relative allo stesso caso⁸⁶, riguardante una donna affetta da asma bronchiale, le cui condizioni precipitano durante il ricovero in ospedale fino a causarne il decesso. Da tali pronunce traspare la volontà dei giudici di escludere il nesso di causalità per il mancato raggiungimento della certezza, basandosi sulla possibile sussistenza di cause alternative ipotetiche. Si afferma, infatti, che, in caso di asma bronchiale, l'omissione di un'adeguata e corretta terapia corticosteroidica da parte del sanitario non può essere considerata *in maniera certa*, come invece sarebbe necessario, causa e concausa della morte della paziente, essendo parimenti possibile che tale evento sia da riferire al tipo di malattia, o alla variabilità di alcuni elementi inerenti al farmaco o alla paziente, ed in particolare ad un non accertato sopravvenuto fattore dotato di una propria e completa efficacia causale, del tutto indipendente dall'omissione stessa.

⁸⁴ C. E. Paliero, “La causalità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici”, in *Riv. it. med. leg.*, 1992, pag. 849. Il principio secondo cui la disposizione dell'art. 40 c.p. richiede, esplicitamente, che l'evento, da cui dipende l'esistenza del reato, sia – e non, semplicemente, possa essere – conseguenza dell'azione o dell'omissione e che dunque non possa ritenersi raggiunta la prova del nesso causale quando ci si limiti ad affermare la probabilità di tale nesso, è assolutamente dominante al di fuori dell'ambito medico. Si veda, tra le altre, Cass. Pen., IV, 15 maggio (3 ottobre) 1989, Ricciardi, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1911 - 1912, n. 1506.

⁸⁵ Cass. Pen., II, 17 ottobre 1952, Amistani, in *Giust. pen.*, 1953, pag. 4 e ss.

⁸⁶ Trib. Roma, 6 aprile 1984, Patriarca e Corte App. Roma, 9 novembre 1985, Patriarca, in *Riv. it. med. leg.*, 1987, pag. 611 e in *Giur. Mer.*, 1987, pag. 713, con nota di N. Sciaraffa, “In tema di responsabilità penale del medico”.

Anche verso la fine degli anni Novanta, la Cassazione sembra recepire l'idea che nella causalità omissiva occorra raggiungere la *certezza* che il comportamento alternativo lecito avrebbe impedito l'evento. Si tratta di un caso che, per la verità, non ha suscitato univoca interpretazione⁸⁷, poiché alcuni vi hanno visto la volontà di ribadire l'orientamento probabilistico dominante⁸⁸, mentre altri⁸⁹ ritengono che con esso si accolga una posizione meno rigorosa nei confronti dell'operato dei sanitari. Il caso riguarda un medico di guardia del Pronto Soccorso chiamato a rispondere del delitto di omicidio colposo per la morte di una donna deceduta a seguito di sommersione interna per reflusso di abbondante materiale alimentare; nello specifico, al medico viene rivolta l'accusa di non aver proceduto allo svuotamento gastrico mediante una sonda. I giudici affermano anzitutto che l'utilizzo della sonda, pur avendo, a giudizio dei periti, scarse possibilità di successo, poiché non è dannoso, deve comunque considerarsi obbligatorio ai fini penali. Ciò perché è comunque doveroso effettuare ogni intervento che presenti "anche una minima probabilità di salvare una vita o di evitare una lesione, quando i mezzi siano disponibili e non vi siano rischi di sorta". Proprio il richiamo al valore della vita umana e all'idea che il medico debba fare tutto il possibile per evitare l'evento-morte del paziente sembrerebbe testimoniare la fedeltà dei giudici all'orientamento probabilistico. Tuttavia, nel passaggio immediatamente successivo, si sottolinea che dalla doverosità dell'intervento non si può far conseguire necessariamente l'imputazione dell'evento: non è detto, cioè, che l'applicazione della sonda avrebbe *certamente* evitato l'invasione degli alveoli polmonari da parte del materiale alimentare che ha poi causato il decesso. Pertanto, non è possibile raggiungere la *certezza* che l'applicazione della sonda avrebbe scongiurato ogni pericolo e la sentenza viene annullata con rinvio. Di fatto, dunque, la morte non può essere imputata al medico se non si può affermare che, con *certezza*, l'intervento omissivo avrebbe evitato il verificarsi dell'evento lesivo: pertanto rimane priva di sanzione penale la

⁸⁷ Cass. Pen., 15 maggio 1998, Barraco, in *Cass. Pen.*, 1999, pag. 2535; in *Riv. Pen.*, 1998, pag. 769 e in *Foro It. Rep.*, 1998, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 33, pag. 1499.

⁸⁸ *Ibidem*, in *Cass. Pen.*, cit..

⁸⁹ P. Veneziani, "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", cit., pag. 266 e ss.

violazione dell'obbligo del medico di intervenire anche se la terapia avrebbe poche probabilità di esito favorevole. Sono proprio queste considerazioni a far dubitare che la sentenza Barraco possa rientrare nell'orientamento avviato dalla sentenza Melis, e a farla ritenere più correttamente come un'anticipazione di quanto la Cassazione sosterrà nel 2000⁹⁰.

A letture differenti si è prestata anche un'altra pronuncia della Cassazione datata 1998⁹¹. Il caso riguardava la morte di Antonino Cuntrò che, a causa di un malessere, si faceva visitare presso il suo studio dal dott. Casaccio, specialista in cardiologia. Il medico prescriveva una terapia farmacologica ma il Cuntrò, rientrato a casa, mostrava un aggravamento della sintomatologia e, ricoverato in ospedale, decedeva poco dopo. La difesa dell'imputato si doleva della mancata prova della sussistenza della colpa e del nesso causale e la Cassazione accoglieva il ricorso proprio perché “manca nella sentenza un ragionamento chiaramente intellegibile che, partendo dalla condotta imposta dalle regole della perizia, della diligenza e della prudenza...pervenga, attraverso una precisa indicazione delle ragioni giustificative, alla conclusione che probabilmente il paziente sarebbe sopravvissuto”. A dar luogo agli equivoci è la seconda parte di tale ragionamento, laddove si giustifica l'annullamento della sentenza di merito affermando che non vi sono elementi per ritenere che “la condotta negligente del prevenuto sia stata la causa certa della morte o si annoveri, con certezza, tra le cause concorrenti della morte...”. Tuttavia, al di là di alcune espressioni equivoche, l'iter decisionale mostra in maniera evidente che la sentenza ancora il giudizio sul rapporto di causalità a criteri probabilistici e non già di certezza.

⁹⁰ Nella giurisprudenza di merito sembra accogliere in teoria un modello di causalità “forte” che viene però praticamente disatteso anche Pret. Ascoli Piceno – San Benedetto del Tronto, 2 ottobre 1999, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 511, con nota di G. Fiandaca, il quale vede in questa dissonanza un evidente indicatore della “difficoltà oggettiva di applicare in campo medico, specie nei casi di causalità omissiva, coefficienti probabilistici particolarmente elevati”.

⁹¹ Cass. Pen., V, 1. settembre (20 ottobre) 1998, Casaccio, in *Cass. Pen.* 2000, pag. 1183 e ss, con nota di R. Blaiotta, “Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza”; in *Riv. it. med. leg.*, 2000, pag. 278, con nota di Fineschi, “Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale”; in *Riv. Pen.*, 1998, pag. 1123-1126.

9. Le tre sentenze Battisti del 2000.

E' il 2000 l'anno in cui con tre sentenze redatte dal medesimo estensore, Mariano Battisti, la IV Sezione della Corte di Cassazione, ispirata dalla lungimirante dottrina di Federico Stella, prende nettamente le distanze dall'orientamento giurisprudenziale dominante delle "serie ed apprezzabili probabilità" e inaugura quello che, sinteticamente, viene indicato come il filone della "certezza".

Il punto di partenza di tale svolta, come anticipato, è rappresentato dalle nuove valutazioni sulla natura e sull'accertamento della "causalità omissiva". L'orientamento giurisprudenziale probabilistico, infatti, si basava sulla presunta diversità strutturale tra il nesso causale che lega azione ed evento da quello che lega l'omissione all'evento, supportato in tal senso dalla stessa dottrina dominante⁹². Tale dottrina sosteneva che, mentre nei reati commissivi vi è un nesso di derivazione effettivo tra dati reali del mondo esterno (ossia un'azione a cui segue la modificazione del mondo esterno), nei reati omissivi non è riscontrabile un impiego di forze, di energie materiali, e non avendo alcuna consistenza materiale, la condotta omissiva non può produrre alcun risultato ("ex nihilo, nihil fit")⁹³. Proprio questa diversa essenza comporterebbe che, in caso di omissione, l'accertamento assume un carattere ipotetico o prognostico, dovendo il giudice accertare se la condotta doverosa omissa avrebbe impedito l'evento. Si arriva dunque alla conclusione che, il grado di certezza raggiungibile in sede di accertamento della causalità omissiva, non può essere lo stesso della causalità attiva, per cui ci si deve accontentare di una *probabilità vicina alla certezza*.

⁹² Si vedano, tra gli altri, i lavori di G. Grasso, "Il reato omissivo improprio, Milano, 1983, pag. 384; F. Mantovani, "Diritto penale. Parte generale", Padova, 1992, pag. 190; G. Fiandaca, "Causalità (rapporto di)", in *Digdp*, II, Torino, 1988, pag. 126 e ss.; G. Fiandaca, "Reati omissivi e responsabilità penale per omissione", in *Arch. Pen.*, 1983, pag. 43; Pagliaro, "Principi di diritto penale. Parte generale", Milano, 1998, pag. 360; Contento, "Corso di diritto penale", Bari, 1995, vol. II, pag. 82 ss.

⁹³ F. Centonze, "Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità", in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 292.

La posizione della dottrina prevalente viene abbandonata dalle tre sentenze del 2000⁹⁴, in cui ci si muove proprio dalla preliminare constatazione che anche la causalità omissiva è una vera e propria “causalità reale”. La Corte, dopo aver rimarcato la necessità della ripresa di un dialogo forte tra la prassi giudiziaria e l’elaborazione teorica (“il giudice non può non tener conto, nell’esaminare le fattispecie concrete, dei migliori esiti della ricerca scientifico – giuridica, di quegli esiti la cui applicazione alla fattispecie in esame assicuri, al maggior livello possibile, il rispetto dei principi di tassatività e di stretta legalità), mostra così di aderire integralmente all’elaborazione del problema causale data da Federico Stella, sulla base della rilettura della teoria causale del filosofo Carnap.

Basandosi sugli studi di tale autore, la Cassazione aderisce a quella moderna visione della causalità secondo cui le entità che entrano in relazione di causa ed effetto non sono forze o energie materiali ma processi o eventi, così che, tra tali processi ed eventi, vanno inclusi anche i processi statici quali appunto l’omissione, il non fare. Anche per l’omissione, per il non fare, possiamo dunque dire che è causale quando, senza lo stato della persona costituito dal “non compiere l’atto dovuto”, l’evento lesivo non si sarebbe verificato⁹⁵.

Posta tale assoluta omogeneità si sottolinea che, anche il procedimento per accertare la sussistenza del nesso, in caso di omissione, è del tutto identico a quello che deve seguirsi in caso di azione. Infatti è riscontrabile un equivoco di fondo nella posizione di coloro che sostengono che solo in caso di omissione può ravvisarsi un giudizio ipotetico: in realtà, dell’enunciato controfattuale non si può fare a meno né quando si indaga sulla causalità dell’azione, né quando ci si chiede se causale possa essere definita l’omissione.

Ad onor del vero anche la dottrina dominante, pur negando l’assoluta identità tra causalità attiva ed omissiva e ammettendo un accertamento meno rigoroso in quest’ultima ipotesi, aveva comunque nel tempo ridimensionato le

⁹⁴ Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi; *Cass. Pen.*, IV, 28 novembre 2000, n. 2123, Di Cintio; *Cass. Pen.*, IV, 29 novembre 2000, n. 2139, Musto, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277.

⁹⁵ F. Stella, “La nozione penalmente rilevante di causa: la condizione necessaria”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1988, pag. 1252.

differenze nel livello di certezza da raggiungere nel rispettivo accertamento, sulla base della constatazione che, anche il nesso causale nei reati commissivi ha struttura probabilistica, vista la rilevanza attribuita alle leggi statistiche⁹⁶.

Sulla base di tali elaborazioni teoriche la Cassazione, nel 2000, giunge ad affermare che *identico* è l'oggetto della spiegazione: un avvenimento del passato; *identico* il giudizio che si deve compiere per individuare la condizione necessaria: il giudizio controfattuale o ipotetico, teso ad appurare se, senza la condotta attiva od omissiva, l'evento si sarebbe o non si sarebbe verificato; *identico* il procedimento da impiegare, in via strumentale, per compiere il giudizio controfattuale: una spiegazione legata all'oggettivo sapere scientifico, che consenta di ricollegare l'evento lesivo ad un insieme di condizioni empiriche antecedenti, variabili o statiche; *identica* la struttura probabilistica della spiegazione offerta e *identico* perciò il carattere probabilistico dell'enunciato esplicativo.

Accogliendo un'idea di assoluta identità e omogeneità tra le due forme di accertamento, la IV Sezione respinge peraltro, anche la posizione "intermedia" seguita da quegli autori che, in linea con la posizione di Stella, si oppongono all'idea di una diversità di fondo tra causalità attiva e omissiva, ma non giungono comunque a negare che i due paradigmi siano sotto qualsiasi profilo diversi⁹⁷. Distinguendo tra criterio del giudizio, che in entrambi i casi si fonda su un controfattuale, e base del giudizio, affermano che se certamente la formula che esplica la causalità attiva è ipotetica, quella della causalità omissiva è doppiamente ipotetica: infatti, in questo caso, si pone *contra factum* non solo l'antecedente dinamico, in sostituzione della reale condizione statica, ma anche l'azione impeditiva che si ipotizza reale mentre, in realtà, viene solo immaginata, laddove in caso di azione la condotta tipica si è effettivamente realizzata.

Preso atto di questi presupposti teorico – applicativi, la Cassazione afferma che sia in caso di azione, sia in caso di omissione, il giudizio avrà natura

⁹⁶ Fiandaca – Musco, "Diritto Penale. Parte Generale"; E. Nicosia, "Nota a Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi", in *Foro It.*, 2001, II, pag. 422.

⁹⁷ C. E. Paliero, "La causalità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici", in *Riv. it. med. leg.*, 1992, pag. 842.

probabilistica e il giudice potrà affermare la sussistenza del nesso causale solo se l'azione o l'omissione è stata causa dell'evento con "alto grado di probabilità o credibilità razionale". A tale espressione, peraltro, deve necessariamente essere attribuito lo stesso significato che ad essa viene riconosciuto in ambito scientifico: perciò, "intanto il giudice può affermare che una azione od omissione sono state causa di un evento, in quanto possa effettuare il giudizio controfattuale avvalendosi di una legge o proposizione scientifica che enunci una connessione tra eventi in una percentuale vicina a cento", non essendovi dubbi che la probabilità vicina alla certezza è nient'altro che quella vicina a cento, all'unum. Tale tesi è supportata anche dalla filosofia della scienza, branca del sapere in cui si sottolinea che può parlarsi di causalità solo in presenza di un nesso necessario, e che solo le leggi universali sono espressione di universalità; le leggi statistiche invece, poiché ammettono eccezioni, già indicano di per sé l'assenza di necessità, perciò il minimo che si deve chiedere è che esse esprimano un coefficiente percentualistico vicinissimo all'universalità⁹⁸.

A supporto delle sue conclusioni la Corte richiama anche gli artt. 13 e 14 del "Progetto preliminare di riforma del codice penale", elaborato dalla Commissione presieduta dal Prof. Grosso; i giudici ritengono, infatti, che tale progetto possa avere rilevanza non solo *de iure condendo*, ma anche *de iure condito*, come ausilio interpretativo alle disposizioni dell'attuale codice penale. Nello specifico, l'art. 13 di tale progetto riproduce testualmente l'attuale art. 40 c.p., precisando però che l'azione o l'omissione devono essere condizione "necessaria" dell'evento; invece, l'art. 14 integra l'attuale art. 41 c.p., precisando che l'azione omessa, per poter essere considerata causale, deve poter impedire l'evento "con certezza". Deve precisarsi tuttavia che la IV Sezione fa riferimento alla stesura originaria del Progetto, il cui art. 14 è stato successivamente

⁹⁸ Agazzi, "La spiegazione causale di eventi individuali (o singoli)", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1999, pag. 393 - 407.

modificato, con la precisazione che tra omissione ed evento è sufficiente una “probabilità confinante con la certezza”⁹⁹.

Tutti gli elementi emersi finora hanno portato dunque la Cassazione a ritenere inaccettabile anzitutto il criterio di certezza assoluta, bollato per essere utopistico e del tutto frustrante per le finalità preventivo-repressive del diritto penale. Dall’altro lato, però, la Cassazione reputa del tutto erronee le prese di posizione di quella giurisprudenza che aderisce al filone delle “serie ed apprezzabili probabilità”. Richiamando la Relazione al Progetto Grosso sottolinea che, seppur in tal modo si riesca a rafforzare la tutela penale in materie che coinvolgono beni giuridici di rango elevato, quali la vita e l’integrità fisica, si finisce per mettere in crisi il principio di legalità e tipicità delle fonti di responsabilità penale, rischiando anche di attentare al principio di personalità della responsabilità penale.

Proprio partendo da questa critica la Corte, nel caso Baltrocchi¹⁰⁰, annulla senza rinvio la sentenza impugnata. Il fatto contestato al medico era quello di aver cagionato la morte di un uomo che, dopo aver accusato un malessere, si recava dal proprio medico di fiducia il quale, visitatolo, redigeva un certificato di bronco polmonite cronico ostruttiva in paziente con un pregresso infarto acuto del miocardio. La mattina successiva il paziente si recava al pronto soccorso dove veniva visitato dal dott. Baltrocchi che, dopo aver effettuato alcuni esami, lo dimetteva; in serata l’uomo decedeva. In primo grado, il Baltrocchi

⁹⁹ Sulla disciplina della responsabilità per omissione nel progetto Grosso si veda F. Giunta, “La responsabilità per omissione nel progetto preliminare di riforma del codice penale”, in *Dir. Pen. e Proc.*, 2001, pag. 401 e ss.

¹⁰⁰ Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di Centonze “Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità”, in *Riv. It. med. leg.*, 2001, pag. 805 - 830, con nota di A. Fiori e G. La Monaca, “Una svolta della Cassazione penale: il nesso di causalità materiale nelle condotte mediche omissive deve essere accertato con probabilità vicina alla certezza; e, *ivi*, 2002, pag. 581 - 597, con nota di F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale”; in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 159 - 205., n. 11, con note di G. F. Iadecola, “In tema di verifica della causalità omissiva nell’attività medico chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione”, e di R. Blaiotta, “La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica”; in *Dir. pen. e proc.*, 2002, pag. 311 - 324, con nota di C. Piemontese “Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale”; in *Foro It.*, 2001, II, pag. 420 e ss, con nota di E. Nicosia; in *Studium Juris*, 2001, n. 7-8, pag. 956 - 957.

veniva assolto dal Pretore di Milano, il quale riteneva che non fossero emersi elementi che consentissero di affermare, con sufficiente grado di certezza, la sussistenza di un nesso causale tra le omissioni del medico e l'evento morte. In appello, tuttavia, la sentenza fu riformata, poiché i giudici, aderendo all'orientamento giurisprudenziale dominante, reputarono raggiunta la prova di tale nesso, considerato che le probabilità di sopravvivenza, seppur inferiori al 50%, non potevano comunque considerarsi irrilevanti. E' dunque del tutto coerente coi presupposti teorico-dogmatici che abbiamo appena richiamato, la decisione della IV Sezione, che, seppur non considerando irrilevante una percentuale indicata dalla legge di copertura nella misura del 50% (o del 28%, come riportato nella casistica relativa a pazienti di età elevata, come nel caso di specie), ritiene che comunque su queste percentuali non è possibile costruire un rapporto di causalità scientificamente e/o penalmente rilevante, essendo addirittura difficile effettuare un utile giudizio controfattuale.

Una pronuncia di annullamento, stavolta però con rinvio al giudice di merito, si emette anche nell'altra sentenza del 2000, relativa al c.d. caso della Sindrome di Wolf Parkinson Wite¹⁰¹, diagnosticata dal dott. Musto ad una ragazza in cura fin da piccola per ricorrenti attacchi di tachicardia. Per anni la malattia veniva contrastata con terapia farmacologica, finché il dott. Musto proponeva un intervento risolutivo di ablazione della c.d. "via anomala"; nel corso di tale intervento sopraggiungevano una serie di complicazioni e, a causa di una prolungata anossia cerebrale, la donna entrava in coma e, dopo qualche giorno, decedeva. Anche in questo caso i giudici di merito, stavolta sia quelli di primo grado che quelli d'appello, ravvisavano la sussistenza del nesso causale aderendo

¹⁰¹ Cass. Pen., IV, 29 novembre 2000, n. 2139, Musto, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 168 e ss. n. 11, con note di G. F. Iadecola, "In tema di verifica della causalità omissiva nell'attività medico chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione", e di R. Blaiotta, "La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica"; in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di F. Centonze "Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità"; in *Dir. pen. e proc.* 2002, pag. 311 - 324 con nota di C. Piemontese, "Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale" e in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, "Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale".

al consolidato orientamento giurisprudenziale che, in tema di causalità medica omissiva, reputa sussistente il nesso causale anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto, non già la certezza, bensì soltanto serie ed apprezzabili possibilità di successo, tali che la vita della paziente, sarebbe stata, con una certa probabilità, salvata". E, anche in questo caso, la IV Sezione censura tale affermazione, considerando del tutto errato il riferimento al criterio probabilistico. Tuttavia, a differenza del caso Baltrocchi, si rende necessario il rinvio ai giudici d'appello, poiché essi dopo aver affermato che il tempestivo intervento del dott. Musto avrebbe scongiurato l'anossia cerebrale, non hanno indicato le percentuali statistiche a loro disposizione. E' del tutto evidente, invece, che l'esame critico di questi dati statistici è indispensabile, potendo quei dati non riportati essere tali da garantire quell'alta probabilità vicinissima al cento, alla certezza, che condurrebbe a una conferma della pronuncia di condanna, a prescindere dall'adesione, in via di principio, al criterio probabilistico.

Sebbene i due casi esaminati potrebbero indurre a pensare che il criterio di certezza richiesto dalla Corte sia eccessivamente difficile da provare in concreto, la smentita a tale obiezione può rinvenirsi nella terza pronuncia del 2000, la sentenza Di Cintio¹⁰². In tal caso, infatti, vi è stata la conferma della sentenza di condanna, basandosi sul rilievo che i giudici di merito non hanno espresso alcun dubbio sull'esistenza del nesso, poiché gli stessi periti avevano detto che un tempestivo ricovero in ospedale avrebbe consentito, in via di *grande probabilità*, una prognosi più favorevole. Essi hanno dunque correttamente ricostruito il rapporto causale in termini di *quasi certezza*, di coefficienti percentualistici *vicini a cento, quasi cento*, poiché questo è il significato che deve darsi alla locuzione "grande probabilità".

¹⁰² Cass. Pen., IV, 28 novembre 2000, n. 2123, Di Cintio, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di F. Centonze "Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità"; in *Rep. Foro It.*, 2001, con nota di G. Fiandaca, voce "reato in genere", n. 34 e in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, "Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale".

10. L'applicazione del criterio della "certezza" nella giurisprudenza di legittimità e di merito post 2000.

Le basi logiche e concettuali poste dalle tre sentenze Battisti del 2000 possono rinvenirsi in una serie di pronunce successive che, per il tenore delle loro motivazioni, sono unite ad esse dal medesimo filo conduttore¹⁰³.

Il primo caso riguarda un anziano ricoverato in ospedale a seguito delle lesioni riportate in un incidente stradale: i sanitari che ebbero in cura l'uomo venivano condannati in primo grado per omicidio colposo, e solo alcuni tra loro venivano assolti in appello. Ciò che a noi preme rilevare è che i giudici di merito, allineandosi alla giurisprudenza fino ad allora dominante, avevano affermato la sussistenza del nesso causale sulla sola base del criterio probabilistico (nella consulenza tecnica disposta dal p.m. si legge che se il paziente "fosse stato trattato adeguatamente sarebbe sopravvissuto qualche tempo in più" ed avrebbe avuto una possibilità di sopravvivenza quantificabile, in termini di probabilità, nel 15%). La Corte di Cassazione, invece, annulla la sentenza, condividendo l'indirizzo delineatosi nella più recente giurisprudenza che ritiene necessario il raggiungimento di un grado di probabilità vicino alla certezza¹⁰⁴.

La scelta di annullare la sentenza, stavolta con rinvio alla Corte d'appello competente, viene assunta dai giudici di legittimità anche in un'altra ipotesi in cui si mette in dubbio la sussistenza del nesso causale¹⁰⁵. Il caso riguarda la responsabilità penale del primario facente funzione del reparto di pronto soccorso chirurgico, per la morte di un paziente ricoverato per colica addominale e operato per ulcera gastrica perforata con peritonite: l'uomo decedeva qualche giorno più tardi perché, a causa della non tempestiva diagnosi di ripetuti episodi emorragici,

¹⁰³ Al di là di quelle che si analizzeranno nel proseguo della trattazione si ricordano anche: Cass. Pen., IV, 30 marzo 2000 (6 febbraio 2001), n. 5037, Camposano, in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 171 e in *Dir. e giust.*, n. 7, pag. 22; Cass. Pen., 27 novembre 2001, n. 1957, Mirengi, inedita.

¹⁰⁴ Vedi anche, nello stesso senso, Cass. Pen., 7 dicembre 1999 (1 febbraio 2000), Gulisano, in *Riv. Pen.*, 2000, pag. 751.

¹⁰⁵ Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1586, Pres. Lisciotta, Est. Battisti, Ric. Ambrosio, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, "Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale"; in *Guida al diritto*, n. 19, 2002, pag. 93; in *Dir. e giust.*, n. 7, pag. 22 – 27, con nota di A. Puliatti, "Malpractice: non basta la probabilità resta indispensabile la certezza".

non venivano praticate le opportune trasfusioni e ciò determinava un grave collasso cardiocircolatorio. Anche in questo caso viene ribadita la necessità di un accertamento particolarmente rigoroso della causalità dell'evento, al fine di individuare la responsabilità penale del medico, respingendosi l'orientamento a cui si era invece ispirato il giudice di merito. Quest'ultimo, infatti, aveva affermato che “se l'imputato avesse fatto ciò che doveva, la vita del Kieffer sarebbe stata probabilmente salvata o, comunque, le probabilità di sopravvivenza sarebbero aumentate significativamente” e che “gli interventi doverosi dell'Ambrosio, sebbene non possa affermarsi che avrebbero salvato la vita del paziente, avrebbero innegabilmente avuto buone probabilità di raggiungere detto scopo”. La Corte, invece, richiamando esplicitamente la più volte citata sentenza Baltrocchi¹⁰⁶, ha precisato che non sono sufficienti per ritenere sussistente quel nesso una semplice probabilità o possibilità, più o meno elevata, dovendo invece risultare che, se fosse stata posta in essere la condotta doverosa omessa, l'evento sarebbe stato evitato con una probabilità “di alto grado”, “vicina alla certezza”. Questo nuovo orientamento, rispetto a quello passato, tiene probabilmente in maggior considerazione le obiettive difficoltà che caratterizzano l'esercizio della professione medica ed assume una posizione certamente più garantista nei confronti dell'operato dei sanitari¹⁰⁷.

Merita di essere citata anche un'altra pronuncia in cui si esclude la sussistenza del nesso causale quando la legge di copertura sia tale da lasciare uno “scoperto” scientificamente intollerabile del 5 – 10%, in forza del quale l'evento dannoso per il paziente possa ricondursi, per questa misura, anche a una causa diversa dalla condotta del sanitario¹⁰⁸.

Anche nella giurisprudenza di merito ci si è allineati alla posizione della Cassazione: interessanti, in tal senso, sono due pronunce del Tribunale di

¹⁰⁶ Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi, cit..

¹⁰⁷ A. Puliatti, “Malpractice: non basta la probabilità resta indispensabile la certezza. Nota a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1586, Pres. Lisciotta, Est. Battisti, Ric. Ambrosio, cit., pag. 27.

¹⁰⁸ Cass. Pen., IV, 20 novembre 2001 (16 aprile) 2002, n. 14334, Turco, in *Guida al diritto*, n. 21, 2002, pag. 79.

Milano¹⁰⁹. Quella più risalente, addirittura anticipatrice dell'orientamento Battisti, è relativa alla morte di un uomo di 44 anni, affetto da stenosi aortica serrata e con un'anomalia coronarica congenita. All'uomo viene installata una innovativa protesi cardiaca in carbonio pirolitico, con un intervento a regola d'arte e perfettamente riuscito; dopo vari mesi però il paziente avverte un malore e viene portato al Pronto Soccorso, dove le manovre di rianimazione non riescono a scongiurarne il decesso. Per i giudici milanesi l'analisi sulla sussistenza del nesso causale tra l'impianto di una protesi presuntivamente difettosa e il decesso dell'uomo dà esiti negativi, poiché si reputa non dimostrato che il compimento dell'azione doverosa avrebbe, con *alto grado di probabilità*, impedito il realizzarsi dell'evento. Si rimarca inoltre la necessità di un'analisi mirata del nesso causale, poiché esso non può essere presunto semplicemente dall'omissione del comportamento dovuto, nonché la necessità di escludere l'intervento di fattori causali alternativi.

L'altra pronuncia, datata 2001¹¹⁰, riguarda la tardiva diagnosi e il conseguente tardivo intervento chirurgico per un infarto intestinale su un paziente che già presentava un quadro clinico alquanto complicato. Il Tribunale ritiene che, in conformità a principi fondamentali di civiltà giuridica, il nesso causale si può ravvisare solo ove l'azione doverosa omessa avrebbe impedito l'evento con una *probabilità vicina alla certezza*. Tale situazione si reputa non sussistente nel caso di specie, posto che l'infarto intestinale, ed il relativo intervento, sono patologie non solo rarissime ma anche ad elevatissimo tasso di mortalità pure in soggetti dotati di un buono stato di salute complessivo (i periti indicano leggi scientifiche con percentuali di mortalità che oscillano tra il 70 e il 90 %).

La presa di posizione dei giudici milanesi è ancora più interessante se si nota che, in entrambe le pronunce di merito, i dati emersi dall'istruttoria

¹⁰⁹ Trib. Milano, I, 20 dicembre 1999 (18 febbraio 2000), Giud. Gatto e Trib. Milano, X, 23 aprile (4 giugno 2001), Giud. Vitale, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1272 -1296 con nota di R. Palavera, "Verso una costruzione giuridica della scienza: riflessi dell'oltre il ragionevole dubbio e della recente giurisprudenza di Cassazione sulle decisioni dei tribunali di merito".

¹¹⁰ Trib. Milano, X, 23 aprile (4 giugno) 2001, Giud. Vitale, *cit.*

dibattimentale avrebbero consentito l'assoluzione dei medici anche se si fossero applicati i parametri seguiti dall'indirizzo giurisprudenziale probabilistico¹¹¹.

Il modello rigoroso di causalità affermato, in materia di causalità medica, dalle tre sentenze Battisti del 2000, è stato adottato anche nel settore dell'igiene e sicurezza del lavoro: emblematiche, a tal riguardo, sono due sentenze redatte peraltro dallo stesso Battisti. La prima¹¹² riguarda le gravi lesioni colpose subite da un operaio addetto ad una pressa per lo stampaggio, a causa dell'improvvisa discesa di tale pressa che gli schiacciava la mano; il secondo caso¹¹³ riguarda invece la morte di alcuni dipendenti per mesotelioma pleurico a causa dell'inosservanza della normativa in materia di igiene del lavoro. In quest'ultima ipotesi, la Cassazione annulla senza rinvio la decisione di merito per insussistenza del nesso di causalità: dopo aver richiamato espressamente la sentenza Baltrocchi, i giudici escludono che sia stato dimostrato che, se le cautele fossero state adottate, l'evento letale sarebbe stato evitato con un elevato grado di probabilità, essendo tale solo la probabilità che si collochi nei pressi dell'unum, ossia la quasi certezza che non siano state altre le cause dell'evento.

Ancor più netta e chiara è la posizione della Corte nel primo dei casi richiamati. Nella sentenza si ribadisce, anzitutto, che "elevata probabilità" non può che voler dire probabilità vicina alla certezza, quasi certezza, così che "se elevata probabilità significa, invece, certezza al 70%, all'80 % o anche al 90%.....il fatto non può ritenersi accertato". Quindi neppure una probabilità al

¹¹¹ R. Palavera, "Verso una costruzione giuridica della scienza: riflessi dell'oltre il ragionevole dubbio e della recente giurisprudenza di Cassazione sulle decisioni dei tribunali di merito", in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1290.

¹¹² Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1585, Sgarbi", in *Giust. Pen.*, 2002, pag. 609 – 614; in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 849; in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757 con nota di F. D'Alessandro, "La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull'oltre ogni ragionevole dubbio"; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73.

¹¹³ Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (13 febbraio 2002), n. 1652, Covili, in *Giust. Pen.*, 2002, pag. 684-692; in *Foro It.*, 2002, II, pag. 289 - 296, con nota di G. Fiandaca ; in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 849; in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757 con nota di F. D'Alessandro, "La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull'oltre ogni ragionevole dubbio"; in *Studium Iuris*, 2003, pag. 110-111.

90% può ritenersi elevata probabilità, poiché neppure queste dieci distanze possono essere ritenute qualcosa che confini con la certezza.

PARTE II

L'intervento delle Sezioni Unite

CAPITOLO I

Analisi della sentenza Franzese

1. La frattura giurisprudenziale in tema di nesso causale nei reati omissivi impropri.

Dall'analisi giurisprudenziale compiuta nel precedente capitolo emerge, in tutta evidenza, il profondo travaglio e contrasto interpretativo sviluppatosi attorno al concetto di causalità penalmente rilevante.

Volendo semplificare la questione, si può notare la costante oscillazione tra due modelli di causalità: un tradizionale modello “debole” di causalità c.d. dimidiata, che aveva portato sostanzialmente all'abbandono del paradigma condizionalistico in favore di quello dell'aumento o della mancata diminuzione del rischio di verificazione dell'evento lesivo, ed un più recente modello “forte”, improntato all'idea di certezza o quasi – certezza causale.

Emerge inoltre che, per quanto si voglia mantenere una concezione il più possibile oggettiva del rapporto causale, la categoria della causalità, avendo la funzione di presupposto fondante per l'imputazione oggettiva dell'evento al soggetto agente, viene naturalmente influenzata dagli scopi che si vogliono attribuire al sistema penale e alle sanzioni da esso previste. Non è quindi un caso che proprio sul terreno causale emerga in tutta la sua drammaticità il conflitto tra le esigenze di tutela della vittima e le ragioni di tutela dell'imputato e del connesso principio costituzionale di presunzione di non colpevolezza¹¹⁴. Dagli stessi lavori preparatori per la riforma del codice penale, richiamati nella sentenza

¹¹⁴ G. Fiandaca, “Nota a Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 (29 maggio 2002), Cefis ed altri”, in *Foro it.*, 2003, pag. 152.

Baltrocchi¹¹⁵, emerge la constatazione che il concetto di causalità, ed in particolare il modello nomologico - deduttivo, integrato dalle leggi scientifiche, attraversa un periodo di crisi, poiché è chiamato a rispondere a due opposte esigenze: da un lato quella di rafforzare la tutela penale in settori nevralgici, poiché relativi alla tutela di importanti beni giuridici, dall'altro quella di salvaguardare i principi costituzionali di legalità, tassatività e personalità della responsabilità penale che connotano il diritto penale dei Paesi democratici.

Possiamo dunque affermare che le tre sentenze Battisti del 2000 non hanno per nulla sopito il dibattito sull'argomento, anzi gli hanno dato nuova linfa, portando ad una conclamata spaccatura all'interno della IV Sezione della Corte di Cassazione.

Tale spaccatura si rifletteva non solo a livello dottrinale, con i più autorevoli penalisti italiani divisi a sostegno ora dell'uno ora dell'altro orientamento, ma anche in tutti gli ulteriori ambiti della prassi giurisprudenziale.

Possiamo, ad esempio, citare una sentenza emessa dalla Corte di Cassazione civile¹¹⁶ nel mese di settembre del 2000, e dunque in contemporanea con la sentenza Baltrocchi, in cui i concetti di causalità e colpa si fondono e, per l'effetto, si estendono ampiamente gli stessi confini della responsabilità penale.

Sul fronte opposto si colloca invece una pronuncia del Tribunale di Venezia¹¹⁷ che affronta il problema del nesso causale in relazione ai tumori che colpiscono i lavoratori esposti al contatto con sostanze pericolose, nella specie il cloruro di vinile e il polivinile. In tale pronuncia i giudici lagunari escludono la sussistenza di un nesso di causalità penalmente rilevante tra i tumori, che avevano colpito alcuni dipendenti, e l'esposizione a tali sostanze, sottolineando che è necessario ricostruire il nesso causale col massimo rigore possibile, in termini di

¹¹⁵ Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi, in *Riv. It. med. leg.*, 2001, pag. 814 e ss.

¹¹⁶ Cass. Civ., III, 4 maggio (13 settembre) 2000, n. 12103, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 829, con nota di A. Fiori.

¹¹⁷ Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 (29 maggio 2002), Cefis ed altri, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 267-316, con nota di F. Centonze – F. D'Alessandro; in *Questione Giustizia*, 2002, n. 6/2002, pag. 1371 – 1382, con nota "Morire di lavoro a Portomarghera. Le ragioni dei giudici"; in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1692-1696, con nota di R. Palavera, "Riflessioni in tema di causalità. Nota a Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 (29 maggio 2002), Cefis ed altri"; in *Foro it.*, 2003, pag. 151-153, con nota di G. Fiandaca.

elevato grado di frequenza. Tale necessità si impone in virtù delle esigenze garantistiche di tutela della libertà del singolo imputato e di salvaguardia del principio di colpevolezza. La pronuncia si segnala per il netto rifiuto dei concetti di “condizione idonea” e di “aumento del rischio”, in favore del criterio della *condicio sine qua non*¹¹⁸, ma è interessante soprattutto per la distinzione tra “causalità generale” e “causalità individuale o specifica”. Con la prima locuzione si fa riferimento all’idoneità ex ante di una determinata condotta a provocare eventi di un certo tipo, e dunque tale nesso causale può, ad esempio, essere desunto da ricerche epidemiologiche. I giudici ritengono tuttavia che la prova della causalità generale resti muta rispetto alla spiegazione del singolo evento, ossia rispetto alla c.d. causalità individuale che è quella che collega una determinata azione ad un singolo e concreto evento: pertanto, essa non può essere ritenuta sufficiente in sé e per sé a spiegare il nesso tra il tumore che ha colpito un determinato lavoratore e l’idoneità della sostanza nociva a causarlo.

2. Gli argomenti a sostegno dell’orientamento giurisprudenziale della “certezza”.

Indubbiamente le pronunce del 2000 hanno avuto il merito di superare un orientamento giurisprudenziale che, sulla base di argomentazioni prettamente ideologiche e strettamente connesse all’importanza del bene – vita, di fatto legittimavano una costante violazione del principio di uguaglianza sancito dall’art. 3 della Costituzione. Infatti, adottando un criterio di giudizio meno rigoroso per l’accertamento del nesso causale in caso di responsabilità per colpa medica, si determinava una vera e propria discriminazione nei confronti della classe medica, senza tenere nel debito conto le peculiarità che rendono tale attività una delle più rischiose fra quelle esercitate dall’uomo. Ciò peraltro in netto contrasto con le esigenze già emerse nella sentenza n. 166 del 28 novembre 1973 della Corte Costituzionale che, seppur relativa alla colpa, richiamava la relazione del Guardasigilli al codice civile del 1942, sottolineando come, in tema di

¹¹⁸ Interessanti sono anche i continui richiami alla giurisprudenza civilistica americana e alla relativa regola del “più probabile che no”, nonché le considerazioni sul problema dell’affidabilità delle leggi scientifiche di copertura.

responsabilità medica, si devono soddisfare due opposte esigenze: da un lato, quella di non incoraggiare una medicina prettamente difensiva per il timore di conseguenze pregiudizievoli per il medico e dall'altro quella di non essere troppo indulgenti verso le negligenze sanitarie¹¹⁹.

Al di là di tale aspetto, un altro profilo problematico che veniva ad essere superato tramite il criterio c.d. della certezza, era quello relativo al conflitto tra un accertamento meramente probabilistico e il principio di responsabilità per fatto proprio colpevole, così come sancito dall'art. 27 Cost. In proposito, pare opportuno richiamare brevemente l'enunciazione più chiara del principio di colpevolezza che si rinviene nella sentenza della Corte Costituzionale¹²⁰ del 1988, grazie alla lettura combinata dei commi 1 e 3 dell'art. 27. In tale pronuncia si chiarisce che nessuno può essere chiamato a rispondere penalmente di un fatto che non sia da esso controllabile, e dunque nessuno può essere penalmente rimproverato per un comportamento che, solo in maniera fortuita, ha contribuito a cagionare le conseguenze vietate dalla disposizione penale. Si aggiunge inoltre che, sarebbe del tutto inutile garantire la riserva di legge statale o la tassatività delle leggi, se poi il soggetto fosse chiamato a rispondere di fatti che non può comunque impedire¹²¹.

In dottrina¹²² si è poi sottolineato che è proprio il richiamo al “fatto proprio colpevole” ad imporre un più accentuato rigore nell'accertamento causale: infatti, non ci si può accontentare di una soluzione meramente probabilistica poiché essa lascia consistenti e significativi margini di aleatorietà rispetto alla riferibilità di quello specifico evento alla specifica condotta che poteva e doveva tenere il soggetto agente.

¹¹⁹ A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese,” in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1616.

¹²⁰ Corte Costituzionale, 24 marzo 1988, n. 364, in *Cass. Pen.*, pag. 1152, 1988 e in *Foro It.*, I, c. 1385 e segg., con nota di G. Fiandaca.

¹²¹ G. F. Iadecola, “In tema di causalità e di causalità medica”, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 528; id. “La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 721.

¹²² Alessandri, “Commento all'art. 27, 1° co.”, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di Branca – Pizzorusso, Bologna, 1991, pag. 34 e ss.

Altri autori¹²³ sottolineavano invece che una accezione non rigorosa dei presupposti della causalità omissiva finiva per rendere ancora più incerti gli stessi confini della posizione di garanzia richiesta dall'art. 40 cpv c.p. Tale requisito è peraltro già oggetto di notevoli discussioni in relazione alle possibili fonti di impedimento dell'evento¹²⁴ e, una lettura in chiave meramente probabilista del nesso causale, finirebbe per legittimare quelle critiche secondo cui tramite il ricorso all'art. 40 cpv c.p., si determinerebbe una vera e propria creazione giurisprudenziale del diritto penale.

3. Segue: i profili problematici di tale orientamento.

Come sottolineato, gli elementi positivamente innovativi introdotti dalle sentenze c.d. battistiane non hanno però determinato la risoluzione delle problematiche in tema di accertamento della causalità medica omissiva. Non sono mancati, infatti, studi che ne hanno messo in luce i numerosi profili problematici che rendono tale concezione tutt'altro che soddisfacente, sia sotto un profilo teorico, sia in considerazione delle implicazioni pratiche.

Una prima osservazione di carattere generale che può compiersi è quella che non vi è ragione di richiedere per l'accertamento del nesso causale un maggior rigore rispetto a quello ritenuto necessario e sufficiente per la verifica degli altri elementi del reato, quali, ad esempio, il dolo e la colpevolezza¹²⁵.

Si è inoltre individuata in tali pronunce una sorta di "tara d'origine"¹²⁶, poiché esse non chiariscono il rapporto tra il valore probabilistico delle leggi di

¹²³ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", cit., pag. 722.

¹²⁴ In proposito, nel diritto penale della medicina, si assiste a una peculiarità: l'obbligo di impedire l'evento viene infatti ancorato non solo a fonti giuridiche, quali la legge e il contratto, ma anche a una fonte prettamente fattuale rappresentata dall'instaurazione del rapporto diagnostico - terapeutico tra il medico e il paziente. Si ritiene sia dunque sufficiente una visita medica o, addirittura, una semplice consulenza telefonica, perché in capo al medico sorga la posizione di garanzia. Ciò suscita tuttavia forti perplessità alla luce della lettera dell'art. 40 cpv c.p., il quale richiede che l'obbligo fondante la relativa posizione di garanzia sia di natura giuridica. Si veda, Cass. Pen., 12 ottobre (7 dicembre) 2000, Avallone, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 1029-1030.

¹²⁵ F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1314.

¹²⁶ L'espressione, particolarmente pregnante, la si rinviene in C. Piemontese, "Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale. Nota a Cass. Pen., IV, 8 settembre 2000 (9 marzo

copertura ed il valore probabilistico dell'accertamento processuale in generale. Non è del tutto chiaro insomma se, con le espressioni “certezza” o “alto grado di probabilità”, si faccia riferimento al parametro nomologico utilizzato per la spiegazione, e dunque alla struttura del nesso causale, oppure se si sia voluto invece alludere anche alla verifica processuale di questo nesso.

Altro profilo oggetto di discussioni è quello inerente al fatto che, seppur non vi sia stato un esplicito superamento dell'insegnamento tradizionale secondo cui il giudice, nel valutare il nesso causale, può ricorrere non solo a leggi scientifiche universali ma anche a leggi di natura probabilistica, di fatto la richiesta di utilizzare solo leggi statistiche dal valore particolarmente elevato sembrerebbe comportare l'abbandono del modello di spiegazione statistico-induttivo e la sua sostituzione con quello nomologico – deduttivo¹²⁷. Non è un caso che tali sentenze, pur esigendo una verifica del nesso causale sul piano della credibilità razionale dell'ipotesi, di fatto deducono tale probabilità esclusivamente con l'ausilio degli strumenti offerti dalla probabilità statistica e dunque la inferiscono direttamente ed esclusivamente dal coefficiente percentualistico riportato dalla legge di copertura. Si finisce dunque per far coincidere la risoluzione del problema causale con la valutazione della forza esplicativa delle generalizzazioni utilizzate¹²⁸.

Si è inoltre messo in evidenza¹²⁹ che il criterio della certezza comporta una vera e propria antinomia tra il momento precettivo della norma e il momento dell'accertamento fattuale – processuale del nesso causale. Infatti, da un lato, vi è l'obbligo per il medico, titolare di una posizione di garanzia, di adottare le misure cautelari doverose anche se non vi è la certezza che esse impediscano il verificarsi dell'evento lesivo, dall'altro lato, tuttavia, quelle omissioni rimarrebbero prive di

2001), n. 1688, Baltrocchi e Cass. Pen., IV, 29 novembre 2000, n. 2139, Musto, in *Dir. pen. e proc.*, 2002, pag. 322.

¹²⁷ L. Maserà, “Il modello causale delle Sezioni Unite e la causalità omissiva”, in *Dir. pen. e proc.*, 2006, n. 4, pag. 495.

¹²⁸ R. Blaiotta, “Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1178.

¹²⁹ Si veda in proposito F. Angioni, “Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica”, cit.

conseguenze penali proprio perché non vi è la certezza di una loro efficacia impeditiva.

Le riflessioni teoriche appena accennate mostrano tutta la loro rilevanza se si passa ad analizzarne le ripercussioni sul terreno pratico. La domanda che serpeggiava tra gli addetti ai lavori era proprio quella se non fosse eccessivo emettere una sentenza di proscioglimento esclusivamente perché il condizionamento tra condotta ed evento non è garantito da una legge di copertura con un coefficiente percentuale vicino a 100, ma, ad esempio, prossimo al 75 o all' 80 %. E' proprio questo il rischio maggiore che sembra connaturato ad una valutazione in termini di certezza: lasciare impuniti comportamenti anche gravemente colposi del medico, che hanno per di più avuto un'incidenza sull'evoluzione sfavorevole della malattia. In questo modo si supera quel censurabile orientamento ingiustificatamente troppo severo nei confronti dei medici, ma si finisce per legittimare un'opposta eccessiva indulgenza e larghezza valutativa che, come abbiamo ricordato, ha caratterizzato per tanto tempo la giurisprudenza in materia sanitaria¹³⁰.

Non può poi non sottolinearsi l'incongruità del ricorso a modelli basati sulla certezza proprio in ambito medico: proverbialmente, infatti, l'obbligazione che grava sui sanitari viene considerata un'obbligazione di mezzi e non di risultato, proprio perché anche rispetto alla condotta doverosa non vi è quasi mai la certezza che essa possa risolvere positivamente il decorso della malattia. Si sottolinea, infatti, che nel mondo biologico, e soprattutto in quello medico, ci si muove quasi sempre nel campo del possibile e del probabile, tant'è che spesso si è parlato di un "naturale ribellismo" della biologia rispetto ad ogni disciplina matematizzante¹³¹.

Devono dunque essere respinte le idee trionfalistiche di una medicina capace di sconfiggere ogni malattia, mettendosi invece in evidenza che,

¹³⁰ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 728; id. "In tema di causalità e di causalità medica", in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 531; id. "In tema di verifica della causalità omissiva nell'attività medico-chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione. Nota a Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, n. 1688, Baltrocchi, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 179.

¹³¹ M. Barni, "Il rapporto di causalità materiale in medicina legale", Giuffrè, Milano, 1991.

nonostante i progressi e i passi avanti, ancora oggi vi sono una serie di fattori eziologici di processi morbosi del tutto sconosciuti e che quindi, nella maggior parte dei casi, anche nelle diagnosi ci si deve accontentare di giudizi di probabilità e non di certezza. La stessa dottrina medico – legale mette in evidenza che il ragionamento clinico è sempre un ragionamento incerto, e che pertanto l'arte medica è sempre legata all'incertezza e al rischio: la diagnosi, il decorso delle malattie, la loro prognosi, e dunque la stessa verifica causale, sono necessariamente legati a valutazioni probabilistiche.

Se queste sono le caratteristiche della scienza medica è evidente che, con l'adozione del criterio della certezza, la maggior parte dei casi analizzati dalla giurisprudenza negli ultimi decenni si sarebbero conclusi con un giudizio di assoluzione per i medici coinvolti, sacrificandosi così le esigenze repressive del diritto penale e creandosi dei veri e propri vuoti di tutela di beni di primaria importanza, quali la vita e la salute. Paradossalmente poi deve mettersi in luce che i soggetti più bisognosi di cure, ossia i malati gravi e gravissimi, sono quelli che sarebbero meno tutelati dall'ordinamento penale¹³²: infatti, in relazione a patologie complesse, sia sotto il profilo diagnostico che sotto quello terapeutico, quasi mai si sarà in grado di dire che l'intervento doveroso omissivo avrebbe con certezza evitato l'evento.

Per superare tali evidenti lacune non pare neppure del tutto soddisfacente il sistema che era stato delineato nel Progetto Grosso¹³³ in base al quale, proprio per compensare i prevedibili vuoti di tutela determinati dall'accoglimento di un criterio di certezza (o, *rectius*, di *probabilità confinante con la certezza*) nell'accertamento del nesso causale, si erano introdotte delle fattispecie di reati omissivi propri con cui si sottoponevano a sanzione penale i comportamenti omissivi del sanitario in sé e per sé, a prescindere dal verificarsi di un evento lesivo o meglio dalla verifica di una efficienza causale di tale comportamento

¹³² F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", cit.

¹³³ A. Fiori, G. La Monaca, "Una svolta della Cassazione penale: il nesso di causalità materiale nelle condotte mediche omissive deve essere accertato con probabilità vicina alla certezza. Nota a Cass. Pen., IV, 8 settembre 2000 (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi", cit., pag. 829.

rispetto all'evento stesso. Tale soluzione infatti comporta un ulteriore rischio: sottoporre il medico ad una sorta di "libertà vigilata", in cui ogni sua azione finirebbe per essere passata al setaccio in quanto possibile fonte di responsabilità penale¹³⁴. Ciò renderebbe il suo operato ancor più problematico e foriero di implicazioni penali.

La soluzione prospettata dalla IV Sezione nel 2000 ha poi alimentato un'ulteriore censura, peraltro strettamente connessa a quanto messo in evidenza finora: si è infatti sottolineata l'incongruenza tra le affermazioni di principio contenute in tali pronunce e quelle che invece sono le implicazioni pratiche che ne derivano. Infatti se, a livello teorico, tale orientamento giurisprudenziale richiede la certezza, portando come visto alcuni autori ad affermare che con esso si accoglie il modello nomologico – deduttivo, di fatto quando ci si è trovati di fronte a problemi concreti, proprio per le peculiarità della disciplina medica, non si è potuto fare a meno di ricorrere a dati statistici sia pur prossimi a 100. Si può dunque facilmente constatare che si continua ad essere ancorati a criteri di tipo probabilistico, anche se si riducono notevolmente i margini di dubbio tollerabile¹³⁵, e che quindi si ricade nelle problematiche poste da tale metodo, prima fra tutte quella di capire quando una probabilità statistica può effettivamente definirsi prossima a 100. Senza peraltro tacere il fatto che, mancando indicazioni legislative in riferimento al *quantum* rilevante, al giudice si consentirebbe di compiere scelte ampiamente discrezionali che finiscono ancora una volta per mettere in bilico il rispetto di quei principi di legalità, tipicità e tassatività delle fattispecie penali che quest'orientamento mirava a tutelare.

Tutte le osservazioni finora svolte portano a prendere atto della imprescindibile necessità di ricorrere anche a leggi di copertura dai coefficienti percentualistici non prossimi a uno, rientrando in tale tipologia la gran parte delle leggi nel settore medico: questo però non deve indurci a recuperare *in toto* un'idea di nesso causale debole o di causalità *dimidiata*, in nome di esigenze di tutela di beni primari.

¹³⁴ G. F. Iadecola, "In tema di causalità e di causalità medica", cit., pag. 533.

¹³⁵ R. Blaiotta, "La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica. Nota a Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, n. 1688, Baltrochi, cit. pag. 199.

Un'analisi attenta delle sentenze c.d. battistiane, infatti, ha consentito di distinguere due diversi piani di analisi e approfondimento. Si è infatti precisato che del modello di accertamento causale elaborato nel 2000 ciò che non può essere condiviso e approvato è esclusivamente l'individuazione di una sorta di pregiudiziale obbligatoria, ai fini dell'accertamento positivo del nesso causale, rappresentata dalla presenza di una legge statistica dotata di un coefficiente probabilistico prossimo a cento. Del tutto condivisibile è invece il risultato finale del giudizio probabilistico che viene identificato in esiti dotati di probabilità confinanti con la certezza, ossia la c.d. credibilità razionale¹³⁶.

Quel che dunque si vuol mettere in evidenza è che, se è del tutto corretto aspirare ad una spiegazione causale che sia la più certa e attendibile possibile, è invece profondamente errato ritenere che tale certezza processuale possa essere raggiunta solo partendo da una legge con un coefficiente statistico prossimo a uno. Infatti, non può escludersi che, la verifica del fatto concreto nella sua individualità, accompagnata dalla sicura esclusione di fattori causali alternativi, consenta di ottenere un'adeguata spiegazione causale pur tramite l'utilizzo di leggi di copertura dai coefficienti probabilistici non eccellenti.

E' proprio partendo da quest'analisi e da queste considerazioni che le Sezioni Unite elaborano i presupposti concettuali del loro intervento con la sentenza Franzese del 2002.

4. Un'anticipazione della sentenza Franzese: la sentenza Orlando.

Prima però di passare all'analisi di tale pronuncia va evidenziato che essa è stata preceduta, di circa sei mesi nell'udienza e di circa due mesi nel deposito della motivazione, da un'altra pregevole sentenza della IV Sezione, sempre in materia di responsabilità medica¹³⁷.

¹³⁶ Tale tesi è stata sostenuta con lucidità e convinzione da G. F. Iadecola anche nelle note di udienza alla sentenza Franzese (vd. in *Riv. pen.*, 2003, pag. 250, e in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3643 – 3661) e in una serie di altri contributi. Si vedano tra gli altri, “La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese”, cit., pag. 726.

¹³⁷; P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 275 e ss.

Veniva tratto a giudizio il dott. Orlando, primario presso il reparto di medicina interna, per rispondere dell'omicidio colposo di una sua paziente a cui non aveva diagnosticato un tumore intestinale. La mancata diagnosi impediva al medico di adottare i più opportuni interventi chirurgici – terapeutici e ciò contribuiva, secondo l'accusa, a cagionare la morte della donna, o perlomeno a diminuirne la sopravvivenza per un periodo di tempo significativo¹³⁸.

I giudizi di merito si concludevano entrambi con la condanna del medico, che in appello otteneva esclusivamente una riduzione della pena: l'imputato proponeva pertanto ricorso per Cassazione. Al di là di alcune questioni di tipo procedurale, il ricorso si fondava principalmente sull'asserita mancanza del nesso di causalità tra la condotta colposa e l'evento, posto che, secondo la difesa dell'Orlando, la morte non era stata conseguenza di una sua omissione ma di un successivo intervento chirurgico effettuato da altri medici.

La IV Sezione si trova così ancora una volta a dover affrontare il problema dell'accertamento del nesso causale tra condotta medica ed evento lesivo, constatando, una volta di più, che la soluzione di tale profilo problematico può essere decisiva al fine di determinare la condanna o l'assoluzione del sanitario.

Il primo snodo fondamentale di tale sentenza è la presa d'atto che il problema causale si risolve in definitiva in un problema di tipo prettamente processuale, relativo ai criteri di valutazione della prova; di conseguenza, si crea un'anomala commistione tra i problemi legati all'esistenza stessa degli elementi costitutivi del reato, nel caso di specie il nesso causale, e quelli relativi invece alla prova della loro esistenza¹³⁹.

¹³⁸ Cass. Pen., IV, 23 gennaio (10 giugno) 2002, n. 22568, Orlando, in *Foro it.*, 2002, II, pag. 420 - 433, con nota di G. Fiandaca; in *Riv. Pen.*, n. 5/2005 o 2002, pag. 641 671; in *Guida al diritto*, n. 37, 2002, pag. 75-76; in *Guida al diritto*, n. 39, 2002, pag. 91-105, con nota di G. Amato, "Per l'attribuzione della colpa professionale considerati gli elementi del caso concreto"; in *Studium Iuris*, 2003, pag. 254-255; in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 - 49 con nota di F. Stella, "Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)".

¹³⁹ O. Di Giovine, "La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite", in *Foro It.*, 2002, II, pag. 609.

Ma l'interesse della sentenza Orlando deriva principalmente dal fatto che, con essa, la Cassazione afferma esplicitamente di dissentire da entrambe le impostazioni tradizionali della giurisprudenza in materia, mettendone peraltro in mostra quelli che ne sono i profili critico – problematici cui abbiamo accennato nei paragrafi precedenti. Per la IV Sezione la necessità di una “terza via” si impone per superare i rischi che stanno alla base delle due opzioni interpretative più volte richiamate: da un lato, il rischio di una colpevolizzazione generalizzata, dall'altro quello di consentire una sorta di impunità per l'intera classe medica, con i conseguenti problemi in chiave di repressione penale¹⁴⁰. Il punto critico comune a entrambi gli orientamenti giurisprudenziali viene individuato nel mero riferimento al concetto di “probabilità statistica”, ossia nell'applicazione di un semplice criterio percentualistico, sia pur fondato su un *quantum* decisamente divergente. I giudici sottolineano che, considerando le esigenze del diritto penale, si tratta di un criterio valutativo comunque insufficiente: “non v'è giudice che condannerebbe una persona affermando che è probabile che la medesima abbia commesso il reato ma parimenti nessuna sentenza di assoluzione potrebbe fondarsi sull'affermazione che non si è raggiunta la prova della colpevolezza in termini di certezza assoluta”.

Proprio queste considerazioni portano a superare il criterio della probabilità statistica per abbracciare il nuovo concetto di “probabilità logica” che implica un giudizio complessivo in cui, pur partendo dalle leggi statistiche, si deve poi procedere alla verifica aggiuntiva della credibilità della legge di copertura nel caso concreto, per giungere ad un giudizio di “elevata credibilità razionale”. In questo modo le leggi statistiche, che in precedenza erano l'unico elemento considerato, e che pertanto erano assolutamente decisive, diventano solo uno degli elementi presi in considerazione nel giudizio, insieme a tutte le altre emergenze del caso concreto. Proprio per mettere in evidenza la profonda distinzione tra probabilità statistica e probabilità logica, vengono fatti alcuni esempi. Si ipotizza, tra gli altri, il caso di un intervento chirurgico che è stato

¹⁴⁰ G. Amato, “Per l'attribuzione della colpa professionale considerati gli elementi del caso concreto”, cit., pag. 104.

risolutivo ed efficace nel 100 % dei casi in cui è stato effettuato per contrastare una determinata patologia; se ci si limitasse ad un'analisi in termini di probabilità statistica, il medico che avesse ommesso tale intervento dovrebbe essere senza dubbio condannato. Se però si fa una verifica aggiuntiva e si considera che i casi esaminati dalla legge di copertura riguardavano atleti nel pieno della loro forma fisica, mentre il caso specifico riguarda un anziano in pessime condizioni di salute, si giungerà ad una sentenza profondamente differente.

Conseguenza importante di tale metodo di accertamento è quella di comportare l'abbandono del metodo deduttivo in favore di una ricerca induttiva: non si può, dunque, ricavare deduttivamente l'esistenza del rapporto di causalità da una legge scientifica, persino se di carattere universale. Sarà infatti sempre necessario ricorrere al metodo induttivo, di talché i criteri statistici finiscono per essere comunque strumentali rispetto ad una ulteriore verifica imperniata sulle caratteristiche del caso concreto, che potrebbero minare, in un senso o nell'altro, il valore di credibilità della legge di copertura. Entrano così in gioco tutte le valutazioni inerenti all'età, al sesso, alle condizioni generali del paziente, alla presenza di eventuali e ulteriori processi morbosi interagenti, alla sensibilità verso determinati componenti farmacologici, a tutti gli altri elementi concretamente presenti.

I giudici di legittimità scandiscono quindi, con chiarezza e linearità, il percorso che i giudici di merito devono seguire per ritenere accertato il nesso di condizionamento in tema di responsabilità professionale medica, precisando che il punto di arrivo è rappresentato non dalla mera probabilità o da un'irrealistica certezza, ma da un "alto grado di conferma o credibilità razionale". Ed è proprio tale credibilità razionale, che non deriva sempre e soltanto dall'elevato coefficiente statistico di probabilità (proprio perché il coefficiente di probabilità statistica deve cedere il passo a quello di probabilità logica), che potrà portare ad affermare che l'evento specifico, verificatosi *hic et nunc*, è causalmente ricollegato alla condotta del soggetto agente al di là di ogni ragionevole dubbio.

I giudici della IV Sezione rigettano il ricorso del dott. Orlando, ritenendo che nel giudizio di merito la decisione sia stata assunta seguendo, sia pur

inconsapevolmente, proprio tale percorso argomentativo. Si fa infatti riferimento, anzitutto, ad una legge statistica in base alla quale un intervento corretto e tempestivo per quella tipologia tumorale comporta la sopravvivenza del paziente da tre a cinque anni in una percentuale di casi superiore al 50%. Viene poi presa in considerazione una peculiarità del caso concreto, ossia il fatto che la paziente sia sopravvissuta per nove mesi dopo l'intervento chirurgico, nonostante le metastasi si fossero diffuse in modo molto rapido nei mesi immediatamente precedenti l'intervento. Tutti questi elementi portano ad affermare che una diagnosi ed un trattamento medico tempestivi, avrebbero garantito alla paziente un prolungamento della propria vita da tre a cinque anni, determinando dunque un evento – morte del tutto differente da quello concretamente verificatosi, sotto i profili dell'*hic, nunc et quomodo*.¹⁴¹

Il fondamento teorico – dogmatico dell'impostazione seguita dalla sentenza Orlando viene individuato negli studi di Federico Stella, a cui la pronuncia fa più volte espressamente riferimento. Non può sfuggire il fatto che anche le sentenze battistiane del 2000 avevano richiamato i contributi dello stesso illustre giurista. Deve dunque rilevarsi che Stella nel corso degli anni ha modificato la propria impostazione e il proprio approccio al problema causale, tant'è che oggi si parla del “primo” Stella e del “secondo” Stella. Se, dunque, le sentenze del 2000 si rifacevano alle sue elaborazioni più recenti della teoria causale, secondo cui una spiegazione adeguata del nesso di condizionamento presuppone una legge statistica con un coefficiente percentualistico vicino a 100, la sentenza Orlando ripudia le versioni più recenti e accorda la propria preferenza a quelle più risalenti. Si parte dalla constatazione che Stella, in una delle sue opere più importanti¹⁴², pone la soluzione del problema causale non in termini di certezza, o di prossimità alla certezza, ma in termini di “alto grado di conferma o di credibilità”, ossia di credibilità razionale. Egli precisa, inoltre, che tale requisito dell'alto grado di conferma o credibilità “può considerarsi soddisfatto in tutte le ipotesi in cui il giudice, dopo aver enunciato le leggi *universali* o *statistiche*

¹⁴² F. Stella, “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, Giuffrè, Milano, 1975, pag. 316 e ss.

pertinenti...abbia accertato che si sono verificate le <relative> condizioni iniziali, sempreché, sulla base della <evidenza> disponibile, risulti improbabile (= poco credibile) che l'evento si sia realizzato per l'intervento di <altri> processi causali (ai quali sia estraneo il comportamento dell'agente)"¹⁴³.

Nonostante i frequenti richiami alle sue elaborazioni teoriche la sentenza Orlando ha suscitato aspre critiche proprio da parte di Federico Stella¹⁴⁴ che ha sostenuto che, con tale pronuncia, si sia di fatto abbandonato quel modello della sussunzione sotto leggi scientifiche che, a partire dalla sentenza sul disastro di Stava del 1990, aveva rappresentato il faro per tutta la giurisprudenza in materia causale.

Il punto di rottura viene individuato in quella parte della sentenza in cui si afferma che spesso non esistono leggi scientifiche, universali o statistiche, che siano idonee a sussumere il caso concreto che il giudice deve decidere, o che, a volte, quelle stesse leggi, sulla base di successive ricerche, si rivelano false. In tali ipotesi il giudice è quindi costretto a fare ricorso a regole di razionalità empirica, o addirittura a massime di esperienza generalmente riconosciute. Erronea dunque sarebbe, per la Cassazione, quella cieca fiducia, influenzata dall'impostazione neopositivistica, che si ripone nella scienza e nella ricerca scientifica.

Stella sottolinea che, con questi presupposti, si fanno rivivere concezioni ormai superate della causalità, basate essenzialmente sul fiuto e sull'intuizione del giudice, come quando ancora si escludeva che tra i compiti del giudice vi fosse quello di individuare la spiegazione causale dell'evento sulla base di leggi scientifiche, ammettendosi invece che i nessi tra i singoli eventi concreti potessero essere interpretati esclusivamente sulla base di valutazioni e apprezzamenti soggettivi. La *ratio* della scelta compiuta nella sentenza Orlando viene individuata dallo studioso nel timore che un imprescindibile ricorso a leggi scientifiche limiti, di fatto, le possibilità di punire e sanzionare comportamenti anche gravemente colposi dei medici. Insomma, ci si vorrebbe liberare della scienza e dei suoi lacci

¹⁴³ *Ibidem*

¹⁴⁴ F. Stella, "Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 - 49.

per ragioni di politica criminale, per evitare troppe assoluzioni, e per far ciò si tornerebbe al vecchio, libero, intimo convincimento del giudice, che consentirebbe di aggirare ogni difficoltà probatoria.

Tale intrinseca fallacia della sentenza Orlando, secondo Stella, si ripercuote e vizia di irrazionalità anche gli ulteriori aspetti della pronuncia. Ad esempio, lo stesso richiamo al concetto di probabilità logica, del tutto apprezzabile, finisce per essere improprio: infatti la probabilità logica, anziché essere intesa come grado di conferma di un'ipotesi scientifica o di un enunciato causale derivante dal grado di sostegno nomologico disponibile, assume un contenuto autonomo del tutto disancorato dal sapere scientifico. Criticabili sono anche gli esempi che vengono fatti al fine di distinguere il concetto di probabilità logica da quello di probabilità statistica. Riprendendo il caso dell'intervento chirurgico prima citato, Stella sottolinea come esso sia nient'altro che il frutto di un errore nell'applicazione del modello della sussunzione. Col termine sussunzione si indica infatti quel procedimento logico col quale si riconducono degli antecedenti concreti al tipo di antecedente astratto previsto dalla legge di copertura: si procede dunque ad una concretizzazione della legge scientifica astratta nel caso singolo. E' del tutto evidente come, nel caso citato, ci sia stato però un errore nella scelta della legge di copertura, posto che essa non contemplava il caso della persona anziana e in precarie condizioni di salute, ma solo quello del giovane atleta; la scienza è però una fonte inesauribile di leggi di copertura, che consentono di spiegare anche gli eventi lesivi che si verificano in persone molto anziane o colpite da differenti patologie, si tratta solo di scegliere quella che è la legge più opportuna e calzante rispetto alla fattispecie concreta.

Un altro appunto mosso da Stella alla sentenza Orlando è quello relativo alla riconosciuta possibilità per il giudice, in mancanza di leggi scientifiche, di ricorrere alle massime d'esperienza. In particolare, ciò che si contesta non è tanto l'astratta possibilità di ricorrere a tali massime, quanto la mancata precisazione che possono essere utilizzate non tutte le massime d'esperienza, ma solo quelle che siano dotate di un fondamento scientifico.

5. La sentenza Franzese: ruolo storico.

A comporre la frattura creatasi all'interno della IV Sezione della Corte di Cassazione a partire dalle sentenze battistiane del 2000, sono intervenute, come anticipato, le Sezioni Unite con la decisione adottata nell'udienza pubblica del 10 luglio 2002 e depositata l'11 settembre dello stesso anno, che ha rappresentato un momento di svolta nel dibattito in tema di causalità medica omissiva, Benché la sentenza sia ormai considerata un'autentica "pietra miliare" non solo in tema di responsabilità professionale, ma, più in generale, per l'intero ambito applicativo della causalità omissiva¹⁴⁵, non può comunque tacersi il fatto che essa non rappresenti comunque un punto di non ritorno¹⁴⁶. Come vedremo più avanti, infatti, non sono mancate le critiche ad alcuni dei principi sanciti nella pronuncia, e il fervore che ancora oggi anima gli studiosi che si occupano della materia, sta a dimostrare che la sentenza pur rappresentando indubbiamente un momento importante per il dibattito, non ha però consentito di scrivere la parola fine¹⁴⁷.

Premesse queste considerazioni può comunque affermarsi, senza paura di smentita, che la decisione ha finalmente chiarito alcuni equivoci che si annidavano nelle decisioni finora analizzate¹⁴⁸, contribuendo in modo decisivo anche all'attuazione di quei grandi principi costituzionali, posti alla base di ogni democrazia, che in alcuni casi sono stati piegati ora per esigenze di tutela delle vittime, ora per esigenze di tutela dell'imputato¹⁴⁹.

La rilevanza storica della pronuncia può ben percepirsi anche nel nuovo ruolo che viene assegnato al giudice di merito, che non è più chiamato ad una mera applicazione in chiave deduttiva delle leggi statistiche o delle massime

¹⁴⁵Tra gli altri si vedano G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 732; A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", in *L'Indice Penale*, n. 1/2005, pag. 102.

¹⁴⁶G. Fiandaca, "Nota a Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 (29 maggio 2002), Cefis ed altri", in *Foro it.*, 2003, pag. 151.

¹⁴⁷C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2610.

¹⁴⁸Ibidem, pag. 2610.

¹⁴⁹F. Stella, "Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi.", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1234.

d'esperienza, essendo invece obbligato ad addentrarsi nell'analisi delle peculiarità del caso concreto, facendosi guidare dal sapere scientifico disponibile¹⁵⁰.

6. Segue: il fatto storico oggetto della sentenza.

Per capire fino in fondo i principi di diritto enunciati nella sentenza, non si può prescindere dall'analisi dei fatti storici che hanno dato origine alla vicenda¹⁵¹.

Il 4 aprile 1993 Pasquale Castellone veniva ricoverato presso il reparto di chirurgia d'urgenza dell'ospedale Cardarelli a causa di forti dolori addominali e, il giorno seguente, veniva sottoposto ad un intervento chirurgico che evidenziava la presenza di un'infezione da perforazione dell'ileo lenticolare. Trattandosi di un'infezione non comune e visti i preoccupanti risultati di alcuni esami (che evidenziano, tra l'altro, una marcata neutropenia), veniva sottoposto a terapia antibiotica a largo spettro e trasferito, il 9 aprile, presso la divisione di Chirurgia, diretta dal dott. Franzese. Il paziente iniziava a sfebbrare il 12 aprile e, due giorni dopo, il dott. Franzese sospendeva la terapia antibiotica. Nonostante la persistente presenza di una gravissima neutropenia (evidenziata dall'emocromo), il dott. Franzese decideva di dimettere comunque il paziente, considerato ormai in via di guarigione. Il Castellone, tuttavia, veniva nuovamente ricoverato il 20 aprile e, nonostante due interventi chirurgici, il 22 dello stesso mese moriva a causa di una sepsi addominale da *clostridium septicus*.

In primo grado il Pretore di Napoli condannava il dott. Franzese per omicidio colposo. Il giudice di prime cure riteneva che il dott. Franzese, per negligenza e imperizia, avesse omesso la corretta diagnosi, sottovalutando i risultati degli esami diagnostici e autorizzando la dimissione del paziente, senza disporre le più appropriate cure. In particolare affermava che l'immediato

¹⁵⁰ R. Blaiotta, "Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza", in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1176 e ss.

¹⁵¹ La sentenza delle Sezioni Unite è riportata per esteso in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 1133- 1144; in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3643 – 3661 con note di udienza del p.m. Iadecola; in *Riv. pen.*, 2002, pag. 885 ss con nota di udienza del p.m. Iadecola; in *Foro it.*, 2002, II, pag. 601 e ss.; in *Riv. It. med. leg.*, 2002.

antecedente causale dell'aggressione del *clostridium* andava individuato nella grave neutropenia. Se pertanto "le cause della neutropenia e del conseguente, grave, stato allergico da immunodepressione fossero stati correttamente diagnosticati...e se l'allarmante granulocitopenia fosse stata curata con terapie mirate alla copertura degli anaerobi a livello intestinale fino a far risalire i valori dei neutrofili al di sopra della soglia minima delle difese immunitarie, si sarebbe evitata la progressiva evoluzione della patologia infettiva letale da <*clostridium septicum*> e si sarebbe pervenuti ad un esito favorevole <con alto grado di probabilità logica o credibilità razionale>."

La decisione di primo grado veniva confermata dalla sentenza della Corte d'Appello di Napoli in cui si affermava che la diagnosi e le cure omesse avrebbero aumentato le probabilità di sopravvivenza del Castellone¹⁵².

All'esito della condanna la difesa del Franzese propone ricorso per Cassazione. Al di là di alcune censure di carattere meramente processuale, col ricorso si lamenta principalmente la violazione di legge e la mancanza di motivazione in ordine all'effettivo rilievo eziologico delle omissioni a lui addebitate rispetto alla morte del paziente.

La IV Sezione della Corte di Cassazione, investita del ricorso, prende anzitutto atto del fatto che il reato è estinto per prescrizione, così come eccepito in una memoria difensiva successiva al ricorso principale. Tuttavia, alla luce del radicale contrasto interpretativo in ordine alla ricostruzione del nesso causale tra condotta omissiva ed evento, con particolare riguardo alla materia della responsabilità professionale del medico, e considerata la persistente rilevanza di tale questione nel caso concreto, in relazione agli effetti civili che la sentenza di condanna è in grado di produrre, si decide di rimettere comunque la questione all'attenzione delle Sezioni Unite.

¹⁵² Anche se il richiamo alla sentenza d'appello è alquanto stringato si può comunque notare che i giudici di secondo grado hanno motivato sul nesso causale con argomentazioni differenti rispetto a quelle adottate dal Pretore. Infatti il richiamo ad un aumento delle probabilità di sopravvivenza del Castellone, se non vi fosse stata alcuna omissione da parte del dott. Franzese, rende evidente che i giudici si sono ispirati e orientati ai paradigmi della teoria dell'aumento del rischio.

E' così che si creavano i presupposti per l'elaborazione della sentenza Franzese, frutto non solo dell'abilità dei giudici, ma anche di quella del Procuratore Generale Gianfranco Iadecola¹⁵³. La Corte infatti condivide, in tutto e per tutto, le posizioni assunte dal Procuratore nelle note di udienza, note che per la ricchezza di contenuti e la chiarezza dell'esposizione rappresentano un contributo essenziale per la comprensione e per la futura applicazione della decisione stessa¹⁵⁴.

7. La “*pars destruens*” della sentenza Franzese.

I giudici delle Sezioni Unite, tratteggiate le linee generali della questione da risolvere, si soffermano anzitutto sul concetto di causalità, così come espresso dall'art. 40 c.p., nonché sui concetti di “omissione” e di “reato omissivo improprio”. Richiamano dunque il contrasto giurisprudenziale sorto in materia all'interno della IV Sezione, delineando i due orientamenti principali, ossia quello tradizionale e maggioritario delle “serie ed apprezzabili probabilità di successo”, e quello più recente per il quale è richiesta la prova che il comportamento alternativo dell'agente avrebbe impedito l'evento lesivo con un elevato grado di probabilità “prossimo alla certezza”, e cioè in una percentuale di casi “quasi prossima a cento”.

Fatte queste premesse, le Sezioni Unite sembrano prendere le distanze da entrambi gli indirizzi giurisprudenziali citati, adottando una posizione che può definirsi mediana¹⁵⁵.

¹⁵³ A. Fiori, G. La Monaca, G. Albertacci, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili” in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1617.

¹⁵⁴ Per leggere le note del procuratore generale si vedano: *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3643 – 3661; *Foro it.*, 2002, II, pag. 601 e ss.; *Riv. Pen.*, 2003, pag. 247-252.

¹⁵⁵ Si veda, tra gli altri, F. Angioni, “Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica”, in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1318, il quale sottolinea che seppure la pronuncia si sia allontanata dagli opposti estremismi dei due precedenti orientamenti, non può per ora affermarsi che la posizione raggiunta sia anche “mediatrice”, considerata l'estrema frammentarietà e diversità di giudizi espressi dai più autorevoli studiosi sulla portata della decisione stessa; M. Macri, “Responsabilità medica: unico criterio metodologico processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi”, in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 109; O. Di Giovine, “La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite”, in *Foro It.*, 2002, II, pag. 610, che parla di una

Le critiche mosse ai due orientamenti precedenti ricalcano essenzialmente i dubbi già espressi dalla più autorevole dottrina in merito alle posizioni giurisprudenziali che si sono susseguite a partire dalla sentenza Melis del 1983, per arrivare al differente orientamento delle sentenze Baltrocchi, Musto e Di Cintio, del 2000. Se infatti ci si rende conto che è del tutto utopistico ragionare in termini di “certezza assoluta”, è d’altra parte evidente che la spiegazione di un evento non può essere ritenuta soddisfacente sulla base di giudizi meramente probabilistici¹⁵⁶.

In proposito, ancor più chiare di quanto stringatamente espresso dalla sentenza, sono le note del Procuratore Generale Iadecola, il quale si sofferma in un’analisi puntuale e precisa dei pro e contro dei due orientamenti¹⁵⁷.

In particolare, per quanto attiene alla posizione giurisprudenziale più recente, egli mostra di condividere il “risultato finale” che si deve raggiungere al termine del giudizio probabilistico, ossia il fatto che deve ragionarsi in termini di “probabilità confinante con la certezza” ovvero di “elevati gradi di credibilità razionale”. Tuttavia esclude che tale certezza implichi, quale presupposto necessario, il ricorso a una legge universale o ad una legge statistica dotata di un coefficiente percentualistico prossimo ad 1, cioè alla certezza. Una posizione tanto rigida potrebbe, infatti, in un settore quale quello medico, caratterizzato dall’assenza di leggi di copertura dotate di alti parametri, creare degli inammissibili vuoti di tutela, favorendo lo sviluppo di posizioni eccessivamente indulgenti nei confronti della classe medica e finendo per frustrare gli scopi preventivo – repressivi del diritto penale¹⁵⁸.

soluzione che solo in apparenza può definirsi compromissoria.

¹⁵⁶ T. Massa, “Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità”, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3663.

¹⁵⁷ Si vedano le note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 249 e ss.

¹⁵⁸ A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l’esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1617.

D'altro canto si sottolinea che non può condividersi neppure l'orientamento tradizionale e maggioritario¹⁵⁹ che, sulla base di argomentazioni di tipo prettamente ideologico, ossia facendo riferimento al valore dei beni in gioco, quali la vita umana e la salute, di fatto ha comportato una vera e propria volatilizzazione del nesso causale, con il conseguente abbandono dello schema causale - condizionalistico, in favore del criterio dell'aumento o della mancata diminuzione del rischio¹⁶⁰. Spesso infatti con la formula delle serie ed apprezzabili probabilità, si sono espressi dei coefficienti del tutto indeterminati, rispetto ai quali si è già messo in evidenza l'enorme rischio di una sistematica violazione dei principi di legalità e tassatività della fattispecie, nonché del principio di colpevolezza¹⁶¹.

Indicate quindi sistematicamente, in quella che è stata definita la c.d. *pars destruens* della Franzese, le ragioni per le quali non si possono accogliere *in toto* gli indirizzi giurisprudenziali elaborati fino a quel momento, si può passare all'analisi della c.d. *pars construens*¹⁶² della decisione, ossia di quella parte della sentenza in cui le Sezioni Unite elaborano i criteri ritenuti più opportuni per la ricostruzione del nesso causale tra omissione ed evento lesivo.

8. L'accoglimento della teoria condizionalistica e il ripudio del criterio dell'aumento del rischio.

L'analisi delle Sezioni Unite si sofferma anzitutto sul concetto sostanziale di <causa> e di <causalità>. Assai opportunamente con tale indagine non si vuole però assolvere al compito di ricostruire dei concetti a tutto tondo, poiché le implicazioni scientifiche e filosofiche in gioco renderebbero tale compito del tutto arduo e impossibile da soddisfare nello spazio della motivazione

¹⁵⁹ M. T. Trapasso, "Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all'accertamento", in *Ind. Pen.*, 2003, pag. 1227.

¹⁶⁰ Come già accennato precedentemente), in base a tale teoria, nei reati omissivi impropri l'imputazione oggettiva dell'evento sarebbe già giustificata dal fatto che il compimento dell'azione doverosa omessa avrebbe aumentato le probabilità di salvezza del bene giuridico tutelato.

¹⁶¹ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 733.

¹⁶² Le due espressioni *pars destruens* e *pars construens*, sono state coniate da P. Veneziani. Si veda "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 273.

di una sentenza. Più correttamente si è invece cercato di orientare l'analisi secondo quelli che sono gli scopi stessi della ricerca, e dunque, prendendo come punto di partenza gli artt. 40 e 41 c.p., si sono delineati i caratteri del concetto di causa penalmente rilevante e di causalità giuridica *tout court*, pur non mancando riferimenti al problema della causalità in generale¹⁶³.

Il primo punto fermo della sentenza è rappresentato dall'accoglimento della teoria condizionalistica o della equivalenza delle cause, come unico criterio idoneo a consentire l'imputazione oggettiva dell'evento lesivo al soggetto agente¹⁶⁴, criterio peraltro diffuso non solo nella quasi generalità dei sistemi giuridici europei (c.d. *condicio sine qua non*), ma anche nei Paesi anglosassoni (c. d. causa *but for*)¹⁶⁵. In ciò le Sezioni Unite si collocano in linea con l'interpretazione tradizionale degli artt. 40 e 41 del codice penale, secondo cui causa penalmente rilevante è quella “condotta umana, attiva o omissiva, che si pone come condizione <necessaria>...nella catena degli antecedenti che hanno concorso a produrre il risultato, senza la quale l'evento da cui dipende l'esistenza del reato non si sarebbe verificato”.

In linea poi con quanto già sancito dalla Corte di Cassazione nella celebre sentenza sul disastro di Stava¹⁶⁶, le Sezioni Unite ribadiscono che il giudizio controfattuale, indispensabile per stabilire se la condotta umana è stata o meno condizione necessaria dell'evento, non va effettuato sulla base della libera convinzione del giudice o della sua intuizione, essendo invece necessaria la “sussunzione del singolo evento, opportunamente ri-descritto nelle sue modalità

¹⁶³ T. Massa, “Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese,” in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3661 e pag. 3666.

¹⁶⁴ P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, cit., pag. 270; A. R. Di Landro, “L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale”, in *L'Indice Penale*, n. 1/2005, pag. 104; O. Di Giovine, “La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite”, in *Foro It.*, 2002, II, pag. 610; M. T. Trapasso, “Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all'accertamento”, cit., pag. 1226; G. F. Iadecola, “La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 733.

¹⁶⁵ F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 767.

¹⁶⁶ Cass. Pen., IV, 6 dicembre 1990, Bonetti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2726, n. 1411 e in *Foro It.* 1992, II, pag. 36.

tipiche e ripetibili, sotto «leggi scientifiche» esplicative dei fenomeni». Solo in questo modo, infatti, si ritiene possa essere scongiurato il rischio che il richiamo alla *condicio sine qua non* si risolva in un ossequio puramente formale degli artt. 40 e 41 c.p., dando luogo invece a continui arbitri da parte del potere giudiziario¹⁶⁷. Non è un caso dunque che lo schema condizionalistico, integrato dal criterio di sussunzione sotto leggi scientifiche, continui ad essere seguito dalla prevalente scienza penalistica, come testimoniato, ad esempio, dai più recenti progetti di riforma del Codice Penale¹⁶⁸. Di tale criterio, infatti, non si può far a meno, anzitutto per la sua portata tipizzante, che garantisce il rispetto dei principi costituzionali di legalità e tassatività delle fonti della responsabilità penale e del principio di responsabilità penale per fatto proprio colpevole. Inoltre, nell'ambito delle fattispecie causalmente orientate, la teoria dell'equivalenza delle cause consente di selezionare tra le condotte quelle che sono penalmente rilevanti, fungendo così da criterio di delimitazione dell'area dell'illecito penale¹⁶⁹.

L'adesione così netta al modello condizionalistico e il riconoscimento del ruolo svolto dal concetto di *condizione necessaria*, consentono di dedurre un'implicita critica ad ogni tentativo di sostituzione di tale concetto con quello di *condizione idonea*, individuabile con un giudizio *ex ante*¹⁷⁰. Quest'ultima

¹⁶⁷ F. Stella, «Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione», cit., pag. 772.

¹⁶⁸ Si veda, in proposito, non solo l'art. 10 dello Schema Pagliaro del 1992, ma soprattutto i già citati artt. 13 e 14 del Progetto Grosso (2001) di riforma della parte generale del codice penale; M. Macrì, «Responsabilità medica: unico criterio metodologico processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi», cit., pag. 110.

¹⁶⁹ Una posizione del tutto differente è quella sostenuta da E. Di Salvo, in «Nesso di causalità e giudizio controfattuale», in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 3798 – 3816. L'autore infatti sostiene che i presupposti teorico – concettuali sui quali si fonda la teoria condizionalistica sono ormai stati superati dal più moderno pensiero filosofico e scientifico. Pertanto egli non condivide la posizione delle Sezioni Unite secondo cui, lo schema condizionalistico integrato dalla sussunzione sotto leggi scientifiche, possa assolvere alla funzione di selezionare le condotte penalmente rilevanti, delimitando così l'area dell'illecito penale. Infatti tale teoria, secondo il Di Salvo, porterebbe ad «estendere l'area della rilevanza penale a condotte di modesta efficacia eziologica e di contenuto disvalore etico-sociale, solo perché si configurano come antecedenti necessari e l'evento non può, rispetto ad esse, giungere ad essere considerato eccezionale. E viceversa ad espungere dalla sfera dell'illiceità penale condotte di pesante incidenza eziologica e di rilevante disvalore etico-sociale, laddove non sia ontologicamente possibile pervenire alla certezza dell'efficacia del comportamento alternativo lecito».

¹⁷⁰ A. R. Di Landro, «L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico

concezione si è diffusa soprattutto nell'ambito della medicina legale, ed è frutto di quella che Stella definisce una vera e propria "tara d'origine" della medicina legale, dovuta all'impostazione data dal Cazzaniga al problema causale. Quest'ultimo era fautore dell'assoluta autonomia del concetto di "causa" nell'ambito medico-legale, e in virtù di tale autonomia rifiutava l'utilizzo della concezione condizionalistica, identificando invece la causalità con l'idoneità in generale a modificare uno stato preesistente, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo. E' del tutto evidente che, in questo modo, tramite l'opera dei medici legali, un concetto di causalità del tutto differente da quello condizionalistico, finiva per fare il suo ingresso nel processo penale. Per la verità, anche prima dell'intervento delle Sezioni Unite, questo problema si era alquanto ridimensionato, poiché i più autorevoli studiosi di medicina legale, ricordiamo tra gli altri Fiori e Barni, hanno preso atto del fatto che la medicina legale, essendo appunto "legale", è diretta ad operare una costruzione giuridica della scienza medica, in cui non si può prescindere dai criteri fissati dall'ordinamento giuridico, e dunque dal concetto stesso di "condizione necessaria" al verificarsi dell'evento¹⁷¹.

Molto più esplicito e rilevante, soprattutto sotto un profilo pratico, è il netto rifiuto espresso dalle Sezioni Unite alla possibilità di ricorrere al criterio dell'aumento o della mancata diminuzione del rischio¹⁷². Come abbiamo messo in evidenza già nel primo capitolo il criterio giurisprudenziale delle "serie ed apprezzabili probabilità di successo", se formalmente richiamava la teoria condizionalistica, di fatto finiva per abbandonarla e sostituirla col criterio strutturalmente diverso dell'imputazione oggettiva, sotto la forma del paradigma dell'aumento del rischio. Si finiva così per parlare di condizione necessaria non

legale", cit., pag. 104 e ss; F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", cit., pag. 773.

¹⁷¹A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", cit., pag. 107; F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", cit., pag. 775.

¹⁷²P. Veneziani, "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", cit., pag. 270; F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1318.

tanto dell'evento lesivo, quanto dell'aumento o della mancata diminuzione del rischio, con la conseguenza ulteriore di far regredire l'evento morte o lesione a mera condizione obiettiva di punibilità e di trasformare surrettiziamente i reati di danno in reati di pericolo¹⁷³.

L'argomento teorico posto a giustificazione di tali posizioni era quello della diversità strutturale tra azione ed omissione e, di conseguenza, tra causalità attiva e causalità omissiva. Le Sezioni Unite, invece, sottolineano che, anche in ambito di causalità attiva, è necessario ricorrere a giudizi controfattuali ipotetici, pertanto lo statuto logico per l'imputazione oggettiva dell'evento resta sempre quello del "condizionale controfattuale". Proprio tale identità implica il superamento di quelle posizioni in base alle quali ad un giudizio ipotetico, in caso di omissione, si deve contrapporre un giudizio reale, in caso di azione, e dunque viene meno il presupposto che giustificava l'abbandono del paradigma condizionalistico in caso di condotta omissiva¹⁷⁴.

Le Sezioni Unite mettono in guardia anche dall'errore, spesso compiuto dalla giurisprudenza, di confondere la componente omissiva dei reati colposi con l'omissione vera e propria e di qualificare così come omissioni delle condotte commissive colpose. Emerge anche il dubbio che, in passato, in alcuni casi, tale confusione possa essere stata dettata proprio dalla diversità di accertamento della causalità omissiva: infatti i giudici subivano la tentazione di qualificare come omissiva la condotta proprio perché ciò rendeva meno difficile il raggiungimento della prova della sussistenza del nesso causale.

Tutti questi dubbi sono stati comunque spazzati via dalla Franzese, in cui con chiarezza si sostiene che, ai fini dell'accertamento del nesso causale, a prescindere dalla diversità che connota azione ed omissione, vi è un unico criterio metodologico da seguire, rappresentato proprio dalla teoria condizionalistica integrata dalla sussunzione sotto leggi scientifiche¹⁷⁵.

¹⁷³ O. Di Giovine, "La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite", cit., pag. 610.

¹⁷⁴ T. Massa, "Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità", in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3663 e ss.

¹⁷⁵ Note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 248 e ss.

Con tale pronuncia Stella ritiene sia stato lanciato ai giudici italiani un chiaro monito: “Voi non potete più - - tentare una inammissibile opera di flessibilizzazione dello schema classico del diritto penale d’evento, proprio degli ordinamenti democratici, attraverso l’espedito della sostituzione della condizione necessaria dell’evento con la condizione dell’aumento o della mancata diminuzione del rischio, della condizione necessaria dell’evento con la condizione idonea”¹⁷⁶.

9. L’accertamento processuale del nesso causale: alto grado di credibilità razionale e certezza processuale.

Partendo da tale concetto di causa penalmente rilevante, le Sezioni Unite constatano che il vero *punctum dolens* del problema causale non sta tanto nella definizione di tale nozione secondo il modello condizionalistico, quanto nella sua concreta verificabilità processuale.

Non è un caso dunque che uno dei maggiori pregi della sentenza Franzese sia stato individuato proprio nella scelta di distinguere tra il concetto di causa, inteso come *condicio sine qua non*, e i metodi per la sua verifica processuale. In passato infatti la maggior parte dei problemi, nascevano da un equivoco di fondo: non era chiaro, cioè, se quando si parlava dei livelli di probabilità o di certezza richiesti, ci si riferisse al nucleo concettuale della causalità, e dunque alla probabilità o alla certezza espressa dalla legge scientifica, oppure se ci si riferisse alla misura dell’accertamento processuale.

Fondamentale è dunque il passaggio della sentenza in cui si riconduce il problema dell’accertamento del nesso causale sul piano della prova e del processo penale, facendo emergere quel fenomeno che, in dottrina, viene definito “processualizzazione delle categorie penalistiche”, in base al quale le categorie del diritto penale sostanziale si stanno sempre più conformando e plasmando sulla base di moduli processuali.

¹⁷⁶ F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 776.

Rispetto ai problemi probatori, le Sezioni Unite partono dal presupposto che un elemento della fattispecie non può essere accertato con criteri di valutazione della prova diversi rispetto a quelli utilizzati per gli altri elementi costitutivi del reato. In particolare, un'attenuazione del rigore nell'accertamento del nesso eziologico, e dunque una causalità "debole", non potrebbe essere giustificata da considerazioni metagiuridiche, quale il valore della vita umana, o da eccessive difficoltà di prova, determinate dalla complessità tecnica della materia. Perciò, anche in materia di causalità omissiva, valgono quegli stessi criteri di accertamento adottati per gli altri elementi della fattispecie penale, potendosi richiamare le regole previste dall'art. 192, comma 2, c.p.p. per il procedimento indiziario.

E' d'altra parte evidente che l'identità di accertamento dei vari elementi costitutivi esclude anche la condivisibilità di quell'opposto orientamento in base al quale l'elemento causale dovrebbe essere provato secondo un parametro di "certezza assoluta". Infatti le Sezioni Unite hanno precisato che l'unica certezza raggiungibile dal giudice è quella "processuale", ossia quella certezza che si raggiunge tramite il ricorso ai criteri di valutazione della prova previsti dall'ordinamento penale e, all'esito dei quali, si possa affermare che il rapporto causale sussiste o meno in termini di "alto grado di credibilità razionale" o di "elevata probabilità logica".

Per poter raggiungere tali livelli di certezza processuale, il giudice deve però abbandonare l'illusione di poter fare riferimento esclusivamente ai parametri statistici espressi dalla legge scientifica di copertura o dalle massime di esperienza, poiché i confini della elevata o alta credibilità razionale del condizionamento necessario, "non sono affatto definiti dalla medesima legge di copertura". Nella sentenza, infatti, si afferma che "con il termine <alta o elevata credibilità razionale> dell'accertamento giudiziale, non s'intende fare riferimento al parametro nomologico utilizzato per la copertura della spiegazione, indicante una mera relazione quantitativa entro generi di eventi ripetibili e inerente come tale alla struttura interna del rapporto di causalità, bensì ai profili inferenziali della verifica probatoria di quel nesso rispetto all'evidenza disponibile e alle circostanze

del caso concreto: non essendo consentito dedurre automaticamente - e proporzionalmente - dal coefficiente di probabilità statistica espresso dalla legge la conferma dell'ipotesi sull'esistenza del rapporto di causalità.”

Sulla base di tali riflessioni si può dunque constatare che le Sezioni Unite superano le spiegazioni di tipo meramente deduttivo, per abbracciare il metodo induttivo. Si sottolinea che una rigida applicazione del metodo nomologico – deduttivo implicherebbe per il giudice la conoscenza non solo di tutti gli antecedenti inseriti nella catena causale, ma anche di tutte le leggi scientifiche coinvolte; egli, invece, è costretto a ricorrere ad una serie di “assunzioni tacite”, di “condizioni iniziali e di contorno”, da lui non conosciute ma soltanto congettrate, in modo tale che “*ceteris paribus*” possa comunque affermare la validità della legge scientifica impiegata. Proprio dalla presa d'atto dell'impossibilità per il giudice di conoscere tutte le fasi intermedie della catena causale e di elaborare una spiegazione fondata su una serie continua di eventi, emerge il ripudio di una certezza assoluta basata su un metodo di accertamento deduttivo, e la necessità di ricorrere ad un accertamento di tipo induttivo che conduca a una certezza processuale, e dunque ad un alto grado di credibilità razionale o di probabilità logica.

Fa così ingresso nella sentenza anche l'importante distinzione tra le due diverse forme di probabilità, quella statistica e quella logica, differenza già sottolineata in dottrina e ulteriormente messa in luce, come ricordato prima, dalla sentenza Orlando del 2002. Se fino a quel momento, quando la Cassazione ragionava in termini di probabilità, il riferimento era esclusivamente a quella di tipo statistico, ossia a quella che si limita a esprimere una frequenza percentualistica nella successione degli eventi, ora le Sezioni Unite ragionano in termini di probabilità logica. La probabilità logica, pur presupponendo e partendo da una legge universale o statistica, va oltre, poiché è caratterizzata dalla verifica aggiuntiva, sulla base dell'evidenza probatoria disponibile, dell'attendibilità dell'impiego della legge scientifica in quello specifico caso concreto¹⁷⁷. Ciò

¹⁷⁷ Per quanto attiene al campo medico, la probabilità logica si basa “sulla stima del grado di validità di una ipotesi causale che abbia superato il primo vaglio del criterio di possibilità

perché nelle scienze sociali come il diritto, in cui l'oggetto da analizzare è rappresentato da comportamenti umani, il grado probabilistico non può essere espresso mediante dei muti coefficienti numerici, essendo invece necessario procedere a un giudizio di tipo valutativo, che si concretizza proprio in una valutazione di certezza processuale ovvero di credibilità razionale¹⁷⁸.

Proprio perché le probabilità rilevanti ai fini dell'accertamento processuale del nesso causale non sono quelle statistiche ma quelle logiche, si può affermare che l'elemento statistico non ha di per sé un ruolo risolutivo, poiché le leggi statistiche sono strumentali rispetto al raggiungimento del giudizio di probabilità logica¹⁷⁹. Ciò comporta indubbiamente maggiori difficoltà per il giudice, il quale non potrà più applicare acriticamente e deduttivamente le leggi scientifiche a propria disposizione e, usando un'espressione di Stella, "rimanere chiuso nel suo ufficio". Egli è invece chiamato a considerare tutte le emergenze processuali acquisite e a valutarle impiegando criteri di ordine logico, tale verifica presupponendo peraltro la completezza e il rigore delle indagini processuali stesse. Inoltre il giudice è chiamato ad accertare la correttezza e la pertinenza della legge di copertura rispetto al caso concreto, nonché l'effettiva riconducibilità di quest'ultimo alla legge stessa¹⁸⁰.

Proprio da queste considerazioni emerge uno dei principi di diritto enunciati nella parte conclusiva della sentenza, in base al quale "non é consentito

scientifico....., ed effettuata ricercando il numero più alto possibile di *concordanze* del caso con tipologie costituite da casi consimili conosciuti attraverso l'*esperienza casistica*...e con le *conoscenze di base della medicina*, tra le quali figurano *anche* quelle dedotte con metodi statistici, sempre più frequentemente impiegati". Per ulteriori approfondimenti si veda A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, "Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili", in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1628 e ss.

¹⁷⁸ R. Blaiotta, "Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1181 e ss.; G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 734; D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite", in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 899.

¹⁷⁹ C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2617; Note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 251.

¹⁸⁰ Note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, cit., pag. 252.

dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica"."

Lo schema del ragionamento probatorio delineato dalle Sezioni Unite è dunque composto da due differenti fasi, l'abduzione e l'induzione. Anzitutto è necessario formulare in via generale quella che è considerata la più probabile ipotesi ricostruttiva; in un secondo momento, si dovrà invece partire dal fatto storico concretamente verificatosi per confrontare in maniera critica le evidenze disponibili con le ipotesi avanzate: all'esito di tale confronto tra l'ipotesi avanzata e il quadro fattuale concreto, l'ipotesi potrà risultare corroborata o falsificata.

10. L'esclusione di fattori causali alternativi e il problema della frequenza delle leggi scientifiche di copertura.

Un ulteriore importante passaggio della verifica processuale del giudice di merito è quello relativo all'esclusione di differenti fattori causali che possano aver cagionato l'evento lesivo¹⁸¹.

E' bene precisare che tale verifica, pur essendo in ogni caso necessaria, assume una diversa rilevanza e portata pratica a seconda della legge scientifica di copertura utilizzata.

Infatti, le Sezioni Unite, in ciò discostandosi nettamente dall'orientamento più recente della IV Sezione della Corte di Cassazione, ritengono che nell'accertamento causale possano essere utilizzate non solo leggi scientifiche universali o che esprimano un coefficiente statistico prossimo ad 1,

¹⁸¹ Note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 251-252; D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite", in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 899; O. Di Giovine, "La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite", in *Foro It.*, 2002, II, pag. 614.

alla quasi certezza, ma anche leggi statistiche dotate di coefficienti medio – bassi di probabilità c. d. frequentista¹⁸². Tale scelta, secondo la Corte, si impone in virtù del particolare contesto della medicina biologica e clinica, in cui non sono numerose le leggi universali o dai parametri statistici prossimi al 100%: deve infatti considerarsi la complessità dei fattori antecedenti sui quali si innesta la condotta omissiva del medico, la dubbia decifrabilità di tutti gli anelli della catena eziopatogenetica dei fenomeni morbosi e la conseguente obiettiva difficoltà della diagnosi differenziale, vista come uno degli aspetti nevralgici in tema di nesso causale¹⁸³. Non è quindi necessario disporre di una legge scientifica in base alla quale, ad esempio, il trattamento sanitario omissivo avrebbe scongiurato la morte del paziente nel 100% dei casi; si possono e si devono utilizzare anche leggi statistiche che indicano frequenze meno alte, ed anche frequenze medie o perfino basse. Ciò che acquista rilevanza, a questo punto, è la valutazione del materiale probatorio relativo alle circostanze del caso concreto¹⁸⁴ nonché l'esclusione di fattori causali alternativi, valutazione che consente il raggiungimento di quell'alta probabilità logica o certezza processuale che, come già sottolineato precedentemente, non coincide col grado percentualistico espresso dalla legge statistica.

Proprio perché non si è di fronte ad una valutazione meramente statistica, ma anche logica, è ben possibile che anche una percentuale statistica alta possa non essere eziologicamente rilevante qualora sia provato che, in realtà, un certo evento è stato cagionato dall'intervento di un differente fattore causale¹⁸⁵. Può

¹⁸² F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione.", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 788; id., "Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1231; D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite", cit., pag. 899; R. Blaiotta, "Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza", in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1180; A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", in *L'Indice Penale*, n. 1/2005, pag. 124.

¹⁸³ D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite", cit., pag. 899.

¹⁸⁴ Tale è la c.d. "evidenza disponibile", espressione con cui si fa riferimento al quadro complessivo dei fatti, così come emersi alla fine della fase dibattimentale, in virtù dei contributi apportati dall'accusa, dalla difesa ed eventualmente dallo stesso giudice ai sensi dell'art. 507 c.p.p.

¹⁸⁵ Note di udienza del p.m. Iadecola a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, cit., pag. 251.; M. Macrì, "Responsabilità medica: unico criterio metodologico

dunque ben dirsi, con le parole usate dalle Sezioni Unite, che “livelli elevati di probabilità statistica o schemi interpretativi dedotti da leggi di carattere universale (invero assai rare nel settore in esame), pur configurando un rapporto di successione tra eventi rilevato con regolarità o in numero percentualmente alto di casi, pretendono sempre che il giudice ne accerti il valore eziologico effettivo, insieme con l'irrelevanza nel caso concreto di spiegazioni diverse, controllandone quindi la "attendibilità" in riferimento al singolo evento e all'evidenza disponibile”¹⁸⁶.

Si può, a titolo di esempio, richiamare il caso di un lavoratore esposto per lungo tempo nel cantiere a fonti di inquinamento acustico¹⁸⁷; benché vi sia una legge, dotata di elevata probabilità statistica, in base alla quale l'ipoacusia può essere determinata dalla prolungata esposizione a rumori che superano una certa soglia di tollerabilità, non può dirsi raggiunta la prova dell'esistenza di una nesso causale tra l'esposizione professionale e l'evento, se il soggetto è un assiduo frequentatore di discoteche o se è portatore di tale patologia fin dalla nascita. Questo, dunque, dimostra con chiarezza che anche elevati livelli di probabilità statistica non sono autoreferenziali, essendo sempre necessaria quella verifica aggiuntiva che caratterizza la probabilità logica¹⁸⁸.

E' viceversa ben possibile, secondo le Sezioni Unite, che una percentuale statistica medio – bassa possa risultare in concreto sufficiente al raggiungimento della prova sul nesso causale, qualora si considerino tutti gli elementi probatori e

processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi, in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 112; R. Blaiotta, “Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza”, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1180. Questa osservazione è diretta conseguenza della distinzione riscontrabile tra il concetto di *causalità generale*, che può ricavarsi deduttivamente dalla legge di copertura, e *causalità individuale*, in cui invece tale implicazione deduttiva non è possibile, assumendo invece rilevanza centrale gli aspetti concreti del caso oggetto del giudizio. Si veda, in proposito, F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1316.

¹⁸⁶ Si veda in proposito G. F. Iadecola, “La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 734.

¹⁸⁷ O. Di Giovine, “La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite”, in *Foro It.*, 2002, II, pag. 613.

¹⁸⁸ M. Macrì, “Responsabilità medica: unico criterio metodologico processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi”, *cit.*, pag. 112

vi sia la sicura non incidenza di altre possibili cause dell'evento.¹⁸⁹ Per comprendere meglio possiamo fare un esempio relativo alla morte per tetano che, in base ad una legge scientifica, viene scongiurata nel 60 % dei casi dalla somministrazione degli appositi farmaci. Partendo da tale legge, dotata di una probabilità frequentista media, possiamo comunque raggiungere la certezza processuale che il paziente si sarebbe salvato, qualora fosse stata praticata l'opportuna terapia antitetanica, valorizzando i dati probatori del caso, quali la giovane età del paziente, l'assenza di altre patologie, lo stadio iniziale dell'infezione, l'assistenza presso un reparto ospedaliero attrezzato per gestire quel tipo di patologia. Viceversa tale certezza non potrà ritenersi raggiunta se il paziente era un uomo anziano in già precarie condizioni di salute, oppure se al momento del ricovero l'infezione si trovava in uno stadio talmente avanzato da rendere inutile ogni intervento. Un ulteriore esempio relativo ad una legge di copertura dotata di una bassissima percentuale di probabilità è quello relativo alla trasmissione dell'infezione dell'HIV in seguito ad un unico rapporto sessuale; infatti, nonostante i coefficienti statistici siano bassissimi, nulla esclude che il nesso causale possa ritenersi provato se il giudice riesce a dimostrare il mancato intervento di possibili fattori causali alternativi¹⁹⁰.

Preme comunque rilevare che il valore statistico astratto non ha comunque perso tutta la sua rilevanza, e ciò perché più la sua percentuale si abbassa e più emerge la necessità di corroborare tale dato con le prove del caso concreto¹⁹¹. E' del tutto evidente che si tratta di un profilo alquanto delicato, sol se si considera che l'adozione di una frequenza medio – bassa potrebbe comportare un'ingiusta condanna di un innocente, mentre nell'ipotesi opposta si verificherebbe la meno grave assoluzione di un colpevole¹⁹². Nella stessa sentenza

¹⁸⁹ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", cit., pag. 734; F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", cit., pag. 789..

¹⁹⁰ O. Di Giovine, "La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite", in *Foro It.*, 2002, II, pag. 613.

¹⁹¹ F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", cit., pag. 1316.

¹⁹² C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2614.

Franzese si sottolinea quindi che, pur potendosi ricorrere a coefficienti medio – bassi di probabilità, è comunque necessaria non solo, come detto, la verifica della sicura non incidenza di fattori interagenti in via alternativa, ma anche una rigorosa valutazione della fondatezza scientifica della legge statistica, nonché della sua specifica applicabilità alla fattispecie concreta¹⁹³.

Per quanto attiene in particolare all'affidabilità degli enunciati scientifici utilizzati, vera e propria pietra miliare in materia è la sentenza pronunciata dalla Corte Suprema degli Stati Uniti nel 1993 sul caso Daubert¹⁹⁴. Preliminarmente i giudici constatano che nella scienza non ci sono certezze o verità definitive, e guardano alla storia della scienza come ad un cimitero di errori, pur se sono innegabili il progresso e la crescita della conoscenza¹⁹⁵. Se si guarda all'esperienza italiana, emblematico in tal senso è il processo sul cloruro di vinile, in cui i giudici si sono trovati di fronte a due ricerche scientifiche, ugualmente autorevoli, che a distanza di un paio d'anni giungevano a conclusioni del tutto opposte¹⁹⁶. Pertanto la Corte impone ai giudici di tenere in considerazione solo le ipotesi scientifiche affidabili, in quanto dotate di un alto grado di conferma e sottoposte agli opportuni test di falsificazione, secondo il metodo popperiano. Verifiche aggiuntive sono quelle relative al tasso noto o potenziale di errore, alle

¹⁹³ C. Brusco, “La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione”, cit., pag. 2615; R. Blaiotta, “Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza”, cit., pag. 1180; D. Potetti, “Il nesso causale secondo le Sezioni Unite”, cit., pag. 899; A. R. Di Landro, “L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale”, cit., pag. 128.

¹⁹⁴ Daubert vs Merrill Dow Pharmaceutical Inc. 113 S.C. 2786/1993, concernente malformazioni neonatali a seguito dell'assunzione nel corso della gravidanza di un farmaco antinausea (Bendectin). La sentenza è riportata, nella traduzione italiana da F. Stella, “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, Giuffrè, Milano, 2° ed., 2000, pag. 424; id. “Giustizia e modernità. La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime”, Giuffrè, Milano, 2001, pag. 349.

¹⁹⁵ A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1631; F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 767 – 816; F. Stella, “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1228.

¹⁹⁶ Ibidem

eventuali pubblicazioni della teoria su riviste scientifiche, nonché al consenso ricevuto all'interno della comunità scientifica, essendo opportuna maggiore prudenza nei casi di minima condivisione dell'enunciato¹⁹⁷. Gli stessi requisiti di affidabilità e di validità, sono stati successivamente riaffermati in un'altra più recente pronuncia relativa al caso Kuhmo¹⁹⁸.

11. L'assenza di leggi scientifiche e il ruolo delle massime d'esperienza.

Anche dopo la sentenza Franzese, dunque, le leggi scientifiche di copertura continuano a rivestire un ruolo di primo piano nel giudizio causale. Questo ci pone di fronte al problema di capire se e come possa accertarsi l'esistenza o l'esclusione del nesso causale nei casi in cui non esista una legge scientifica, sia essa universale o statistica, idonea a spiegare il verificarsi dell'evento. Come dimostrato da numerosi esempi giurisprudenziali, si tratta di un'evenienza tutt'altro che inconsueta in campo medico: basti pensare alle malattie rare o a quelle patologie che si presentano con caratteri di assoluta novità rispetto alle più comuni e banali malattie, per le quali è solitamente possibile calcolare la percentuale di persone che abbiano tratto benefici dalle cure più opportune e tempestive¹⁹⁹. E' evidente che, se dovesse affermarsi l'impossibilità dell'accertamento causale in assenza di leggi scientifiche di copertura, sarebbero numerosi i casi in cui il giudice non potrebbe svolgere il proprio compito.

Deve evidenziarsi che questa problematica mette in primo piano anche il ruolo svolto nel processo penale dai periti, cioè da quei soggetti ai quali i giudici si rivolgono per acquisire la conoscenza delle leggi scientifiche di copertura, soprattutto in quei settori altamente tecnici e specializzati quale appunto la medicina. Il richiamo ad un rigoroso metodo scientifico è stato accolto del tutto positivamente dalla dottrina medico – legale²⁰⁰, che però ha messo in guardia

¹⁹⁷ Ibidem, pag. 1230.

¹⁹⁸ Ibidem, pag. 1230.

¹⁹⁹ C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2612.

²⁰⁰ A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, "Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel

periti e magistrati dai rischi che si annidano in quelle ipotesi in cui, nonostante tutti gli sforzi e le conoscenze, le leggi scientifiche non esistono. In questi casi, infatti, i periti devono rendere partecipi gli operatori del diritto dei propri limiti e dell'assoluta impotenza che connota alcuni ambiti della propria attività, rifuggendo dalla tentazione di elaborare essi stessi delle leggi pseudoscientifiche, intorno alle quali confezionare dei pareri ad esclusivo uso e consumo delle parti coinvolte nel processo²⁰¹.

Per scongiurare, da un lato, il rischio di rinunciare al giudizio in tutti i casi in cui manca una legge scientifica, e dall'altro il pericolo di ricorrere a leggi di copertura che non sono veramente scientifiche, perché elaborate dagli stessi periti, magari su un numero esiguo di casi di riferimento o secondo modalità selettive non chiare, la giurisprudenza ha ritenuto possibile il ricorso anche alle generalizzazioni empiriche del senso comune, ossia le c.d. massime di esperienza²⁰².

Come emerge dalle stesse locuzioni utilizzate, ciò che le differenzia dalle leggi scientifiche è la diversa matrice sulle quali poggiano, rappresentata in questo caso non dal sapere scientifico ma dalla comune esperienza. Si tratta, dunque, di regole empiriche che derivano dal buon senso comune e che anziché essere espressione della miglior scienza disponibile, sono appunto il portato della migliore esperienza. Ad esempio, è sulla base della massima d'esperienza secondo cui l'osservazione diligente e perita nel corso del post-operatorio ha per effetto di scongiurare le complicazioni mortali dovute all'uso dei farmaci anestetici, che si è condannato un medico per la morte di un bambino di sei anni in seguito ad un intervento chirurgico di appendicectomia²⁰³.

contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili", in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1627.

²⁰¹ Ibidem, pag. 1627.

²⁰² Si vedano, tra le altre, Cass. Pen., IV, 24 giugno 1986, Ponte, in *Mass. Uff.*, 1986, n. 174511 – 174512; Cass. Pen., IV, 27 aprile 1987, Mancinelli, in *C.E.D. Cass.*, n. 176926; Cass. Pen., IV, 27 maggio 1993, Rech, con nota di R. Blaiotta, "Il caso ATR-42, causalità, scienza, esperienza nel diritto penale", in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 2898 - 2912, n. 1714.

²⁰³ Cass. Pen., IV, 17 settembre 2002 (21 maggio 2003), n. 22341, imp. Marinari", in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 141; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2379-2387, con nota di P. F. Piras, "Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche".

La Cassazione²⁰⁴ ha anche precisato quali sono le caratteristiche che devono possedere le generalizzazioni del senso comune per poter essere utilizzate. Al di là dell'imprescindibile conformità all'*id quod plerumque accidit*, devono essere preesistenti rispetto al caso da giudicare, ossia devono essere tratte dall'esperienza già formata e non da quella emersa nel caso concreto²⁰⁵, oggetto del giudizio, e devono inoltre essere comunemente accettate²⁰⁶.

Dato atto della posizione giurisprudenziale, deve però sottolinearsi che la dottrina dominante, che trova nella teorizzazione di Federico Stella²⁰⁷ il suo punto di riferimento, si è sempre opposta all'idea di ricorrere al senso comune o alla cultura media della collettività quale parametro idoneo per effettuare il giudizio controfattuale²⁰⁸. Tale posizione di chiusura si giustifica col fatto che la storia e la ricerca hanno dimostrato che le massime d'esperienza sono, in realtà, delle vere e proprie "massime d'inesperienza", vista la loro assoluta inaffidabilità. Mancando peraltro ogni possibilità di un loro controllo critico, emerge l'impossibilità stessa di distinguere le generalizzazioni erronee, quale quella secondo cui gli angiomi derivano da desideri insoddisfatti della madre durante la gravidanza, dalle generalizzazioni non erronee²⁰⁹. Se questa è la posizione dominante, vi è anche

²⁰⁴ Si vedano, in particolare, il c.d. caso ATR 42 (Cass. Pen., IV, 27 maggio 1993, Rech, con nota di R. Blaiotta, "Il caso ATR-42, causalità, scienza, esperienza nel diritto penale", in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 2898 - 2912, n. 1714); Cass. Pen., IV, 12 luglio (9 agosto) 2002, Padovano, in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 839- 841, con nota di S. Ferrari, in cui si afferma che "il giudice di legittimità non può sostituire le sue massime di esperienza a quelle ritenute esistenti dal giudice di merito; ma a quest'ultimo si richiede di dare conto in modo non illogico dell'esistenza e della fondatezza di queste massime; diversamente il giudizio su di esse formato diverrebbe del tutto arbitrario".

²⁰⁵ C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", cit., pag. 2612.

²⁰⁶ A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", cit., pag. 108.

²⁰⁷ F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 787 e ss.

²⁰⁸ R. Blaiotta, "Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza", cit., pag. 1182; A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", cit., pag. 108.

²⁰⁹ F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 788 e ss.

una corrente dottrinale del tutto opposta²¹⁰ a quella di Stella, secondo cui, partendo dalla constatazione che i tribunali non sono commissioni scientifiche, il criterio a cui i giudici devono ricorrere per fondare la spiegazione dell'evento è proprio quello dell'esperienza e del senso comune. Le leggi scientifiche dunque dovranno essere utilizzate solo se utili per dimostrare l'inaffidabilità e l'erroneità delle generalizzazioni del senso comune²¹¹.

Entrambe le opzioni dottrinali sono comunque state disattese dalle Sezioni Unite che, in linea con la precedente giurisprudenza, hanno comunque confermato che l'imputazione oggettiva dell'evento può essere compiuta non solo con la sussunzione sotto leggi scientifiche di copertura, ma anche sulla base di generalizzate regole di esperienza²¹².

12. L'evento *hic, nunc et quomodo*.

Il rapporto causale, si sa, è dato dal nesso eziologico che lega una determinata condotta, attiva o omissiva, ad un certo evento. L'evento, che dunque costituisce il secondo termine di raffronto della verifica eziologica, è un aspetto che non ha però mai goduto di ampie trattazioni, né in dottrina, né in giurisprudenza, anche alla luce della sostanziale omogeneità degli studi in materia²¹³.

Nella stessa sentenza delle Sezioni Unite questo punto non viene specificamente affrontato, poiché lo si da praticamente per pacifico. Ci si limita,

²¹⁰ Morselli, "Il problema della causalità nel diritto penale", in *L'Indice Penale*, 1998, pag. 879 e ss.

²¹¹ T. Massa, "Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità", in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3669; A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", cit., pag. 109.

²¹² C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", cit., pag. 2612; R. Blaiotta, "Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l'irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza", cit., pag. 1183; D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite. in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 897; A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", in *L'Indice Penale*, n. 1/2005, pag. 107 e ss..

²¹³ C. Brusco, "La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione", in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2616; D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite", in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 900.

infatti, ad affermare che, nel giudizio controfattuale, va valutato se la condotta doverosa omessa avrebbe scongiurato il prodursi dell'evento *hic et nunc* verificatosi, ovvero se esso si sarebbe inevitabilmente verificato ma in un'epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

Emerge dunque che l'evento, ai sensi e per gli effetti dell'accertamento causale, è quello che si è concretamente verificato, ossia l'evento assunto nelle sue coordinate spazio – temporali²¹⁴. Assumono così rilevanza anzitutto i tempi di verifica, poiché si sostiene che debba ritenersi causa di un evento anche quella condotta che abbia anticipato il suo verificarsi anche solo di una frazione di tempo (purché non si tratti di minuti o di ore)²¹⁵. Si afferma infatti che “una morte avvenuta in un giorno successivo sia un fatto diverso, da un punto di vista naturalistico prima ancora che giuridico”²¹⁶.

Vanno poi tenute in considerazione anche le modalità di verifica dell'evento²¹⁷. L'intensità lesiva assume rilevanza principalmente nel caso di lesioni personali, ma anche in caso di omicidio deve sottolinearsi che seppur l'evento morte si presenta di per sé omogeneo e uniforme, va comunque considerata la maniera in cui si arriva a tale momento, ad esempio tra indicibili sofferenze o in modo meno doloroso.

13. La regola dell' “oltre ogni ragionevole dubbio”.

Abbiamo già posto in evidenza che la sentenza delle Sezioni Unite non si è limitata ad affrontare il problema causale sotto il profilo sostanziale,

²¹⁴ O. Di Giovine, “La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite”, in *Foro It.*, 2002, II, pag. 615.

²¹⁵ G. F. Iadecola, “ Note di udienza del p.m. a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese”, cit., pag. 248. L'autore richiama, in senso conforme a quanto da lui sostenuto, Cass. 29 novembre 2000, Musto; Cass. 8 marzo 1974, Bertani; Cass. 17 ottobre 1990, Lodigiani; Cass. 6 novembre 1990, Corbetta.

²¹⁶ C. Brusco, “La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione”, cit., pag. 2616; D. Potetti, “Il nesso causale secondo le Sezioni Unite”, cit., pag. 900.

²¹⁷ *Ibidem*, pag. 900.

soffermandosi invece anche sulle ricadute che esso presenta dal punto di vista processuale e probatorio²¹⁸.

Dopo i richiami al concetto di c.d. certezza processuale e a quanto sancito in tema di prova indiziaria dall'art. 192, comma 2, c.p.p. è invece necessario soffermarci sul concetto dell'oltre il ragionevole dubbio, nozione richiamata nel principio di diritto, posto dalla Corte sotto la lettera c), secondo cui "l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio"²¹⁹.

Tale concetto assume, nell'impianto delineato dalle Sezioni Unite, il ruolo non solo di regola probatoria rivolta al pubblico ministero, che è quindi chiamato a fornire la prova della colpevolezza "al di là di ogni ragionevole dubbio", ma anche il ruolo di regola di giudizio, diretta al giudice, il quale dovrà verificare che l'accusa abbia raggiunto tale standard probatorio²²⁰. La *ratio* profonda di tali regole va rinvenuta essenzialmente nel rispetto della dignità dell'imputato e dei suoi diritti fondamentali che si concretizzano nel principio dell'*in dubio pro reo*²²¹. Emerge infatti in modo chiaro che l'oltre il ragionevole dubbio rappresenta, secondo una felice espressione di Federico Stella, la *sostanza concreta* del principio di non colpevolezza, sancito dall'art. 27, comma 2, della Costituzione. E' quindi errata la diffusa convinzione secondo cui questo principio sia frutto principalmente dell'influenza del diritto americano; al contrario, esso era

²¹⁸ T. Massa, "Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese," in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3671 e ss

²¹⁹ L'"incertezza" non è espressamente menzionata nell'art. 530, comma 2, c.p.p., ma può reputarsi ricompresa nel concetto di "insufficienza"; si veda F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1317.

²²⁰ F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 777.

²²¹ G. F. Iadecola, "Note di udienza a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese", in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 252.

ben conosciuto già dai grandi giuristi dell'Italia dell'Ottocento e del Novecento, facendo parte della stessa tradizione della democrazia italiana, se si esclude la breve parentesi del regime fascista²²².

Il ruolo ricoperto da questo principio ha fatto sì che esso si estendesse in tutta l'Europa e che ricevesse un esplicito riconoscimento a livello internazionale nel par. 2 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo; lo stesso Congresso delle Nazioni Unite, svoltosi a Vienna nel 2000, ha riconosciuto che tale criterio rappresenta lo standard probatorio più diffuso sul piano internazionale²²³. Nelle sentenze italiane, tuttavia, a parte alcune eccezioni²²⁴, l'oltre ogni ragionevole dubbio non era mai esplicitamente richiamato, e nella stessa riforma processuale del 1988 si era deciso di non codificare tale regola, suscitando peraltro perplessità in coloro che la consideravano un'occasione mancata. A tale "buco nero" del codice di procedura penale, il legislatore ha posto rimedio nel 2006, con l'art. 5 della legge n. 46 che ha riscritto l'art. 533, comma 1, c.p.p., che nella nuova formula recita: "il giudice pronuncia sentenza di condanna se l'imputato risulta colpevole del reato contestatogli al di là di ogni ragionevole dubbio"²²⁵.

Non è comunque semplice capire quando un dubbio possa essere ritenuto "ragionevole"²²⁶. In linea di massima si è concordi nel ritenere che non è necessario che il dubbio sia effettivo e sostanziale, non deve dunque trattarsi di un dubbio forte o ben fondato e argomentato; d'altro canto però non può neppure

²²² F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", cit., pag. 777 e ss. L'autore richiama gli insegnamenti del Carrara, di Lucchini, di Stoppato, di Pisani. Tra le tante spicca la voce di Carnellutti che scriveva che "la legge considera la condanna ingiusta come un danno sociale, più grave dell'ingiusto proscioglimento e perciò esige dal giudice maggior cautela per condannare che non per prosciogliere": è un "sentimento comune dalle radici profonde per cui apparisce meno intollerabile l'ingiustizia cagionata dall'assoluzione di un colpevole, che quella concretata nella condanna di innocenti".

²²³ T. Massa, "Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità.", in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3673.

²²⁴ *Ibidem*; uno dei pochi ambiti in cui si trova un riferimento esplicito a detta regola di giudizio è quello relativo ai gravi indizi di colpevolezza, quale presupposto per l'applicazione di misure cautelari personali.

²²⁵ D. Potetti, "Il nesso causale secondo le Sezioni Unite. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese.", in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 899.

²²⁶ Per F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", cit., pag. 1317, "il ragionevole dubbio non è un qualsiasi dubbio, ma il dubbio "serio" e stabile che investe una persona dotata di discernimento e scrupolo. L'autore riporta inoltre le posizioni di diversi giuristi quali M. Romano, Stella, Cramer, Marafioti, D'Alessandro.

trattarsi di un'ombra di dubbio, di una possibilità del tutto remota, del genere “in questo mondo non c'è nulla di certo e sicuro”²²⁷. La definizione che forse descrive al meglio la nozione in esame è quella contenuta nel paragrafo 1096 del Codice Penale della California, secondo cui il ragionevole dubbio “è quella situazione che, dopo tutte le considerazioni, dopo tutti i rapporti sulle prove, lascia la mente dei giurati nella condizione in cui non possono dire di provare una convinzione incrollabile sulla verità dell'accusa”²²⁸.

Questa definizione è stata richiamata nella sentenza di assoluzione del famoso caso del pugile O. J. Simpson, accusato di aver ucciso la moglie e l'amante; una giurata dichiarò infatti che, pur essendo intimamente convinta della colpevolezza dell'uomo, aveva votato in favore della sua assoluzione proprio perché l'accusa non aveva dato la prova della sua colpevolezza al di là di ogni ragionevole dubbio. Emerge dunque netta la funzione garantista di tale principio che rappresenta, secondo le parole di Stella, una sorta di “barricata contro l'uso autoritario del principio del libero convincimento”, l'abbandono definitivo del metodo della scienza dello spirito e il superamento dell'intuizionismo giudiziario.

Lo stesso caso è peraltro emblematico della profonda diversità dello stesso accertamento causale in ambito civilistico. Infatti il pugile, assolto dall'accusa di omicidio, venne invece condannato al risarcimento nel giudizio civile, in cui vige la regola del “più probabile che no”, ossia della preponderanza dell'evidenza. Anche in Italia, le Sezioni Unite Civili²²⁹ hanno recentemente ribadito che la regola dell'oltre il ragionevole dubbio non trova applicazione nel processo civile, in cui invece una condotta può essere considerata causa di un evento quando sia più probabile che l'abbia causato piuttosto che il contrario, in

²²⁷ F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 813.

²²⁸ T. Massa, “Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità.”, cit., pag. 3673.

²²⁹ Cass. Civ., S. U. , n. 581/2008, in R. Giovagnoli, “*Giurisprudenza Civile 2008*”, Giuffrè, 2008, pag. 557 e ss.

cui dunque ci si può accontentare di una probabilità logica nella misura di poco più del 50 %²³⁰.

CAPITOLO II

²³⁰ F. Stella, “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese,” in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1234.; id., “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 782.

Valutazioni della dottrina sulla pronuncia delle Sezioni Unite

1. Cenni introduttivi.

All'indomani della pronuncia delle Sezioni Unite il dibattito sulla causalità penale in ambito medico-chirurgico ha continuato ad animare le voci dottrinali più autorevoli che hanno accolto la decisione con valutazioni e giudizi per nulla univoci e concordanti²³¹.

Sicuramente ci si è trovati d'accordo nel sottolineare la "maturità" della decisione, ossia la presa d'atto, da parte delle Sezioni Unite, della complessità del problema causale e della necessità di trovare una soluzione il più possibile equilibrata in considerazione dei differenti valori in gioco. Tale soluzione sembra possa essere individuata nel ricorso al concetto di "probabilità logica", quella sorta di "terza via" che consentirebbe il superamento degli opposti estremismi che caratterizzavano la giurisprudenza precedente.

E' quindi importante valutare se effettivamente la linea tracciata dalle Sezioni Unite sia o meno in grado di soddisfare le esigenze di certezza e di tutela dei principi fondanti degli ordinamenti democratici, così come auspicato da più parti. E' necessario perciò valutare la portata pratica del concetto di "probabilità logica" e capire se il ricorso a tale nozione consenta o meno l'adozione di decisioni rispettose della disciplina positiva in materia causale e, nel contempo, di soddisfare le esigenze preventive del diritto penale, ossia i bisogni di giustizia sostanziale.

Prima però di passare ad analizzare la giurisprudenza di legittimità e di merito successiva al 2002, pare opportuno un breve richiamo alle critiche più pungenti e motivate che sono state mosse nei confronti della sentenza Franzese.

2. Le critiche all'analisi del fatto storico della Franzese.

²³¹ Tanto che, come già ricordato, F. Angioni mette in dubbio che la posizione sicuramente "mediana" accolta dalle Sezioni Unite rispetto agli orientamenti giurisprudenziali in conflitto, possa anche definirsi "mediatrice". Si veda, F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1318.

Le critiche mosse nei confronti della pronuncia delle Sezioni Unite possono, per ragioni esplicative, essere suddivise in due sottogruppi, a seconda che attengano ai principi di diritto enunciati nella sentenza oppure alla proposta di una differente analisi dei fatti storici oggetto della pronuncia.

Per quanto attiene a quest'ultimo profilo, si sottolinea che l'analisi del caso giudiziario su cui si sono pronunciate le Sezioni Unite Penali suscita, nel merito, non poche perplessità che emergono già dalla lettura della sintetica ricostruzione dei fatti operata in sede di legittimità e che si evidenziano ancor di più se si analizzano i dati clinici emersi nei giudizi di merito. Le decisioni si basano su una consulenza medico – legale disposta dal p.m. un anno dopo la morte del paziente (sul quale non era stata eseguita l'autopsia) nonché sulle consulenze difensive dei tre medici imputati (solo il dott. Franzese veniva poi condannato), non essendo invece stata disposta alcuna perizia d'ufficio da parte del Pretore di Napoli.

Tre autorevoli studiosi di medicina legale²³², Angelo Fiori, Giuseppe La Monaca e Gianluca Albertacci, hanno sostenuto che proprio i principi di diritto affermati dalle stesse Sezioni Unite avrebbero dovuto comportare nel caso specifico l'assoluzione del medico, perché non sarebbe stata raggiunta dai giudici la prova, oltre il ragionevole dubbio, di una condotta colposa in capo al dott. Franzese. A supporto di tale tesi sottolineano che il decorso post-operatorio si è svolto con “caratteristiche cliniche di progressivo miglioramento, cioè con canalizzazione dell'alvo ai gas ed alle feci, attenuazione dapprima e quindi scomparsa della febbre. In un caso come questo qualsiasi chirurgo dimette il paziente – dopo un ricovero già protrattosi per 11 giorni – per il proseguimento della convalescenza a domicilio: né una neutropenia è un elemento tale...da indurre ad una diversa condotta, a causa della variabilità delle risposte ematologiche alle infezioni ed ai traumi chirurgici”²³³.

²³² Si veda A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili.”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1614-1634.

²³³ *Ibidem*, pag. 1623-1624.

Oltre che sull'assenza di alcun profilo colposo, essi basano la propria convinzione sulla constatazione che, se anche il ricovero si fosse protratto nel tempo, la recidiva settica si sarebbe manifestata in ospedale perché comunque “neppure la prosecuzione della terapia antibiotica avrebbe garantito *con elevata probabilità* l'arresto dell'infezione, considerato che questa ha continuato a svilupparsi in modo occulto malgrado nove giorni di terapia antibiotica”. Secondo il loro parere, dunque, un'analisi coerente e precisa delle informazioni mediche, non consente di poter affermare, con l'elevata probabilità logica richiesta dalle Sezioni Unite, che la condotta del dott. Franzese è stata causale rispetto alla morte del paziente. Infatti, a loro parere, il caso in oggetto si inquadra agevolmente tra quelle vicende che le stesse Sezioni Unite reputano doversi concludere con l'esito assolutorio del giudizio, alla luce dell'insufficienza, contraddittorietà e incertezza del riscontro probatorio, ossia del ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta del medico.

Un altro insigne studioso²³⁴ sottolinea un'ulteriore incongruenza tra quanto enunciato dalle Sezioni Unite nei principi generali di diritto e quanto poi concretamente applicato nel caso concreto. Come già messo in evidenza, con la sentenza Franzese si registra la piena adesione della Corte alla teoria condizionalistica che implica l'individuazione della causa necessaria dell'evento mediante lo svolgimento di un giudizio controfattuale, il cui parametro di riferimento è rappresentato dalla sussunzione sotto una legge scientifica di copertura o sulla base di una generalizzata regola di esperienza. Tuttavia, se si esamina la pronuncia, non si comprende quale sia la regola di esperienza o la legge scientifica che consente di affermare che, alla luce delle emergenze acquisite, la condotta doverosa, colpevolmente omessa dal Franzese, avrebbe scongiurato l'evento *hic et nunc*. I giudici non si preoccupano neppure di quantificare le probabilità che la morte del Castellone si sarebbe potuta evitare, “qualora l'allarmante granulocitopenia fosse stata curata con terapie mirate alla

²³⁴ Si tratta di P. Veneziani, in “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 284.

copertura degli anaerobi a livello intestinale, fino a far risalire il livello dei neutrofili al di sopra della soglia minima delle difese immunitarie”.

Il Veneziani condivide, invece, pienamente il dettato della Franzese nella parte in cui i giudici connotano la condotta del medico in termini di omissione. Egli sottolinea che, indubbiamente, dal caso emergono una serie di condotte naturalisticamente attive (ad esempio, la scelta di somministrare l’antibiotico, l’effettuazione dell’emocromo) che tuttavia non hanno efficacia causale rispetto all’evento, il quale invece si è determinato sulla base di quanto il medico ha ommesso di fare. Nello specifico si sostiene che il dott. Franzese avrebbe dovuto far sì che venisse compiuta la consulenza internistica, già sollecitatagli prima dell’ingresso del Castellone nel suo reparto, e mai effettuata: si ritiene, infatti, che la consulenza avrebbe consentito di compiere l’esatta diagnosi e, di conseguenza, di somministrare la terapia più opportuna. La connotazione omissiva della condotta emerge applicando indifferentemente i due criteri, precedentemente richiamati²³⁵, utilizzati da dottrina e giurisprudenza ai fini di operare la distinzione tra azione e omissione. Se si richiama il criterio normativo, si constata che ci si trova di fronte ad un’omissione in quanto il medico ha violato il comando di disporre la consulenza internistica. Alla stessa conclusione si perviene se si fa affidamento sul criterio della reale efficacia condizionante: è chiaro infatti che non è stato il medico a cagionare la malattia che ha poi determinato l’*exitus*, essendo invece a lui imputabile il fatto di non aver diagnosticato il male e di non aver dunque inserito quel fattore che avrebbe potuto interrompere il processo causale già in atto.

Non sono mancati, però, coloro che contestano tale qualificazione²³⁶, sostenendo invece che ci si trovi al cospetto di una condotta indubbiamente attiva. Peraltro, la stessa terminologia utilizzata dai giudici (“causalità *prevalentemente* omissiva”) sarebbe equivoca, posto che, essendo l’omissione un concetto normativo, è connotata da requisiti tali che la sua presenza o assenza va constatata

²³⁵ Si veda Parte I, Cap. I, par. 3.

²³⁶ M. T. Trapasso, “Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all’accertamento. Nota a Cass. Pen., S.U., 11 settembre 2002, Franzese”, in *Ind. Pen.*, 2003, pag. 1236.

in termini assoluti, e non di mera prevalenza. Si sostiene dunque che la sentenza perpetui l'equivoco tra omissione e componente omissiva della colpa, che in materia medica viene ulteriormente aggravato dal fatto che l'attività medica interviene essenzialmente ai fini impeditivi di un processo morboso che è già in atto. Si individua quindi un limite della pronuncia Franzese proprio nel non aver affrontato in modo esplicito tale problematica²³⁷, chiarendo una volta per tutte che non può confondersi il profilo della condotta con quello della colpa e che, dunque, è del tutto erronea la trasformazione in reati omissivi di casi di mera *culpa in agendo* del medico, confusione che ha per lungo tempo favorito anche un accertamento meno rigoroso in tema di causalità, proprio in virtù dell'asserita componente omissiva.

E' bene poi sottolineare che, quando ci si trova al cospetto di un reato colposo, è necessaria non solo la sussistenza di un nesso causale tra la condotta e l'evento, ma anche l'accertamento del duplice nesso che collega la colpa all'evento. E' dunque anzitutto necessario stabilire che la regola cautelare violata avesse come scopo proprio quello di evitare l'evento che si è concretamente verificato (c.d. concretizzazione del rischio); in secondo luogo si dovrà verificare il c.d. comportamento alternativo lecito, ossia che l'evento stesso non si sarebbe verificato se il soggetto agente avesse posto in essere la condotta doverosa. Proprio in relazione ai parametri di giudizio per il compimento di questa seconda verifica controfattuale si sono registrate differenti posizioni nella dottrina; anche su questo punto dunque era auspicabile una presa di posizione da parte delle Sezioni Unite, che invece non si sono occupate del problema. Infatti, una parte

²³⁷ L'argomento viene solo sfiorato nell'inciso in cui si afferma che "dall'esame della giurisprudenza di settore emerge che in non pochi casi, sebbene qualificati in termini di causalità omissiva per mancato impedimento dell'evento, non si è tuttavia in presenza di effettive, radicali, omissioni da parte del medico. Infatti, talora si verte in tema di condotte commissive colpose, connotate da gravi errori di diagnosi e terapia, produttive di per sé dell'evento lesivo, che è per ciò sicuramente attribuibile al soggetto come fatto proprio; altre volte trattasi di condotte eterogenee e interagenti, in parte attive e in parte omissive per la mancata attivazione di condizioni negative o impeditive. Ipotesi queste per le quali, nella ricostruzione del fatto lesivo e nell'indagine controfattuale sull'evitabilità dell'evento, la giurisprudenza spesso confonde la componente omissiva dell'inosservanza delle regole cautelari, attinente ai profili di "colpa" del garante, rispetto all'ambito - invero prioritario - della spiegazione e dell'imputazione causale". La Corte non si sofferma però ulteriormente sulle diverse problematiche e sulle innumerevoli implicazioni.

della dottrina²³⁸, ritiene che la verifica controfattuale in relazione al comportamento alternativo lecito, in quanto afferente alla c.d. causalità della colpa, potrebbe accontentarsi di coefficienti di evitabilità diversi, e soprattutto meno rigorosi, rispetto a quelli previsti per il giudizio controfattuale in relazione all'imputazione oggettiva dell'evento. Infatti, secondo i sostenitori di questa tesi, mentre per la verifica della causalità della condotta ex art. 40 c.p. deve raggiungersi quell'alta probabilità logica o certezza processuale, richiesta proprio dalle Sezioni Unite, in caso di accertamento del comportamento alternativo lecito, poiché si è già provata la sicura incidenza causale tra la condotta e l'evento, ci si potrebbe, anzi dovrebbe, accontentare di una valutazione in termini meramente probabilistici²³⁹. Ciò però presenta delle problematiche di non poco conto in caso di condotta omissiva, in cui la verifica della causalità della condotta e della colpa finiscono per coincidere: infatti, per poter accertare se l'omissione dell'agente è stata causale rispetto all'evento (dunque per accertare la causalità della condotta), ci si deve chiedere se, in assenza dell'omissione, e dunque in presenza dell'azione doverosa omessa (comportamento alternativo lecito), l'evento si sarebbe ugualmente verificato. E' quindi del tutto evidente che, dovendosi prendere in considerazione la regola cautelare violata già nell'accertamento ex art. 40 c.p., l'incidenza del comportamento alternativo lecito viene valutata già nel momento della c.d. causalità della condotta, e dunque sulla base di un criterio di "certezza processuale": perciò, in caso di omissione, se non si raggiunge la certezza che il comportamento alternativo lecito avrebbe evitato l'evento, non può dirsi sussistente il nesso causale ex art. 40 c.p.. Tale ricostruzione comporta dunque un'evidente disparità di trattamento e conseguenze assolutamente non eque²⁴⁰: infatti, essa penalizza il medico che ha posto in essere un intervento rischioso e dagli esiti incerti, rispetto al medico che abbia deciso di non intervenire in alcun

²³⁸ Si veda, in particolare, M. Donini, "La causalità omissiva e l'imputazione per l'aumento del rischio. Significato teorico e pratico delle tendenze attuali in tema di accertamenti eziologici probabilistici e decorsi causali ipotetici", *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1999, pag. 32 e ss

²³⁹ Non vi è peraltro uniformità in relazione al margine di probabilità richiesto.

²⁴⁰ F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1289 e ss.; R. Blaiotta, "Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza", in *Cass. Pen.* 2000, pag. 1215.

modo, agevolando il rischioso fenomeno della c.d. medicina difensiva. Infatti, in caso di azione, il nesso tra colpa ed evento si reputa sussistente anche se è solo probabile che il compimento del comportamento alternativo lecito avrebbe evitato l'evento, mentre in caso di omissione è necessario raggiungere la certezza processuale che l'evento non si sarebbe verificato in virtù del compimento dell'azione doverosa omessa²⁴¹.

Un'altra osservazione critica nei confronti della teoria appena esposta si basa su argomentazioni prettamente processuali. Infatti, mentre la dichiarazione di insussistenza della causalità dell'omissione comporta l'assoluzione perché il fatto non sussiste, quella di insussistenza della causalità della colpa implica un'assoluzione perché il fatto non costituisce reato. Tale diversità nelle formule assolutorie ha delle importanti implicazioni relativamente al giudizio civile per il risarcimento dei danni che potrà essere esperito soltanto nell'ultima ipotesi²⁴².

E' proprio la vivacità del dibattito in materia e la ricchezza delle implicazioni pratiche che ne derivano che avrebbero reso opportuna una trattazione, sia pur incidentale, del problema nella pronuncia delle Sezioni Unite, che dunque su questo profilo, così come su quello relativo alla distinzione tra azione ed omissione, si è attirata le critiche di essere un po' lacunosa²⁴³.

3. Le critiche ai principi di diritto enunciati dalle Sezioni Unite: il ricorso al paradigma condizionalistico.

²⁴¹ Si veda Eusebi, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2000, pag. 1059, secondo cui "Perché mai il medico che compia un passaggio sbagliato nell'ambito di una procedura terapeutica complessa dovrebbe rispondere dell'eventuale esito infausto di quest'ultima per il mero fatto che l'errore abbia aumentato la probabilità valutabile *ex ante* di tale esito (anche soltanto del 30%) laddove giustamente si riconosce che il medico che non ottempererà, addirittura, all'obbligo della presa in carico di un malato risponde dell'eventuale evento lesivo solo ove sussista una probabilità contigua al 100 % di non verificazione del medesimo in presenza di un obbligo correttamente adempiuto?".

²⁴² F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", cit., pag. 1290.

²⁴³ M. T. Trapasso, "Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all'accertamento. Nota a Cass. Pen., S.U., 11 settembre 2002, Franzese", in *Ind. Pen.*, 2003, pag. 1239 e ss.

Passando ad analizzare le considerazioni critiche espresse dalla dottrina successiva alla pronuncia, circa i principi di diritto enunciati dalle Sezioni Unite, la critica più radicale è venuta da coloro²⁴⁴ che sostengono che il paradigma di riferimento per l'accertamento del nesso ex artt. 40 e 41 c.p. non può più essere rappresentato dalla teoria condizionalistica.

Tale assunto si basa su due differenti ordini di ragioni. In primo luogo si sottolinea che i presupposti filosofici e scientifici di tale teoria sono ormai stati superati dalle concezioni più moderne e recenti. Ad esempio, il postulato secondo cui il principio di causalità rappresenta un dato della realtà e non solamente un elemento della struttura del pensiero umano, ossia una categoria dell'intelletto, è stato superato dal criticismo kantiano. Ancor più radicalmente, l'evoluzione scientifica del XX secolo con la teoria della relatività e la fisica quantica, ha messo in crisi l'assioma secondo cui il divenire dei fenomeni naturali è regolato da principi causali.

Se, dunque, i presupposti concettuali di fondo sono profondamente mutati non resta che capire se, nonostante ciò, la *condicio sine qua non* continui a rivestire un ruolo di primo piano sul versante giuridico. Se si guarda alla pronuncia delle Sezioni Unite la risposta non potrebbe che essere affermativa: tuttavia alcuni mostrano di non condividere quella parte della sentenza secondo cui lo schema condizionalistico, integrato dalla sussunzione sotto leggi scientifiche, consentirebbe una selezione delle condotte penalmente rilevanti, e dunque una delimitazione dell'area dell'illecito penale. Si sostiene, infatti, che lo schema condizionalistico in realtà estenda il suo manto di copertura anche su condotte non meritevoli di sanzione penale, lasciando viceversa impuniti comportamenti meritevoli di pena. Per sostenere ciò si portano alcuni esempi ricavati dalla prassi giurisprudenziale. Vi sono, infatti, decisioni in cui si nega la rilevanza di condotte gravemente negligenti e imperite, poiché non si è raggiunta la certezza che il compimento della condotta doverosa avrebbe scongiurato il verificarsi dell'evento. Ad esempio, ciò si verifica nel campo delle patologie

²⁴⁴ E. Di Salvo, "Nesso di causalità e giudizio controfattuale", in *Cass. Pen.*, 2003, n. 12, pag. 3815.

neoplastiche, in cui le percentuali di mortalità sono particolarmente elevate, ed è quindi molto difficile provare il nesso causale anche a fronte di un intervento chirurgico connotato da condotte completamente errate e da colpa grossolana. Sul versante opposto vi sono invece condotte che hanno un limitato disvalore etico-sociale, avendo una modesta rilevanza, e che tuttavia sono univocamente antecedenti causali dell'evento: si pensi, ad esempio, a chi ha provocato un'accesa lite con un paziente gravemente cardiopatico che muore nel corso del diverbio.

Proprio sulla base di queste considerazioni si propugna l'abbandono della concezione condizionalistica e si opta per la distinzione tra la causa e le condizioni pure e semplici. Si può, dunque, definire "causa" quell' "antecedente che si sia inserito in un decorso causale che, alla stregua di attendibili risultati di generalizzazione del senso comune o di leggi scientifiche esplicative dei fenomeni, di carattere universale o statistico, sia predicabile di normalità, determinandone una deviazione e quindi una polarizzazione verso l'evento"²⁴⁵, ossia come un antecedente particolarmente qualificato, in grado di modificare il normale svolgimento degli eventi.

Secondo questa concezione perderebbe ogni rilevanza anche il giudizio controfattuale, poiché l'accertamento causale consisterebbe, in primo luogo, nell'accertare se la condotta del soggetto agente ha arrecato o meno un contributo eziologico alla produzione dell'evento, e, in secondo luogo, nel valutare se tale contributo possa o meno essere considerato "imponente", cioè se sia o meno un contributo "di spessore". La valorizzazione così operata dello "spessore" del contributo eziologico apportato alla produzione dell'evento consentirebbe di superare quello che era stato indicato come il limite della teoria condizionalistica, consentendo di attribuire rilevanza penale solo a quelle condotte che hanno avuto un ruolo di preminente importanza ed escludendo invece quelle meno rilevanti.

Balza però subito agli occhi che una tale teorizzazione presta il fianco alla critica di abbandonare paradigmi oggettivi a tutto vantaggio di criteri dai confini alquanto incerti: non è ben chiaro, infatti, quando la condotta possa definirsi "di spessore" tale da giustificare la sanzione penale, ossia quali siano i

²⁴⁵ Ibidem, pag. 3815.

criteri sulla base dei quali il giudice potrà compiere tale giudizio di rilevanza. Non del tutto opportuno pare poi, a mio avviso, il richiamo al disvalore etico – sociale della condotta quale elemento in grado di rappresentare il *discrimen* tra ciò che è penalmente rilevante e ciò che invece non lo è. Anche in questo caso, infatti, si corre il rischio di scivolare verso valutazioni prettamente soggettive, che prescindono da elementi tecnico – giuridici, in un ambito in cui, invece, occorrerebbe rimanere saldamente ancorati a criteri di tipo oggettivo, che prescindano da considerazioni di politica criminale, riservate, come ben sappiamo, alle scelte del legislatore.

4. Segue: i criteri di frequenza medio – bassi.

Il punto della Franzese che più di ogni altro ha animato dibattiti e discussioni tuttora non sopiti²⁴⁶, è però quello relativo alla possibilità di ricorrere nel giudizio controfattuale a leggi statistiche dai coefficienti di probabilità medio – bassi²⁴⁷.

Il primo problema che ci si pone è quello di cercare di capire che cosa abbiano inteso le Sezioni Unite per “coefficienti medio – bassi” di frequenza. Per rispondere a tale interrogativo si è richiamata quella parte della sentenza in cui i giudici criticano quegli orientamenti giurisprudenziali che si accontentano di probabilità quantificate in misura inferiore al 50 %. Da tale considerazione si è

²⁴⁶ Le critiche più pungenti e articolate son venute da Federico Stella in “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 788 e ss., e in “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi.”; in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1231 e ss.. Si veda inoltre F. Angioni, “Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica”, in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1318; F. D’Alessandro, “Voce: Rapporto di causalità – Postilla di aggiornamento”, in *Enc. Giur. Treccani*, XXV, Roma, 2006, pag. 2; P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 285 e ss.

²⁴⁷ Nella sentenza si legge che “È indubbio che coefficienti medio-bassi di probabilità c.d. frequentista per tipi di evento, rivelati dalla legge statistica (e ancor più da generalizzazioni empiriche del senso comune o da rilevazioni epidemiologiche), impongano verifiche attente e puntuali sia della fondatezza scientifica che della specifica applicabilità nella fattispecie concreta. Ma nulla esclude che anch'essi, se corroborati dal positivo riscontro probatorio, condotto secondo le cadenze tipiche della più aggiornata criteriologia medico-legale, circa la sicura non incidenza nel caso di specie di altri fattori interagenti in via alternativa, possano essere utilizzati per il riconoscimento giudiziale del necessario nesso di condizionamento”.

pensato di poter dedurre che, per le Sezioni Unite, i coefficienti di probabilità medio - bassi sono comunque coefficienti superiori al 50 %²⁴⁸. Tuttavia, se si considera il significato letterale dell' espressione utilizzata, la soluzione appena esposta non pare per nulla calzante: infatti, posto che il coefficiente medio non può che essere quello pari al 50%, è evidente che percentuali pari al 60 % o al 70 % saranno definite medio – alte, e che dunque le percentuali medio – basse sono solo quelle pari al 20-30-40 %.

Analizzando la sentenza Franzese abbiamo già individuato le ragioni che, in linea con quanto sostenuto da autorevole dottrina²⁴⁹, hanno portato i giudici di legittimità ad ammettere il ricorso a tale tipo di leggi statistiche e ad allontanarsi dunque da quelle tre sentenze battistiane del 2000 che, invece, consideravano presupposto indispensabile per un esito positivo del giudizio controfattuale la presenza di una legge di copertura con percentuali statistiche prossime all'unum, ossia al 100 %.

Tale soluzione si pone però in profondo contrasto con quanto sostenuto dai più autorevoli studiosi di filosofia della scienza, alle cui analisi fa riferimento Federico Stella per sostenere la propria critica. Egli sottolinea, anzitutto, che la valutazione sul nesso causale non richiede una certezza assoluta, poiché il giudizio presuppone il ricorso ad una serie di assunzioni tacite rispetto alle condizioni iniziali e alle leggi scientifiche, che ne implica una natura inevitabilmente probabilistica. Se dunque la certezza assoluta è irraggiungibile, si deve invece aspirare al massimo della certezza umanamente raggiungibile, che a suo parere si basa necessariamente o sulla ricostruzione degli anelli causali intermedi, o sulla sussunzione sotto leggi causali universali. Preso atto però dell'esistenza di discipline che, come la medicina, si basano essenzialmente sulla probabilità, si ammette il ricorso anche a leggi statistiche che devono però avere probabilità frequentiste vicinissime a 1, ossia alla certezza.

²⁴⁸ F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", cit., pag. 814; P. Veneziani, "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", cit., pag. 285 e ss.

²⁴⁹ M. Donini, "La causalità omissiva e l'imputazione per l'aumento del rischio. Significato teorico e pratico delle tendenze attuali in tema di accertamenti eziologici probabilistici e decorsi causali ipotetici", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1999, pag. 32 e ss.

Questo perché, per dirla con Carnap²⁵⁰, le spiegazioni ottenute col ricorso a leggi dalle frequenze medio – basse sono sì delle spiegazioni, ma sono deboli o estremamente deboli, mentre il giudice e il processo penale hanno bisogno di “spiegazioni forti”, le uniche in grado di garantire la protezione dell’innocente da un’ingiusta condanna. Un altro filosofo della scienza, Hempel, parla invece di “spiegazioni adeguate”, sottolineando l’importanza del contesto di riferimento: a suo parere, dunque, le devastanti conseguenze che potrebbero derivare da spiegazioni false nell’ambito di un processo penale rendono indispensabile il riferimento a probabilità statistiche vicinissime a 100. Ancor più chiara è la posizione di Agazzi²⁵¹, il quale sottolinea che “si può parlare di causalità solo in presenza di un nesso **necessario**; già il fatto di far coincidere tale necessità con una **universalità** non è esente da problemi, ma **almeno questa** deve essere assicurata. Ora, una legge statistica, proprio perché ammette eccezioni, già indica di per sé l’assenza di necessità e **il minimo che si possa esigere è che essa sia vicinissima all’universalità**, ossia che la frequenza relativa che essa esprime **sia vicinissima a 1**”²⁵².

Questa è dunque la posizione dominante nella filosofia della scienza²⁵³, espressione appunto della convinzione che le spiegazioni basate su coefficienti medio – bassi di probabilità frequentista non possono essere considerate soddisfacenti per il giudizio penale.

²⁵⁰ Carnap, “I fondamenti filosofici della fisica”, Milano, 1971.

²⁵¹ Agazzi, “La spiegazione causale di eventi individuali (o singoli)”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1999, pag. 393 - 407.

²⁵² Agazzi riporta, a titolo di esempio, la legge statistica, peraltro dotata di un grado elevato di probabilità, secondo cui il fumo può produrre il cancro al polmone: tuttavia, non solo ci sono accaniti fumatori che non contraggono il cancro, ma vi sono anche persone che si ammalano pur non avendo mai fumato una sigaretta. Pertanto, anche se si riscontra il cancro in un soggetto fumatore, non si può affermare con certezza che il fumo ne è stato la causa. A maggior ragione, a suo parere, “una regolarità statistica di *bassa frequenza* non è assolutamente in grado di stabilire l’imputazione causale dell’evento singolo”.

²⁵³ Sempre secondo F. Stella (si veda “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 798) anche gli studi più recenti di medicina legale si collocano sulla stessa linea. Si citano Fiori, che plaude al superamento dell’orientamento tradizionale delle serie ed apprezzabili probabilità di successo, e Barni che afferma che, le conclusioni certe necessitano di leggi statistiche con coefficienti percentuali vicino a 100, perché solo così potrà raggiungersi una spiegazione forte.

Ciò anche perché, dietro il ricorso a tali tipi di probabilità, si celerebbe il rischio di riferirsi in realtà ad eventi che non sono stati effettivamente causati da una certa condotta, ma che semplicemente si sono verificati in una fase cronologicamente successiva rispetto alla condotta stessa. Emerge dunque la preoccupazione che, in tal modo, si finisca per attribuire rilevanza al criterio del *post hoc ergo propter hoc*²⁵⁴, criterio ripudiato dagli studiosi della causalità poiché ritenuto privo di pregio scientifico.

Altro limite del ricorso a tali frequenze sarebbe quello di avallare il criterio della probabilità *ex ante*, di per sé inadatto a fornire una spiegazione di come gli eventi si sono realmente svolti. Infatti, e in ciò si ravviserebbe un'incongruenza interna alla pronuncia delle Sezioni Unite, il giudizio sul nesso causale è un giudizio *ex post*, poiché solo così si è in grado di superare una mera valutazione statistica e di operare la concretizzazione del singolo caso sotto la legge scientifica di copertura.

Ma la dissonanza maggiore tra l'ammissibilità del ricorso a frequenze medio – basse e la pronuncia Franzese la si rinviene nel contrasto tra tali assunzioni e il riconoscimento del principio dell'oltre il ragionevole dubbio, quale regola probatoria e regola di giudizio. Si avverte, infatti, nella sentenza, una sorta di “salto logico”²⁵⁵, e si mette in dubbio che “se il supporto induttivo offerto dall'*explanans* non è forte, forte come quello garantito da una legge statistica con coefficiente percentualistico vicino a 100, il giudizio finale di probabilità causale *ex post*” possa raggiungere quel “grado di conferma richiesto dall'oltre il ragionevole dubbio per una sentenza di condanna”²⁵⁶. L'unica ipotesi in cui il ricorso a tali leggi consentirebbe comunque il rispetto della certezza processuale si ha quando l'enunciazione di leggi statistiche con coefficienti bassi o medio – bassi si accompagni alla ricostruzione degli anelli causali intermedi²⁵⁷. Per tutti gli altri casi, invece, il contrasto tra frequenze medio – basse e regola dell'oltre il

²⁵⁴ F. Stella, “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi.”, cit., pag. 1236 e ss.

²⁵⁵ P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, cit., pag. 285 e ss.

²⁵⁶ F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 814.

²⁵⁷ Ibidem, pag. 815.

ragionevole dubbio pare, agli occhi di Stella, del tutto insanabile. Egli auspicava dunque un nuovo intervento giurisprudenziale capace di risolvere tale incoerenza interna alla pronuncia, precisando che comunque a dover essere accantonata non è certamente la regola dell'oltre il ragionevole dubbio, considerata un vero baluardo del moderno diritto penale democratico.

Affermare che il ragionevole dubbio può essere superato solo col ricorso a leggi statistiche dotate di una probabilità frequentista prossima a 100, nasconde però il rischio di ricadere nell'equivoco di far coincidere la credibilità espressa dalla legge scientifica di riferimento con la credibilità data dall'accertamento processuale del nesso causale²⁵⁸. Vi è quindi chi condivide pienamente la scelta delle Sezioni Unite, ritenendo che la regola dell'oltre il ragionevole dubbio, non impone in alcun modo una preventiva scelta sul tipo di leggi statistiche utilizzabili nel processo penale: si può e si deve, dunque, prediligere un modello che non sia legato pregiudizialmente all'impiego di una specifica tipologia di leggi. Secondo i sostenitori di quest'ultimo punto di vista, la posizione estremamente rigorosa di Stella e di coloro che appoggiano le sue teorizzazioni si fonda sul pregiudizio secondo cui, quando si ha a che fare con spiegazioni statistiche, sarebbe sempre sconosciuto e non conoscibile l'effettivo assetto della situazione empirica che vi è alla base. In realtà, invece, vi sarebbero ipotesi in cui le conoscenze scientifiche disponibili sono adeguate e idonee a consentire l'indagine sui complessi fattori causali che stanno alla base della verifica di un evento, ed è quindi "possibile confrontarsi con i diversi *coetera* assunti come *pares* dalla spiegazione ipotizzata in astratto, per essere gli stessi noti e per essere note, altresì, le relative leggi esplicative"²⁵⁹. Non ci si nasconde che, ovviamente, in questi casi il compito del giudice diventa molto più arduo e complesso di quello che egli ha quando il processo funge da ambito di mero controllo di verità pre-confezionate al di fuori, assumendo invece un ruolo assolutamente centrale la fase probatoria.

²⁵⁸ C. Piemontese, "Il principio dell'<oltre il ragionevole dubbio>, tra accertamento processuale e ricostruzione dei presupposti della responsabilità penale", in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 761.

²⁵⁹ *Ibidem*, pag. 760.

Qualche altro autore²⁶⁰, spingendosi un po' avanti nel tempo, aveva preannunciato che in non pochi casi i giudici avrebbero ritenuto raggiunta la prova della causalità omissiva pur facendo ricorso a frequenze medio – basse di probabilità, mentre con maggiori difficoltà si sarebbe verificata l'ipotesi opposta, ossia l'assoluzione pur in presenza di una legge statistica in base alla quale il comportamento doveroso omesso avrebbe avuto probabilità di successo prossime al 100 %. Ciò potrebbe peraltro portare alla violazione di un altro dei principi fondamentali del nostro ordinamento penale, ossia quello della frammentarietà del sistema penale, che verrebbe ad essere superato in virtù della necessità di colmare presunte lacune e vuoti di tutela.

5. Segue: l'impossibilità di escludere i fattori causali alternativi nelle fattispecie omissive.

L'argomentazione adottata nella sentenza Franzese per giustificare il ricorso a frequenze medio – basse fa leva sul compimento di ulteriori verifiche, attente e puntuali, sia della fondatezza scientifica della legge, sia della sua specifica applicabilità nella fattispecie concreta: tale legge si reputa sufficiente, ai fini dell'imputazione causale, solo quando si possa escludere l'intervento di altre cause.

Anche su questo punto, però, non sono mancate critiche. Anzitutto si contesta che, con l'utilizzo di frequenze medio – basse, sia possibile escludere che l'evento dipenda da altre cause, sia perché la gran parte di queste altre cause non sono conosciute, né conoscibili, sia perché appaiono insuperabili gli ostacoli relativi alla prova²⁶¹. Non manca comunque chi²⁶², pur riconoscendo che l'accertamento pratico del procedimento volto ad escludere l'interferenza dei

²⁶⁰ P. Veneziani, "Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico", cit., pag. 289 e ss.

²⁶¹ In proposito si possono richiamare gli studi di coloro che si sono occupati dell'accertamento del nesso causale in caso di trasmissione del virus HIV dal partner malato a quello sano: si è infatti sostenuto che, fornire la prova della causalità e dell'esclusione di cause diverse dal rapporto sessuale con il partner malato, rappresenta una vera e propria prova *diabolica*. Si veda: Castaldo, "AIDS e diritto penale: tra dommatica e politica criminale", in *Studi Urbinati*, 1988-1989/1989-1990, n. 41-42, pag. 73 e ss.

²⁶² C. Piemontese, "Il principio dell'<oltre il ragionevole dubbio>, tra accertamento processuale e ricostruzione dei presupposti della responsabilità penale", cit., pag. 760.

numerosi fattori causali alternativi, sia particolarmente complesso in caso di leggi statistiche, ritiene comunque che quest'ostacolo di carattere pratico non possa tradursi in un ostacolo di carattere anche logico rispetto all'utilizzabilità di leggi con tali frequenze.

Più penetrante è invece l'osservazione critica di coloro che negano la stessa possibilità di operare tale verifica pur in presenza di coefficienti percentualistici sufficientemente alti, qualora si verta in ipotesi di causalità omissiva. Infatti, pur constatandosi che la sentenza Franzese è relativa ad un'ipotesi di causalità omissiva e che, il modello in essa elaborato, è stato poi esteso anche in ambito commissivo, alcuni studiosi²⁶³ sostengono che lo schema bifasico perfettamente funzionante in caso di azione, non possa essere utilizzato proprio per l'accertamento del nesso causale tra omissione ed evento, a causa dell'impossibilità in tali ipotesi di procedere all'esclusione dei fattori causali alternativi.

Si tratta, a dire il vero, di una posizione del tutto minoritaria, sia in dottrina che in giurisprudenza, largamente convinte invece della possibilità di operare l'esclusione dei decorsi causali alternativi anche in caso di omissione, alla luce della perfetta identità dell'accertamento causale in entrambe le ipotesi.

Dopo aver sottolineato che l'importanza dell'esclusione dei fattori causali alternativi era già stata evidenziata prima dell'intervento delle Sezioni Unite²⁶⁴, si riconosce tuttavia a tale pronuncia il merito di aver chiarito l'autonomia concettuale di tale fase rispetto a quella della sussunzione sotto leggi

²⁶³ L. Masera, "Il modello causale delle Sezioni Unite e la causalità omissiva", in *Dir. pen. e proc.*, 2006, pag. 493 e ss.; F. Viganò "Problemi vecchi e nuovi in tema di responsabilità penale per medical malpractice", in *Corriere del Merito*, 2006, pag. 961 e ss.

²⁶⁴ Si ricorda, infatti, che già nella sentenza sul disastro di Stava (cfr. Cass. Pen., IV, 6 dicembre 1990, Bonetti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2726, n. 1411 e in *Foro It.* 1992, II, pag. 36) si sottolineava che "il nesso di condizionamento tra azione ed evento potrà essere riconosciuto presente soltanto con una quantità di precisazioni e purchè sia ragionevolmente – non certamente – da escludere l'intervento di un diverso processo causale". In dottrina, poi, l'importanza di tale fase era stata già sottolineata da M. Donini, "La causalità omissiva e l'imputazione per l'aumento del rischio. Significato teorico e pratico delle tendenze attuali in tema di accertamenti eziologici probabilistici e decorsi causali ipotetici", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1999, pag. 32 e ss., il quale affermava che "in presenza di una legge di copertura di valore statistico... è del tutto decisivo, per la persuasività dell'accertamento, che si escluda l'intervento di altri fattori causali di rischio effettivamente interagenti in via concorrente o esclusiva (c.d. *exceptio ex pluribus causis*).

scientifiche, delineando quello che viene comunemente definito *schema bifasico*²⁶⁵. In base a tale schema, dopo aver individuato la legge scientifica di copertura (c.d. causalità generale), il giudice deve procedere a verificare che, nel caso concreto, non siano intervenuti fattori di rischio differenti rispetto alla condotta dell'imputato (c.d. causalità individuale).

Tale schema può essere applicato in caso di responsabilità commissiva, come dimostrato nell'esempio scolastico del contagio da Aids. Infatti, pur al cospetto di una legge statistica dotata di un valore probabilistico addirittura inferiore al 5 %, si sostiene che, qualora il giudice possa escludere con certezza la possibilità che il partner sano sia stato esposto a fattori di contagio differenti rispetto al rapporto sessuale con partner infetto, può ritenersi raggiunta la prova del nesso causale al di là di ogni ragionevole dubbio²⁶⁶.

Del tutto differenti sono invece le conclusioni che questi studiosi raggiungono in ambito di causalità omissiva. Per rendere più chiari i profili problematici posti dall'omissione si ricorre al classico esempio del medico M che, non diagnosticando la patologia (ad esempio, un'infezione tetanica), omette la corretta terapia e il paziente P muore poco dopo esser stato dimesso dall'ospedale. In questo caso, dopo aver accertato la posizione di garanzia in capo all'imputato M, la prima verifica da compiere è quella relativa all'accertamento del reale decorso fattuale: il giudice dovrà quindi chiedere ai periti di individuare quella che è stata la causa *reale* del decesso di P. In questa fase dunque acquista rilevanza l'esclusione di cause alternative, essendo ovvio l'esito assolutorio del giudizio qualora si constati che il paziente del succitato esempio non sia morto a causa dell'infezione tetanica ma per un infarto, del tutto indipendente dal fattore patogeno che il medico M avrebbe potuto e dovuto ostacolare.

²⁶⁵ Così, già prima della pronuncia delle Sezioni Unite si esprimeva O. Di Giovine, in "Lo statuto epistemologico della causalità penale tra cause sufficienti e condizioni necessarie", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 667.

²⁶⁶ Su questa ipotesi, peraltro, dobbiamo ricordare le perplessità, già citate addietro, di Federico Stella che, in un primo momento, ha sostenuto che solo in casi rarissimi, come quello della suora di clausura che contrae l'Aids in seguito ad uno stupro, sia possibile la sicura esclusione di fattori alternativi, mentre, nei suoi scritti successivi, ha negato con forza il valore euristico dell'eliminazione dei decorsi alternativi.

Accertato ciò è necessario domandarsi quale fosse la condotta che M avrebbe dovuto porre in essere, individuando, ad esempio, il momento in cui era possibile compiere l'esatta diagnosi (il giorno X all'ora Y) o quali fossero le terapie più idonee per contrastare la malattia (ad esempio, la dose D del siero antitetanico S)²⁶⁷.

L'ultima fase dell'accertamento causale consiste nel valutare se, constatato che il paziente P è morto proprio a causa del tetano, la morte si sarebbe potuta evitare se il medico M, il giorno X e all'ora Y, gli avesse somministrato la dose D del siero antitetanico S. Per compiere tale giudizio controfattuale il giudice dispone, ad esempio, di una legge scientifica in base alla quale la morte per tetano può essere evitata nel 60% dei casi dalla somministrazione della dose D del siero antitetanico S: si tratta, dunque, di accertare se il paziente P rientra in tale percentuale di casi oppure se invece fa parte di quel 40% di persone che sarebbero morte comunque. A questo punto il perito dovrà valutare tutti i fattori che, nel caso concreto, potevano influire sulle probabilità di guarigione: l'età del paziente, le sue condizioni generali di salute, la presenza di possibili fattori debilitanti per l'organismo, lo stadio della malattia, l'intensità dell'infezione, ecc. Non avrebbe invece alcun senso domandarsi se sono intervenuti fattori causali alternativi, ai quali la condotta dell'imputato M è rimasta estranea: infatti, sappiamo già che la causa reale della morte è l'infezione tetanica alla quale peraltro è rimasta estranea l'azione dell'imputato, che è citato in giudizio proprio per aver omesso di intervenire in un decorso causale già in atto²⁶⁸. Queste considerazioni sono frutto della natura doppiamente ipotetica della causalità omissiva²⁶⁹, che rende

²⁶⁷ Vi è chi (si veda F. Viganò "Problemi vecchi e nuovi in tema di responsabilità penale per medical malpractice", cit., pag. 967) mette in evidenza questo profilo, che potrebbe apparire quasi scontato, partendo dalla constatazione che spesso, nei capi d'imputazione, non viene indicata l'esatta condotta doverosa omessa che avrebbe potuto evitare il verificarsi dell'evento. Infatti i p.m. si limitano a effettuare contestazioni generiche (es. non aver adottato le corrette misure imposte dai protocolli terapeutici), mettendo così a repentaglio lo stesso diritto di difesa dell'imputato, che non è posto in grado di conoscere l'esatto addebito contestatogli.

²⁶⁸ Ibidem, pag. 969.

²⁶⁹ Ormai anche F. Stella (in "Causalità omissiva, probabilità, giudizi controfattuali. L'attività medico - chirurgica.", in *Cass. pen.*, 2005, n. 3/2005, pag.1078) ha aderito a questo filone che considera ipotetica la natura della causalità attiva e doppiamente ipotetica quella della causalità omissiva, riconoscendo che "Paliero ha ragione e io aderisco senz'altro alla sua idea del giudizio controfattuale di secondo grado".

impossibile l'eliminazione dei decorsi alternativi per due ragioni: “perché tale giudizio ha senso solo se il fattore di cui va vagliata la rilevanza, escludendo la sussistenza di altre possibili cause, è *realmente* intervenuto nel decorso causale, mentre la condotta del sanitario *non* si è inserita in tale decorso; e perché per definizione un elemento diverso dalla condotta del reo e capace di cagionare l'evento è sempre presente, ed è proprio quel fattore di rischio che la sussistenza della posizione di garanzia imponeva all'imputato di fronteggiare (nel caso del medico, la patologia da cui era affetto il paziente, e che la terapia omessa aveva la funzione di combattere)”²⁷⁰.

Pertanto, la concretizzazione della legge scientifica potrà portare solamente ad individuare una legge meno generica, ritagliata su quelle che sono le caratteristiche del paziente, che consentirà quindi di avere percentuali più alte o più basse rispetto al 60 % iniziale. Ciò che rileva però è che comunque il giudice si troverà ancora una volta di fronte a meri dati statistici e dunque la probabilità statistica assume nuovamente un rilievo decisivo nell'accertamento della causalità omissiva. Si ridimensiona quindi notevolmente il ruolo della valutazione *ex post* che, con l'eliminazione dei decorsi causali alternativi, avrebbe dovuto garantire la certezza processuale dell'imputazione oggettiva dell'evento al soggetto agente.

A queste considerazioni segue il rilievo che, per queste ragioni, la sentenza Franzese non può ritenersi risolutiva in ordine al problema dell'accertamento causale nei reati omissivi e che dunque ci si trova ancora una volta di fronte all'alternativa che aveva diviso la giurisprudenza prima del 2002: è necessario accertare che la condotta omessa avrebbe con certezza (e, dunque, con probabilità vicinissime al 100%) evitato il prodursi dell'evento lesivo oppure è sufficiente la prova che quella condotta avrebbe diminuito notevolmente le probabilità di verifica dell'evento lesivo?²⁷¹

6. Segue: il ricorso alle massime d'esperienza.

²⁷⁰ L. Masera, “Il modello causale delle Sezioni Unite e la causalità omissiva”, cit., pag. 499.

²⁷¹ *Ibidem*, pag. 501 e ss.; F. Viganò “Problemi vecchi e nuovi in tema di responsabilità penale per medical malpractice”, cit., pag. 969.

L'ultimo profilo della pronuncia Franzese che ha dato adito a perplessità e richieste di precisazioni è quello relativo alla possibilità di ricorrere, in caso di mancanza di leggi scientifiche, alle generalizzate regole d'esperienza.

Abbiamo precedentemente messo in luce che, sebbene la giurisprudenza dominante si sia sempre schierata in favore di tale possibilità, parte della dottrina²⁷² propendeva invece per l'impossibilità di fare affidamento sul senso comune o sulla cultura media della collettività, "non solo perché è impossibile stabilire rigorosamente in che cosa essi consistano, ma perché è noto che essi contengono un repertorio assai ampio e variegato di errori di metodo"²⁷³.

La scelta delle Sezioni Unite è stata in linea con la giurisprudenza precedente: il giudizio controfattuale, infatti, secondo la Corte, può essere condotto non solo sulla base di leggi scientifiche ma anche sulla base di generalizzazioni empiriche del senso comune, le c.d. massime di esperienza.

Questa posizione ha inizialmente attirato le critiche di Federico Stella, il quale ha apertamente dichiarato di non poter condividere la scelta delle Sezioni Unite di avallare quella prassi giurisprudenziale che consente al giudice di impiegare, spesso in via implicita, le generalizzazioni del senso comune. Il limite maggiore delle massime d'esperienza è che esse, secondo la già richiamata espressione di Forti, si rivelano spesso "massime d'inesperienza"²⁷⁴, rispetto alle quali diventa difficile un controllo critico per distinguere quelle affidabili da quelli inaffidabili.

Tuttavia, negli anni, lo stesso Stella sembra aver chiarito e in qualche modo modificato la propria posizione²⁷⁵: egli infatti sottolinea che, in realtà, quando le Sezioni Unite richiamano le massime d'esperienza, il riferimento è limitato a quelle generalizzazioni del senso comune che sono dotate di un fondamento scientifico. Solo queste ultime, infatti, sono affidabili, poiché dietro ad esse può essere individuato un "ben definito sapere scientifico, con le sue

²⁷² Ci si riferisce, in particolare, ai già citati scritti di Federico Stella.

²⁷³ F. Stella, "Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 787.

²⁷⁴ G. Forti, "L'immane concretezza", Milano, 2000, pag. 173.

²⁷⁵ F. Stella, "Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 36.

ipotesi da sottoporre al controllo della conferma e della falsificazione”²⁷⁶. Proprio la possibilità di vagliarne l’affidabilità rende possibile e corretta l’utilizzazione di questo tipo di massime²⁷⁷, che quindi non sono altro che l’espressione abbreviata e familiare di una legge scientifica²⁷⁸.

7. I pregi della sentenza Franzese.

Evidenziati i lati oscuri della sentenza che hanno alimentato dibattiti e divisioni dottrinali, va comunque riconosciuto che i principi di diritto sanciti dalle Sezioni Unite hanno avuto negli anni successivi al 2002 un’applicazione giurisprudenziale generalizzata: se si analizzano, infatti, le innumerevoli sentenze di legittimità in materia di causalità omissiva medica è difficile trovare sentenze in cui non vi sia un richiamo esplicito alla Franzese e ai principi in essa enunciati.

Anche chi, come Federico Stella, non ha risparmiato critiche ad alcuni profili della decisione, ne ha comunque messo in luce il ruolo di punto importante in quel processo di democratizzazione del diritto penale, avviato con la sentenza sul disastro di Stava del 1990 e diretto al definitivo superamento delle concezioni autoritarie che, a suo giudizio, avevano caratterizzato in passato l’accertamento processuale del nesso causale²⁷⁹.

Ed è proprio l’aver messo in primo piano il ruolo del processo penale, ai fini della stessa nozione sostanziale di causalità, che rappresenta un’altra conquista della Franzese, in cui si sottolinea che mai pretese difficoltà di prova, e dunque le stesse esigenze del processo, “potranno legittimare un’attenuazione del rigore nell’accertamento del nesso di condizionamento necessario e con esso una nozione debole di causalità”. In questa affermazione si rinviene la base su cui si fonda quella soluzione equilibrata che si cercava da tempo tra gli opposti estremismi dei due differenti indirizzi presenti nella sezione IV. Essa rappresenta,

²⁷⁶ Id., “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 787.

²⁷⁷ C. Brusco, “La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2612.

²⁷⁸ F. Angioni, “Note sull’imputazione dell’evento colposo con particolare riferimento all’attività medica”, in *Studi in onore di Giorgio Marinucci*, Giuffrè, 2006, pag. 1325 e ss.

²⁷⁹ F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 815.

infatti, la presa d'atto del fatto che “il processo penale è la ineliminabile <pietra d'inciampo> ed il reale metro della causalità, e quindi il configurarsi di questa è condizionato alla sua dimostrazione probatoria all'interno del processo”²⁸⁰.

D'altro canto non può neppure condividersi il timore espresso da alcuni operatori del diritto, che ha peraltro avuto ampia risonanza sui mezzi d'informazione, secondo cui la sentenza Franzese avrebbe esasperato in termini ipergarantistici l'accertamento del nesso di causalità medica. E' bene ancora una volta rimarcare che, quando la Corte parla di “certezza”, non si riferisce ad una certezza assoluta, ma a quella certezza che può raggiungersi con gli ordinari mezzi processuali, dunque appunto una “certezza processuale”. Per dare una risposta in termini pratici al timore precedentemente richiamato si è provato a rivisitare, secondo i criteri posti dalle Sezioni Unite, la celebre sentenza Silvestri, meglio conosciuta come sentenza del 30%²⁸¹. L'analisi della motivazione porta ad affermare che i giudici, seppur in maniera non chiarissima, hanno in realtà proceduto secondo l'iter logico che anni dopo sarebbe stato tracciato dalle Sezioni Unite. Essi, infatti, dopo aver individuato la legge statistica concernente la somministrazione del siero antitetanico, hanno plasmato tale legge generale tenendo conto delle peculiarità del caso concreto, quali la giovane età della donna, le sue buone condizioni generali di salute, il fatto che si trovasse in una struttura adeguata alla gestione di quel tipo di emergenze²⁸². Pertanto, anche alla luce dei nuovi criteri delineati nel 2002, si sarebbe potuti giungere ad una sentenza di condanna, peraltro in un caso-limite anche rispetto al criterio delle serie ed apprezzabili probabilità di successo. Tale osservazione dovrebbe dunque tacitare le perplessità di coloro che temono vuoti di tutela e un ritorno all'antico indulgenzialismo verso la classe medica.

²⁸⁰ G. F. Iadecola, “La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2005, pag. 736.

²⁸¹ Cass. Pen., IV, ud.12.7.1991, dep. 17.1.1992, Silvestri e Leone, in *Foro it.* 1992, II, pag. 363 – 368.

²⁸² La critica che può eventualmente muoversi alla pronuncia del 1992 è quella di aver individuato la stima del 30% sulla base di un'analisi peritale generica ed imprecisa.

Parte III

La giurisprudenza di legittimità e di merito successiva alla
Franzese

CAPITOLO I

Osservazioni generali

1. Introduzione alla problematica.

Analizzati i principi di diritto fissati dalle Sezioni Unite nel 2002 e preso atto delle principali osservazioni operate in proposito dalla dottrina più autorevole, non resta che verificare il rispetto di tali principi da parte della giurisprudenza, di legittimità e di merito, successiva alla Franzese.

Come accennato nella parte iniziale del presente lavoro, quando i giudici si trovano di fronte al problema dell'accertamento del nesso causale, nella gran parte dei casi operano un esplicito richiamo alla pronuncia delle Sezioni Unite. Tuttavia, tale "rinvio formale" spesso costituisce un mero specchietto per le allodole, poiché nell'applicazione pratica i principi sanciti nel 2002 vengono travolti e distorti: i giudici perciò si servono della copertura offerta dalla sentenza Franzese per ammantare di legittimità decisioni che invece si allontanano da quanto in essa sancito.

Pare dunque opportuna un'analisi capillare della giurisprudenza in materia, per toccare con mano le modalità con cui tale problematica si è manifestata e tentare così di individuare e classificare anche quei profili della pronuncia delle Sezioni Unite che più di altri hanno determinato problemi nella loro concreta applicazione.

Preso atto dell'esistenza di una problematica nel conformarsi in senso "sostanziale" alla Franzese, ci si può poi ulteriormente domandare su chi gravi una simile responsabilità: ci si deve chiedere, insomma, se ad aggirare i *dicta* delle Sezioni Unite siano stati gli stessi giudici di legittimità, oppure se una tale responsabilità vada a gravare in capo ai giudici di merito, tenendo ovviamente in considerazione quelli che sono i limiti connaturati al giudizio presso la Corte di Cassazione²⁸³.

²⁸³ Nella stessa sentenza Franzese si precisa infatti che "alla Corte di Cassazione, quale giudice di legittimità, è assegnato il compito di controllare retrospettivamente la razionalità delle argomentazioni giustificative - la c.d. giustificazione esterna - della decisione, inerenti ai dati empirici assunti dal giudice di merito come elementi di prova, alle inferenze formulate in base ad essi ed ai criteri che sostengono le conclusioni: non la decisione, dunque, bensì il contesto giustificativo di essa, come esplicitato dal giudice di merito nel ragionamento probatorio che fonda il giudizio di conferma dell'ipotesi sullo specifico fatto da provare".

2. Brevi osservazioni in ordine alle sentenze sull'amianto successive alla Franzese.

Prima ancora di passare all'analisi delle pronunce in materia di causalità medica, pare opportuno un breve cenno alla problematica causale inerente l'esposizione all'amianto e l'insorgenza di patologie neoplastiche.

Tale excursus, parzialmente estraneo alla materia trattata, è suggerito dalla constatazione che proprio quel fenomeno di ossequio meramente formale, di farisaico omaggio, ai principi stabiliti dalla Franzese, che andremo poi ad analizzare in materia di responsabilità medica, è stato abilmente messo in luce da Federico Stella in un suo scritto, proprio in relazione alle sentenze sull'amianto²⁸⁴. Egli, infatti, sottolinea che la IV Sezione della Corte di Cassazione, pur manifestando piena fedeltà e adesione all'insegnamento delle Sezioni Unite, i cui principi di diritto vengono costantemente richiamati a sostegno delle decisioni, di fatto esprime spesso i propri giudizi come se la Franzese "*tamquam non esset*"²⁸⁵.

In particolare, secondo Stella, tali pronunce disattenderebbero l'esigenza, esplicitata appunto nella Franzese, di raggiungere la prova, non soltanto della causalità c.d. generale, ma anche della c.d. causalità individuale: non ci si può, infatti, limitare a dimostrare che una condotta può determinare un certo evento (ad esempio, fornire la prova che l'esposizione all'amianto può provocare l'insorgenza del mesotelioma pleurico, di asbestosi e di tumori polmonari), essendo invece necessario il raggiungimento della certezza processuale che quel singolo evento è stato determinato da quella specifica condotta (ad esempio, il lavoratore X è stato colpito dalla malattia Y a causa dell'esposizione all'amianto presso la fabbrica Z e della condotta, attiva o omissiva, tenuta dal datore di lavoro L). Secondo Stella, dunque, poiché i giudici di legittimità, all'indomani della pronuncia delle Sezioni Unite, si sono ritrovati nell'impossibilità di sanzionare comportamenti gravemente colposi proprio per il mancato raggiungimento della prova della causalità individuale, essi hanno di fatto deciso di aggirare le difficoltà probatorie, limitandosi a fornire la prova della causalità generale. Egli denuncia,

²⁸⁴ Si fa riferimento a F. Stella, "L'allergia alle prove della causalità individuale. Le sentenze sull'amianto successive alla sentenza Franzese", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 379-431.

²⁸⁵ *Ibidem*, pag. 406.

inoltre, la confusione che continua a regnare intorno alla nozione di causalità, alimentata soprattutto dalla diffusione di un concetto di “causalità probabilistica”, “ossia dell’idea che un antecedente possa essere considerato causale se ha aumentato o non ha diminuito la *probabilità* – il rischio – che l’evento si verifichi, e/o se può essere definito, proprio per l’aumento delle probabilità o del rischio da esso determinato, condizione (*ex ante*) idonea, <in grado di> produrre l’evento, e perciò provvista di <capacità o potenzialità lesiva>”²⁸⁶.

Espressione emblematica dell’infedeltà della giurisprudenza post 2002 alle Sezioni Unite sarebbe il caso Macola²⁸⁷, relativo a lavoratori, impiegati presso stabilimenti in cui si producevano, riparavano e demolivano carrozze ferroviarie, deceduti in conseguenza dell’inalazione di polveri d’amianto. Già i giudici di merito²⁸⁸ avevano riconosciuto la responsabilità penale per omicidio colposo in capo ai componenti del consiglio d’amministrazione della società per azioni responsabile della gestione degli stabilimenti; la condanna veniva poi confermata in Cassazione. I giudici, dopo un ampio excursus relativo al problema causale e alla stessa pronuncia delle Sezioni Unite, cui affermano di voler aderire, in realtà fondano contraddittoriamente il rapporto di causalità sull’aumento/mancata diminuzione del rischio: affermano, infatti, che è da reputarsi complessivamente corretto il “ragionamento del giudice di merito secondo cui il significativo abbattimento dell’esposizione avrebbe comunque agito positivamente sui tempi di latenza o di insorgenza delle malattie mortali”²⁸⁹. Si sottolinea infatti che, una

²⁸⁶ Ibidem, pag. 382.

²⁸⁷ Cass. Pen., IV, 11 luglio 2002 (14 gennaio 2003), n. 953, Macola ed altri, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 3383-3400 con nota di R. Blaiotta, “Causalità e neoplasie da amianto”; in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 1168-1169; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 3629; in *Foro it.*, 2003, pag. 324 – 329, con nota di R. Guariniello, “Tumori professionali da amianto e responsabilità penale”; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 1142.

²⁸⁸ Si vedano Pret. Padova, 3 giugno 1998, imp. Macola, in *Riv. Trim. dir. Pen. Ec.*, 1998, pag. 720 e ss. e Corte d’Appello Venezia, 15 gennaio 2001, Macola, in *Riv. trim. dir. pen. ec.*, 2001, pag. 439 ss. E’ interessante notare che mentre la sentenza di primo grado richiama esplicitamente l’orientamento probabilistico e dell’aumento del rischio (si afferma, infatti, che quando è in gioco la salute o la vita, il comportamento richiesto è costituito in certi casi dal *non aumento o dalla diminuzione del rischio*), i giudici d’appello affermano invece di non condividere la tesi del c.d. aumento del rischio, ma non riescono comunque a superare i concetti di probabilità e potenzialità lesiva, che rendono dunque ugualmente censurabile la pronuncia.

²⁸⁹ Cass. Pen., IV, 11 luglio 2002 (14 gennaio 2003), n. 953, Macola ed altri, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 3391.

serie di interventi, sia pur complessi e costosi, avrebbero consentito quella radicale modifica delle modalità e delle tecniche operative utilizzate, tale da eliminare o ridurre significativamente l'esposizione dei lavoratori ai rischi di inalazione delle fibre d'amianto: ed è sulla base della mancata eliminazione o significativa riduzione della fonte di rischio che si afferma la sussistenza del rapporto causale e della conseguente responsabilità²⁹⁰.

Pare invece del tutto apprezzabile e condivisibile quella parte della sentenza in cui si chiarisce che l'evento, quale secondo termine del nesso causale, non è un evento di tipo generico ma è quello considerato *hic, nunc et quomodo*. Si precisa, infatti, che “dovrà riconoscersi il rapporto in questione non solo nei casi in cui sia provato che l'intervento doveroso o messo ...avrebbe evitato il prodursi dell'evento in concreto verificatosi, o ne avrebbe cagionato uno di intensità lesiva inferiore, ma altresì nei casi in cui sia provato che l'evento si sarebbe verificato in tempi significativamente (non minuti od ore) più lontani ovvero ancora quando, alla condotta colposa omissiva o commissiva, sia ricollegabile un'accelerazione dei tempi di latenza di una malattia provocata da altra causa (o che non sia possibile ricollegare etiologicamente alla condotta in questione)”²⁹¹.

Le stesse critiche mosse alla sentenza Macola, secondo Stella, possono essere rivolte anche ad un'altra pronuncia del 19 giugno 2003, sempre della Sezione IV. Si tratta della sentenza Giacomelli²⁹², in cui per la prima volta si prendono in considerazione tumori professionali da polvere di legno; in particolare, si condanna il responsabile di una industria del legno per aver

²⁹⁰ In materia di amianto si pongono sulla stessa linea, e con motivazioni analoghe, Cass. Pen., IV, 18 febbraio (2 maggio) 2003, Trioni, in *Riv. Trim. dir. pen. economia*, 2003, pag. 1685 (in cui si ribadisce che il rischio legato ad una breve esposizione ad amianto, cioè la causalità generale, è sufficiente come prova della causalità individuale); Cass. Pen., IV, 9 maggio (2 ottobre) 2003, n. 37432, Monti e altri, in *Foro it.* II, pag. 69-83, con nota di R. Guariniello e in *Riv. pen.*, 2004, pag. 762 (caso relativo all'omissione, da parte dei responsabili del servizio sanitario nazionale delle Ferrovie dello Stato, dei controlli mirati alla prevenzione del rischio derivante dalla cronica esposizione all'amianto da parte dei lavoratori, e la morte o le lesioni verificatesi come effetto di tale esposizione); Corte Appello Torino, IV pen., 18 marzo 2004, inedita (in cui si afferma esplicitamente che “in tema di malattie professionali, affinché sussista il rapporto eziologico, è necessario e *sufficiente* che il datore di lavoro realizzi una *condizione idonea* a produrre la malattia”).

²⁹¹ *Ibidem*, pag. 3390.

²⁹² Cass. Pen., IV, 19 giugno 2003, Giacomelli, in *Foro it.*, 2004, II, pag. 69-83 con nota di R. Guariniello.

cagionato degli adenocarcinomi al naso ad alcuni dipendenti, proprio a seguito dell'esposizione alle polveri di legno. Anche in questo caso i giudici, secondo l'analisi di Stella, fondano di fatto la responsabilità degli imputati sulla sola base dell'accertamento della causalità generale.

Nel luglio dello stesso anno tuttavia la stessa Sezione, pronunciandosi sul caso Eva²⁹³, sembra operare, per la prima volta in tema di amianto, un'integrale applicazione dei principi della Franzese. Il caso riguarda la moglie di un lavoratore, addetto ad operazioni comportanti esposizione ad amianto, che per anni aveva provveduto a pulire gli indumenti di lavoro del marito: la donna aveva contratto asbestosi e mesotelioma pleurico, a seguito dei quali era deceduta²⁹⁴. La Cassazione annulla con rinvio la sentenza di merito²⁹⁵, proprio censurando la motivazione nella parte in cui si affermava la sussistenza del nesso causale sulla base di giudizi di "possibilità" o di "più probabile che no", senza che però venissero indicate le ragioni per le quali – considerato che la vittima aveva subito per un periodo di circa 20 anni esposizioni all'amianto prima che l'imputato *assumesse la posizione di garanzia – si era attribuita all'esposizione successiva all'assunzione della posizione di garanzia, per circa 5 anni, una significativa incidenza sulla malattia della vittima tale da far ritenere la sussistenza del nesso causale tra omissione e decesso*²⁹⁶.

In conclusione Stella, preso atto delle difficoltà che si incontrano nell'accertamento della causalità individuale in tema di amianto, auspica l'adozione di un modello forgiato sull'esperienza statunitense in cui tutti i processi relativi all'esposizione all'amianto sono processi civili instaurati per

²⁹³ Cass. Pen., IV, 15 maggio (1 luglio) 2003, Eva, in *Guida al diritto*, n. 49, 2003, pag. 75; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 762; in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 424 e ss., con nota di E. Di Salvo "Tumori da amianto e nesso di causalità".

²⁹⁴ Per un caso analogo si veda Cass. Pen., IV, 30 marzo 2000 (6 febbraio 2001), n. 5037, Camposano, in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 171; in *Dir. e giust.*, n. 7, pag. 22; in *Foro it.*, 2001, II, pag. 278, con nota di Guariniello "Dai tumori professionali ai tumori extraprofessionali da amianto".

²⁹⁵ Corte Appello Torino, III pen., 28 settembre 2001, inedita.

²⁹⁶ Stella peraltro sottolinea che la cultura delle prove, da cui si sono volutamente allontanati nelle succitate occasioni i giudici di legittimità, si è invece diffusa presso i giudici di merito. In proposito cita la sentenza del Tribunale monocratico di Milano del 20 dicembre 1999 (in *Foro It.*, 2001, c. 53) relativa al succitato caso Trioni, nonché un'altra sentenza dello stesso Tribunale di Milano, datata 13 febbraio 2003, sul caso Schirone (inedita).

ottenere il risarcimento del danno²⁹⁷. Ciò comporta il vantaggio di non dover provare la sussistenza del nesso causale “al di là di ogni ragionevole dubbio”, potendosi invece reputare sufficiente una nozione di causalità più debole, ancorata al “più probabile che no”.

CAPITOLO II

Le sentenze che si uniformano ai principi di diritto sanciti dalle Sezioni Unite

1. I primi esempi di conformità alle Sezioni Unite.

Dopo la breve parentesi dedicata alle sentenze sull'amianto, non ci resta che verificare le modalità con cui i giudici hanno applicato la Franzese in materia di responsabilità professionale del medico.

²⁹⁷ F. Stella, “L’allergia alle prove della causalità individuale. Le sentenze sull’amianto successive alla sentenza Franzese”, cit., pag. 386.

I primi a recepire gli insegnamenti delle Sezioni Unite sono stati i giudici di merito. Infatti, è del novembre 2002, quindi di pochi mesi successiva alla Franzese, una pronuncia del Tribunale di Palermo²⁹⁸, che rappresenta, a mio giudizio, una delle prime applicazioni pratiche di quanto affermato dalle Sezioni Unite. Il caso è quello relativo alla morte di un paziente sottoposto ad arteriografia; nel momento immediatamente successivo all'esecuzione dell'esame, infatti, si manifestavano i sintomi di una trombosi che portava poi all'exitus. Nell'accertare il nesso causale tra la condotta del medico e la morte del paziente, si richiamava il concetto di "alto o elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica". Quel che però appare più interessante, al di là del mero richiamo a tale formula stereotipata, è che nel compiere il giudizio controfattuale si fa anzitutto riferimento alla scienza medica, in base alla quale la trombosi rappresenta una ben nota complicanza dell'arteriografia. Non ci si limita però al richiamo di tale legge di copertura, poiché essa viene poi integrata con la verifica in concreto della sua validità, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile: infatti, si tiene in considerazione l'immediata prossimità temporale tra l'insorgenza dei sintomi della trombosi, poi riscontrata dall'ecodoppler, e l'arteriografia, nonché la localizzazione della lesione e l'assenza di ulteriori e differenti concause.

Sulla base del criterio dell'"oltre il ragionevole dubbio", invece, il Tribunale di Forlì²⁹⁹ manda assolto un medico dall'accusa di omicidio colposo per aver ommesso di prescrivere tempestivamente ad una paziente, pur in presenza di sintomi idonei a indicare l'insorgenza di un tumore al seno, l'esame mammografico, che avrebbe potuto anticipare significativamente i tempi della diagnosi e l'inizio della terapia. Il giudice, infatti, persistendo un dubbio circa la reale efficacia condizionante della condotta medica omissiva rispetto alla successiva morte della paziente, pronuncia sentenza di non luogo a procedere

²⁹⁸ Trib. Palermo, 5 novembre 2002, est. Pappalardo, in *Giur. mer.*, 2004, pag. 762.

²⁹⁹ Trib. Forlì, 9 dicembre 2003, Leonidou, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 817-818.

perché il fatto non sussiste, in perfetta adesione con quanto prescritto dalle Sezioni Unite³⁰⁰.

Un allineamento ai principi enunciati dalla Franzese³⁰¹ si riscontra anche in una sentenza della Corte d'Appello di Venezia³⁰², in cui, nel ribadire un concetto “forte” di causalità, ci si allontana con decisione da giudizi di natura probabilistica espressi in termini meramente percentualistici. Il caso è relativo ad una presunta condotta imprudente posta in essere da un ginecologo nello svolgimento di un esame prenatale diretto ad accertare eventuali malformazioni del feto. L'esame consisteva in una funicolocentesi, ossia nell'introduzione di un ago nella cavità uterina al fine di raggiungere il cordone ombelicale per prelevare il sangue fetale: a causa dei continui movimenti del feto, però, prima che fosse possibile il prelievo ematico, il medico dovette compiere ben cinque perforazioni. Il decorso post-operatorio della paziente fu anomalo, con persistente iperpiressia e continue perdite di liquido ematico: poco dopo, si palesò la prematura rottura delle membrane e la cessazione del battito cardiaco del feto, con conseguente immediata induzione del parto.

Le indagini peritali disposte accertarono che la continua perforazione della parete addominale aveva determinato un'infezione, più precisamente una corion-amnionite che aveva, a sua volta, causato la rottura delle membrane e l'aborto. Già il Tribunale monocratico di Padova³⁰³ mandò assolto l'imputato. Per quanto attiene al profilo soggettivo il giudice ravvisò gli estremi della colpa per imperizia nella condotta del ginecologo, il quale, dopo il terzo o al massimo il

³⁰⁰ Si richiama il principio di diritto enunciato dalle Sezioni Unite alla lettera c) in base al quale “L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio.”

³⁰¹ A. Ferrato, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico. Nota a Trib. Padova 7 giugno 2001 Giud. Lolli e Corte d'appello di Venezia, I, 8 maggio 2003, Pres. Est. Doderò”, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, pag. 1146.

³⁰² Corte d'appello di Venezia, I, 8 maggio 2003, Pres. Est. Doderò, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 4-5, pag. 1137 – 1153 con nota di A. Ferrato, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico”.

³⁰³ Trib. Padova 7 giugno 2001 Giud. Lolli, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, pag. 1137 – 1153 con nota di Ferrato, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico”.

quarto tentativo infruttuoso, avrebbe dovuto rimandare la ripetizione dell'intervento a un giorno successivo, poiché l'aver praticato una quinta perforazione aveva aumentato la possibilità di complicanze e il conseguente rischio di aborto. D'altra parte però egli ritenne non sufficienti gli "elementi di prova per asserire a posteriori, in termini di causalità materiale, che sia stata la quarta o la quinta e non una delle prime tre perforazioni a cagionare la perdita del feto". Sebbene, dunque, la pronuncia del Tribunale preceda di circa un anno quella delle Sezioni Unite, si accoglie un modello di "causalità forte", basato sul condizionale controfattuale e imperniato sull'esclusione, nel caso concreto, di fattori causali alternativi. La portata di questa decisione è ancora più rilevante se solo si considera che, l'applicazione del criterio probabilistico che fino a quel momento aveva rappresentato l'orientamento dominante, avrebbe portato a ritenere sussistente il nesso eziologico e dunque ad una condanna per il ginecologo.

Come detto, la decisione di primo grado veniva confermata dalla Corte d'Appello lagunare, che giungeva a conclusioni ancor più favorevoli per il medico escludendo anche ogni elemento di colpa nella sua condotta. Sotto il profilo causale ribadiva la necessità di raggiungere la certezza processuale, ossia quella certezza che permette di affermare che nel caso concreto non sono intervenuti altri fattori causali alternativi e che, dunque, la condotta del medico è stata *condicio sine qua non* dell'evento lesivo.

Tale certezza processuale si reputa raggiunta anche in un caso³⁰⁴ deciso nel 2003 dalla IV Sezione Penale. Questa sentenza rappresenta, a mio avviso, una delle prime applicazioni dei criteri delineati dalle Sezioni Unite che sia stata compiuta in sede di legittimità³⁰⁵.

³⁰⁴ Cass. Pen., IV, 28 maggio (16 settembre) 2003, n. 834, Palladino, in *Studium Iuris*, 2004, pag. 536, con nota di A. Palma; in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 1179-1188 con nota di G. F. Iadecola, "Medici, lavorare in *equipe* non esclude la responsabilità. E sul nesso causale si conferma la tesi delle sezioni unite"; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 769, pag. 2387-2392; in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 56.

³⁰⁵ Si vedano più avanti (cfr. Parte III - Cap. IV) le argomentazioni in base alle quali alcune pronunce del 2003, talvolta citate come esempi di conformità alle Sezioni Unite (ad esempio il caso Albissini), non possono, a mio giudizio, essere ritenute pienamente rispettose di tali *dicta*.

La dott.ssa Palladino, medico specialista in igiene, viene condannata, sia in primo grado che in appello, per la morte di Silvia Modeo, una ragazza di 23 anni che si era rivolta a lei per risolvere i suoi problemi di obesità. Infatti, il medico somministrava alla paziente, senza aver prima predisposto alcun esame clinico, dei farmaci contenenti jodiocaseina, che cagionavano danni alla salute della ragazza e che, dopo poco meno di tre anni dall'inizio del trattamento, provocavano un ipertiroidismo iatrogeno da cui derivava uno scompenso cardiaco che, a sua volta, provocava il decesso della Modeo.

La Corte, anzitutto, ribadisce la colposità della condotta tenuta dalla Palladino: si reputa infatti negligente e imperita, “la condotta del medico che prescriva e somministri medicinali potenzialmente idonei a interferire su funzioni essenziali della persona, senza verificarne preventivamente, con i mezzi scientifici a disposizione, la tollerabilità da parte del paziente e l'inesistenza di controindicazioni e senza verificarne gli effetti nel corso della terapia”. D'altro canto si sottolinea che una simile valutazione va fatta tenendo anche in considerazione il “rapporto costi benefici (nel senso che è possibile la somministrazione di un farmaco potenzialmente pericoloso quando i rischi della malattia non siano altrimenti contrastabili e appaiano più gravi delle potenziali conseguenze della somministrazione del farmaco); ma, nel caso di specie, nessun elemento induce a ritenere che la patologia della paziente (obesità) fosse di gravità tale da indurre alla somministrazione dei farmaci”.

Passando poi ad analizzare la sussistenza del nesso eziologico tra la somministrazione della jodiocaseina e l'evento morte, i giudici sottolineano che l'accertamento in sede di merito è stato compiuto non in termini probabilistici, come sostenuto dalla difesa della Palladino, bensì secondo i parametri di certezza processuale e di elevata credibilità razionale richiesti dalle Sezioni Unite.

Si è anzitutto stabilito con certezza, definita addirittura “inattaccabile”, che l'ipertiroidismo della Modeo era una diretta conseguenza dell'assunzione del farmaco somministrato dalla dottoressa: ciò è stato sostenuto, non solo sulla base della letteratura medica acquisita tramite diverse consulenze tecniche, ma anche considerando le indagini cliniche e gli esami strumentali eseguiti sulla

paziente prima e dopo la sua morte, nonché la diagnosi di ipertiroidismo di natura iatrogena fatta da tutti i medici che visitarono la Modeo durante i suoi ricoveri in vari ospedali. I giudici di merito hanno inoltre escluso l'eventuale esistenza di un'ipotesi alternativa rispetto a quella della natura iatrogena dell'ipertiroidismo, confutando la tesi avanzata dal consulente tecnico dell'imputata, secondo cui la Modeo sarebbe stata affetta da una pregressa tiroidite subacuta silente.

La stessa interazione tra letteratura scientifica e peculiarità del caso concreto ha poi portato i giudici a sostenere la sussistenza del nesso eziologico tra ipertiroidismo e scompenso cardiaco. I giudici richiamano analiticamente i vari contributi della comunità scientifica nei quali si afferma che tra gli effetti dell'ipertiroidismo vi sono le alterazioni cardiovascolari e sottolineano che proprio lo scompenso cardiaco si può manifestare anche in pazienti giovani come la Modeo. Essi precisano, inoltre, che considerata la gravità, le modalità e l'entità dello scompenso concretamente manifestatosi, non esistevano altre cause da sole sufficienti a determinarlo, sottolineando quindi che eventuali differenti condizioni interagenti avrebbero al più potuto assurgere a mere concause dell'evento.

2. Le sentenze del 2004 in linea con la Franzese.

Bisogna dunque attendere il 2004 perché la Cassazione applichi con maggior costanza e precisione i principi di diritto elaborati dalle Sezioni Unite³⁰⁶.

Al riguardo si può richiamare, anzitutto, la sentenza Verde, depositata il 17 settembre 2004³⁰⁷. Il caso è relativo al decesso di Nunzio Cosentino, a cui veniva diagnosticata dal proprio medico di base una tracheo bronchite: il medico prescriveva la somministrazione del farmaco Hiprim ma, dopo una decina di giorni di terapia, il Cosentino manifestava una reazione allergica al farmaco e veniva ricoverato presso il reparto di medicina generale diretto dal dott. Verde.

³⁰⁶ G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 735.

³⁰⁷ Cass. Pen., IV, 5 luglio (17 settembre) 2004, n. 36805, Verde, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

Solo il giorno successivo al ricovero, il dott. Verde richiedeva una consulenza dermatologica ma le condizioni del Cosentino, affetto da sindrome di Steven Johnson, subito evolutesi in necrolisi tossica epidermica (o Sindrome di Lyell), si erano ormai aggravate a tal punto che egli moriva il giorno stesso a causa di un grave shock tossico e ipovolemico.

Nei due gradi di giudizio, al Verde veniva contestato di non aver tempestivamente diagnosticato la patologia da cui era affetto il Cosentino, di aver richiesto con ingiustificato ritardo una consulenza dermatologica e di aver conseguentemente omesso una tempestiva, adeguata e intensiva terapia. La Corte d'Appello di Catania, dopo aver disposto la rinnovazione del dibattimento e lo svolgimento di una perizia collegiale, confermava la sentenza di condanna emessa in primo grado, per avere il Verde, con imperizia e negligenza, cagionato la morte del paziente. La difesa del Verde presenta ricorso per cassazione, lamentando l'erronea applicazione della legge penale e la mancanza e manifesta illogicità della motivazione per quanto attiene sia all'accertamento della colpa che al nesso di causalità. Deduceva, inoltre, l'inosservanza della legge penale per essersi il reato prescritto già prima della sentenza d'appello.

La Cassazione, con la pronuncia già richiamata, annulla senza rinvio la sentenza impugnata per essersi il reato ascritto estinto per prescrizione in data successiva alla pronuncia d'appello, vista la concessione delle attenuanti generiche. Sottolinea, però, che il ricorso per cassazione, pur non essendo manifestamente infondato, non consente di raggiungere una piena prova d'innocenza del medesimo.

In particolare, per quanto a noi interessa, la IV Sezione, dopo aver verificato la piena logicità e congruenza del giudizio espresso dai giudici di merito in ordine all'imperizia e alla negligenza della condotta tenuta dal Verde, sottolinea che la pronuncia non è censurabile neppure sotto il profilo del nesso di causalità, rispondendo pienamente alle linee interpretative dettate dalle Sezioni Unite nella nota sentenza Franzese. Se tale giudizio di conformità alla Franzese spesso si risolve in un ossequio apparente e di mera forma, nel caso di specie sembra potersi affermare, senza timore di smentita, che i giudici abbiano correttamente

seguito i vari passaggi dell'iter delineato nel 2002. Infatti, i giudici, esclusa l'interferenza di fattori alternativi connessi alle condizioni del paziente o a precedenti patologie da questi manifestate, ancorano il proprio giudizio alla legge scientifica di copertura in base alla quale le percentuali di mortalità nei soggetti affetti dalla Sindrome di Lyell oscillano tra il 15 e il 25 % nei soggetti anziani. Tali dati scientifici generali vengono poi calati nel caso concreto individuando quegli specifici fattori personali, quali la giovane età del Cosentino (42 anni) e le sue buone condizioni cliniche, non essendo il ragazzo affetto da altre patologie di rilievo, che portano a concludere che il paziente "aveva una probabilità di sopravvivenza assai rilevante ove fosse stato tempestivamente e opportunamente curato e dunque appare giustificato il giudizio della Corte di appello che in tale situazione ha ravvisato il nesso di causalità".

Altro esempio di integrale e sostanziale applicazione della Franzese si può rinvenire nella sentenza D'Andrea³⁰⁸. I giudici si trovano a dover giudicare sulle responsabilità mediche per la morte della gestante Maria Teresa Buccino che, a causa della comparsa di algie pelviche, di perdite ematiche dai genitali e di iperpiressia, il 3 aprile 1997 viene ricoverata presso il reparto di ostetricia e ginecologia diretto dal dott. D'Andrea. La donna muore, nello stesso reparto, il successivo 21 aprile nel corso di un intervento di induzione abortiva farmacologica per "arresto acuto di circolo...in soggetto decisamente anemico".

Il Tribunale di Potenza condanna il dott. D'Andrea per il delitto di omicidio colposo, ritenendo che la sua condotta sia stata negligente, imprudente ed imperita. Egli, infatti, per ben 11 giorni non è intervenuto per contrastare la crisi ematica; inoltre, dal 15 al 20 aprile, malgrado il peggioramento delle condizioni della Buccino, non ha disposto alcuna emotrasfusione e, adottata tardivamente la decisione di procedere ad intervento abortivo, ha erroneamente optato per la via farmacologica e non per quella chirurgica, per di più usando un medicinale controindicato per l'alto rischio emorragico. La Corte d'Appello di Potenza conferma la sentenza di primo grado, specificando che non può

³⁰⁸ Cass. Pen., IV, 11 febbraio (16 luglio) 2004, n. 31304, D'Andrea, in *Guida al diritto*, 2004, n. 33, pag. 83-84.

accogliersi la ricostruzione prospettata dalla difesa, secondo cui la morte sarebbe stata cagionata da un errato dislocamento dei valori del pace-maker, e ritenendo perciò raggiunta la certezza processuale in ordine alla sussistenza del nesso causale.

Propone ricorso per cassazione la difesa del D'Andrea che, per quanto rileva ai fini della presente trattazione, sostiene proprio la nullità della sentenza perché non sarebbe stata raggiunta la certezza processuale in ordine alla sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva e l'evento, sia tenuto conto del determinante ruolo svolto dalla disfunzione del pace-maker, sia per la mancata applicazione della Franzese.

La IV Sezione rigetta il ricorso, rilevando l'assoluta congruità della motivazione dei giudici di merito laddove sostengono che non vi sia stata un'effettiva disfunzione del pace-maker e che, comunque, tale disfunzione avrebbe al massimo assunto il ruolo di concausa ma mai quello di causa sopravvenuta ex art. 41 co. 2 c.p.³⁰⁹. Reputa inoltre che non sia ravvisabile alcun'altra illogicità, incongruenza o incompletezza nella ricostruzione del nesso causale, proprio perché ci si è ispirati ai principi sanciti dalle Sezioni Unite. I giudici di merito, infatti, hanno correttamente effettuato il giudizio controfattuale, basando la propria convinzione su quella massima d'esperienza secondo cui “un più attento controllo dell'emocromo avrebbe sicuramente evitato la progressiva anemizzazione della paziente, *id est* avrebbe consentito di intervenire almeno con adeguate emotrasfusioni – se non subito con l'interruzione della gravidanza – prima che il peggiorare delle condizioni generali e dei valori dell'emoglobina annunciassero fattori di rischio nell'intervento chirurgico..”; essi ricordano inoltre che il farmaco utilizzato dal D'Andrea può produrre effetti negativi sul cuore. Da

³⁰⁹ Si richiama, infatti, la giurisprudenza di legittimità secondo la quale (cfr. *Cass. Pen.*, 19.12.1996, n. 578 e *Cass. Pen.*, 21.10.1997, n. 10760), “La causa sopravvenuta sufficiente da sola alla produzione dell'evento e quindi interruttiva del nesso eziologico è soltanto quella del tutto indipendente dal fatto posto in essere dall'agente, avulsa totalmente dalla sua condotta ed operante in assoluta autonomia, in modo da sfuggire al controllo ed quella preesistente da un nesso di interdipendenza ed, in tal caso, le cause concorrenti – che non siano da sole sufficienti a determinare l'evento per il necessario porsi della prima come condizione necessaria antecedente – sono tutte e ciascuna causa dell'evento in base al principio della causalità materiale fondato sull'equivalenza delle condizioni”.

tali valutazioni di “causalità generale” i giudici passano poi, correttamente, alla valutazione delle peculiarità del caso concreto: essi considerano, anzitutto, la giovane età della donna, che aveva già portato a termine una gravidanza senza complicazioni. Mettono poi in luce il ruolo di antecedente causale rappresentato dal deterioramento delle condizioni fisiche generali della Buccino, determinato, come detto, dalle omissioni del D’Andrea: tale stato complessivo viene reputato sicuramente idoneo a far sì che la donna non sia riuscita a sopportare un ulteriore intervento medico errato, e cioè l’induzione abortiva farmacologica, anziché chirurgica. Tutte queste considerazioni portano dunque i giudici di legittimità a ritenere insussistente qualsiasi “ragionevole dubbio” in ordine alla reale efficacia condizionante della condotta del medico nella produzione dell’evento lesivo.

La pronuncia del 2004 che però, a mio parere, più di altre³¹⁰ merita di essere ricordata per la chiarezza espositiva e la limpida applicazione dei precetti delle Sezioni Unite, è la sentenza Marandola³¹¹, non a caso redatta da Mariano Battisti, già estensore delle tre importantissime sentenze datate 2000, da cui prese avvio il contrasto interno alla IV Sezione risolto solo nel 2002³¹².

³¹⁰ Tra le altre, si può ricordare anche Cass. Pen., IV, 16 settembre (22 novembre) 2004, n. 45101, D’Amico, in *Guida al diritto*, 2005, n. 3, pag. 93-94. Il caso è purtroppo tutt’altro che raro in ambito ginecologico: manifestarsi della sofferenza fetale, ritardo di circa 20 minuti nell’esecuzione del cesareo, morte del feto e lesioni gravissime ai danni della madre. Mentre in primo grado si condannano i due ginecologi che avevano assistito al parto sia per l’omicidio colposo che per le lesioni gravissime, in sede d’appello, i due vengono assolti dall’accusa di lesioni colpose per la tardività nel presentare la querela. In Cassazione le difese avanzano il sospetto del mancato rispetto dei principi enucleati dalle Sezioni Unite; il ricorso viene rigettato reputandosi che, sotto questo profilo, la pronuncia non merita alcuna censura. Infatti il feto mostrava, all’atto dell’estrazione, ancora flebili segni di vita, e da ciò poteva desumersi che la rottura dell’utero (che rappresenta il momento dal quale il feto non ha più mezzi per vivere) fosse avvenuta poco prima dell’intervento chirurgico. A questo elemento fattuale si aggiunge l’osservazione peritale, supportata dalla letteratura medica, secondo cui il taglio cesareo urgente eseguito all’inizio dei segni cardiocografici di minaccia di rottura dell’utero avrebbe sicuramente dato un esito soddisfacente sia per il feto che per la madre. Tali valutazioni hanno, dunque, correttamente consentito ai giudici di merito di poter affermare con assoluta certezza la sussistenza del nesso causale tra condotta medica ed evento lesivo.

³¹¹ Cass. Pen., IV, 20 gennaio (29 luglio) 2004, n. 32901, Marandola, in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 2990 e in *Riv. It. Med. Leg.*, 2006, con nota di M. Barni, “L’assistente in formazione ancora al vaglio della Suprema Corte: le <specifiche competenze> tra teoria e prassi”.

³¹² Sempre a firma Battisti, e caratterizzata da pari chiarezza e linearità, deve menzionarsi anche Cass. Pen., IV, 4 febbraio (5 novembre) 2004, n. 43210, Maglio e altri. Il caso attiene alla morte di una donna per una serie di complicazioni manifestatesi a seguito di una perforazione dell’esofago, verificatasi nel corso dell’esecuzione di un’endoscopia, tardivamente diagnosticata e curata. L’interesse della sentenza risiede anzitutto nel fatto che essa consente di cogliere il mutamento di

Il Bruneis e il Marandola, il primo, medico anestesista e, il secondo, specializzando in anestesia e rianimazione, vengono condannati in primo grado per le lesioni colpose gravissime cagionate, al momento della nascita, al neonato Davide De Salvo. Al piccolo venivano immediatamente diagnosticate asfissia perinatale ed encefalopatia ipossico ischemica convulsa che determinavano, in seguito, un quadro di tetraplegia spastica. Ai due medici veniva rimproverato di non aver praticato l'anestesia secondo le *leges artis*, poiché non avevano effettuato correttamente il pre- riempimento del letto vascolare e, per di più, una volta manifestatasi l'ipotensione, avevano utilizzato un farmaco, il Gutron, inadeguato alla correzione del fenomeno. Nonostante la Corte d'Appello di Roma dichiarasse di non doversi procedere, essendosi il reato estinto per prescrizione, i due medici ricorrevano in Cassazione per chiedere l'assoluzione nel merito, deducendo tra l'altro³¹³ anche il mancato rispetto dei principi sanciti dalle Sezioni Unite in tema di nesso causale.

prospettiva nella valutazione del nesso causale a seguito dalla pronuncia delle S.U. Franzese. Si confrontano, infatti, la sentenza di primo grado, datata 2001, in cui i giudici facevano ricorso al criterio delle "serie ed apprezzabili probabilità di successo" e la pronuncia della Corte d'Appello, che invece fa ricorso al criterio della certezza processuale così come delineato dalle Sezioni Unite. In particolare i giudici d'appello hanno individuato quella legge di copertura secondo la quale la mortalità per tale patologia "incide non soltanto in funzione della sede della perforazione, ma innanzitutto in funzione del ritardo operatorio...l'intervento terapeutico effettuato entro le 24/36 ore presenta un tasso variabile dal 10 al 25 % dei casi, mentre in caso di intervento successivo la mortalità aumenta collocandosi in una percentuale stimabile tra il 30 e il 55%". Come riconosciuto dalla stessa Corte, tale legge peraltro non dice ancora nulla sulla riconducibilità del singolo evento a specifiche condotte colpose: a tale accertamento si giunge solo dopo aver escluso l'interferenza di qualsiasi altra causa (nessuno, infatti, nel corso del processo ha mai messo in dubbio la causa della morte della donna), e dopo una verifica *ex post* e in concreto, in cui il grado di probabilità di evitare l'evento diventa altissimo in virtù della considerazione che "la lesione, dopo l'intervento, si era quasi completamente risolta, pur essendo stata trattata sei giorni dopo la perforazione". Sulla base di tali dati scientifici e degli specifici presupposti fattuali, secondo la Corte, non residua nessun dubbio sul fatto che "la morte era stata conseguenza del ritardo nell'intervento e soltanto di questo ritardo".

³¹³ Tra i vari motivi del ricorso per Cassazione merita di essere ricordato quello avanzato dalla difesa del dott. Marandola, secondo cui non sussisterebbe in capo a quest'ultimo alcuna posizione di garanzia, in virtù del fatto che egli era un semplice specializzando che stava svolgendo una mera attività didattica, mentre era solo il Brauneis a svolgere attività medico professionale. La Corte risponde sottolineando come la materiale esecuzione dell'anestesia sia stata effettuata proprio dal Marandola, e richiama la sentenza della Cassazione del 24 novembre 1999, n. 13389, Tretti, secondo cui "In tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta da parte sua della posizione di garanzia nei confronti della paziente condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce, secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e di incidenza, sicché anche su di lui incombe l'obbligo di osservanza delle *leges artis* che hanno come fine la prevenzione del rischio non

I giudici di legittimità rigettano tale censura sulla base di un esame analitico e puntuale delle due sentenze di merito. Anzitutto si condivide il richiamo, operato in sede di merito, ad una condivisa legge scientifica in base alla quale, il calo della pressione arteriosa della madre, se prolungato e rilevante, provoca danni al feto. I giudici hanno poi preso in considerazione i più rilevanti dati fattuali quali l'ora in cui è stata eseguita l'anestesia, l'ora in cui la pressione ha cominciato a scendere, i livelli a cui era scesa con il trascorrere dei minuti, circa trenta, e i farmaci usati per farla risalire. Da ciò hanno concluso che il danno cerebrale del piccolo doveva ricollegarsi proprio alla prolungata condizione di ipotensione materna, essendosi verificata un'alterazione di quei valori pressori che normalmente consentono una corretta ossigenazione del feto.

Il Pretore (a cui rinvia la stessa Corte d'Appello) ha poi affrontato in modo puntuale l'obiezione, avanzata dai difensori, secondo cui il danno neurologico del feto potesse farsi risalire a cause che prescindevano totalmente dal calo della pressione arteriosa della madre. In particolare, egli ha escluso che tali lesioni potessero essere dovute a fattori prenatali o a una cronica ipossia fetale, visto l'andamento assolutamente regolare della gravidanza, così come reputa non supportata da alcuna prova l'ipotesi sia di un'anemizzazione acuta materna, determinata da una causa chirurgica, sia di un giro di funicolo stretto intorno all'arto inferiore destro, in considerazione della zona interessata e della mancanza di elementi sintomatici di sofferenza fetale.

Stabilito dunque il nesso tra ipotensione materna e conseguente tetraplegia, il Pretore aggiunge che la causa dell'ipotensione andava rinvenuta nell'epidurale eseguita in modo non conforme alle *leges artis*. Infatti è la letteratura medica a individuare nell'ipotensione materna una delle complicanze dell'anestesia epidurale e, sia l'entità del calo pressorio, che l'insorgenza del fenomeno subito dopo l'inizio della procedura anestesiológica, consentono di

consentito - nel caso di specie, il rischio che il calo pressorio si verificasse e si protraesse danneggiando il feto -, con la conseguenza che non lo esime da responsabilità la passiva acquisizione alla direttiva data ove non si appalesi appropriata, avendo egli, al contrario, in questo caso, l'obbligo di astenersi dal direttamente operare”.

escludere la rilevanza di altre cause e “di ritenere, **con assoluta certezza**, il fenomeno direttamente e univocamente dipendente dalla predetta procedura”. “Considerato che l'attività di somministrazione di liquidi serve a evitare il calo pressorio - così, ancora, subito dopo il pretore - la causa di tale fenomeno marcato e prolungato, **in assenza di altri errori procedurali** (la dose test non ha evidenziato abnorme reattività al farmaco anestetico ne' è stata utilizzata una impropria quantità di anestetico), **può ragionevolmente individuarsi nel difetto di riempimento**, fattore al quale deve aggiungersi quello, **decisivo**, dell'utilizzo di un farmaco inadeguato alla pronta ed efficace correzione del fenomeno”. Tutte queste osservazioni portano i giudici della IV Sezione a considerare adeguatamente motivata la decisione in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra la condotta colposa dei due medici e le lesioni causate al piccolo Davide.

La ricchezza espositiva, la precisione nel richiamare i punti più rilevanti delle pronunce di merito, l'individuazione dei passaggi essenziali del giudizio sul rapporto causale portano, a mio avviso, a ritenere questa sentenza della IV Sezione un modello che, in sede di legittimità, dovrebbe costantemente adottarsi per rispondere alle censure in ordine alla mancata conformità delle pronunce di merito ai principi dettati dalle Sezioni Unite.

3. Le sentenze conformi datate 2005.

Anche nel 2005, così come nell'anno precedente, la IV Sezione della Cassazione Penale continua a oscillare tra pronunce conformi e pronunce difformi rispetto ai principi di diritto enunciati dalle Sezioni Unite.

Sicuramente desta qualche perplessità e curiosità il fatto che, a distanza di tre anni dalla decisione delle Sezioni Unite, vi sia ancora chi propugna l'applicazione di un criterio di tipo prettamente percentualistico e su tale convinzione fonda il proprio ricorso per cassazione. Ciò si verifica, ad esempio,

nel caso³¹⁴ che vede accusato del delitto di omicidio colposo per la morte di Pierina La Riccia il dott. Antonio D'Agostino, assolto, sia pur con differenti motivazioni, sia in primo grado che in appello. La parte civile ricorre per cassazione contestando la regola giuridica prescelta dai giudici di merito per l'accertamento causale e criticando "un uso eccessivamente rigoroso dell'insegnamento venuto da queste SS. UU....prende posizione con quella <cospicua fetta della giurisprudenza di legittimità schieratasi apertamente a favore della massima tutela del paziente posto in cura>....ed a tal fine richiama giurisprudenza di questa Suprema Corte antecedente alla pronuncia della SS. UU.". La IV Sezione ritiene del tutto inammissibile tale motivo di ricorso, condividendo l'insegnamento della Franzese e sottolineando che il criterio "proporzionalistico" o "percentualistico" puro, prescelto dal ricorrente, "non è stato ritenuto adeguato, da questa Suprema Corte, a tutelare, insieme agli interessi del paziente anche il diritto del medico innocente a vedere proclamata la propria estraneità al fatto".

Un'altra sentenza, datata 2005, che si colloca sulla scia delle Sezioni Unite è quella relativa al decesso di Michele Serafino³¹⁵ il quale, a seguito di un infortunio domestico in cui aveva riportato ustioni estese al 50 % del corpo, veniva sottoposto ad un primo intervento chirurgico il 4 ottobre 1995 e ad un ulteriore intervento il successivo 6 novembre. Nella notte seguente a tale ultima operazione, che era stata eseguita dalle 17.15 alle 20.20, le condizioni del Serafino si aggravarono e il paziente fu trasferito alle 6 del mattino presso il reparto di rianimazione dove, nonostante i tentativi di salvarlo, due ore dopo si verificava la morte. Il Tribunale di Bari assolveva i medici e gli infermieri tratti a giudizio per la non sussistenza del fatto, mancando qualsiasi prova del necessario nesso eziologico tra la condotta omissiva loro contestata e il decesso del Serafino. La

³¹⁴ Cass. Pen., IV, 9 dicembre 2004 (12 aprile 2005), n. 13198, D'Agostino, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

³¹⁵ Cass. Pen., IV, 1 dicembre 2004 (11 marzo 2005), n. 9739, Di Lonardo e altri, in *Riv. it. med. leg.*, 2005, pag. 195 – 196 e pag. 942 - 943; in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 828 e ss.; in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 249; in *Foro It.*, 2006, pag. 243 e ss., con nota di A. Di Landro; in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 1470-1471; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 454.

Corte d'Appello della stessa città, invece, condannava i dott.ri Di Lonardo e Giudice, e le infermiere Poto e Catino per il delitto di omicidio colposo, confermando l'assoluzione solo per l'infermiera Loiacono per non aver commesso il fatto. In particolare, si censurava il comportamento del dott. Giudice e delle due infermiere perché omettevano nel post operatorio di controllare i parametri vitali del paziente, non riuscendo così ad intervenire tempestivamente e rendendo pertanto irreversibile la sindrome in atto. Per quanto riguarda invece la posizione del Di Lonardo, capo dell'equipe operatoria³¹⁶, gli si muovono plurimi addebiti: aver omesso di richiedere una preventiva consulenza anestesologica; aver deciso di compiere un intervento altamente specialistico nell'ultimo turno pomeridiano, quando è risaputo che il presidio medico e paramedico nei reparti ospedalieri è notevolmente meno allertabile alle emergenze che non nelle ore del giorno; aver omesso di tenere sotto controllo il decorso postoperatorio del Serafino, omettendo peraltro di vigilare sul personale medico e paramedico affinché esso controllasse i parametri vitali del paziente.

Tutti gli imputati presentano ricorso per cassazione, ma le loro doglianze vengono respinte. In particolare, per quanto attiene al nesso causale, la IV Sezione richiama punto per punto quei passaggi della decisione di merito che consentono di ritenere la sentenza gravata del tutto in linea con i parametri della Franzese. In primo luogo, si respingono le censure relative all'individuazione della *causa mortis*, a parere dei ricorrenti imperscrutabile per la mancata esecuzione dell'autopsia. La Corte di merito, infatti, ha individuato con certezza la causa della morte, escludendo anche l'interferenza di differenti fattori causali. Si legge nella sentenza d'appello che "le cause della morte sono state indicate, con apprezzabile grado di assoluta verosimiglianza, scientificamente ancorato ai dati clinici desunti dalla documentazione sanitaria acquisita, in uno shock ipovolemico

³¹⁶ La sentenza che qui si analizza ha attirato l'attenzione dei commentatori proprio in relazione ai principi da essa posti riguardo la responsabilità del capo équipe. Infatti, la IV Sezione sancisce che tale soggetto è titolare di una posizione di garanzia, in virtù della quale egli è tenuto, non solo a impartire al personale medico e paramedico le adeguate istruzioni per la cura del paziente, ma anche a predisporre le opportune misure affinché le proprie istruzioni vengano effettivamente eseguite. La sua posizione di garanzia nei confronti del paziente, inoltre, si estende alla fase dell'assistenza post-operatoria, che il chirurgo ha il dovere di controllare e seguire direttamente, anche attraverso interposta persona.

a seguito di sanguinamento massivo da ulcera gastrica o intestinale”; essa ha anche indicato i dati oggettivi sui quali questa ipotesi, formulata dai periti, è stata ritenuta fondata (quali le possibili cause dell’instaurarsi di tale ulcera).

Individuata la causa della morte del Serafini, si individua la condotta doverosa omessa proprio nella totale assenza di assistenza e di controllo del malato, indicandosi con precisione le terapie e i presidi medici concretamente e tempestivamente praticabili che sarebbero stati tali da “certamente evitare l’evento”. Ciò, non solo sulla base di quella massima d’esperienza secondo cui vigilare il postoperatorio consente di scongiurare gli eventi lesivi ad esso connessi, ma tenendo anche conto “del notevole intervallo di tempo trascorso tra la comparsa di quei sintomied il momento dell’irreversibile aggravamento.....specie in considerazione del fatto che l’essere il paziente affidato ad una struttura di altissimo livello operativo...avrebbe dovuto consentire che, praticati nei tempi congrui gli interventi farmacologici e chirurgici appropriati, fosse evitato l’evento”. Si può dunque sottolineare che i giudici di merito, e di riflesso la stessa Cassazione, non si sono fermati a valutare la c.d. causalità generale relativa all’evento astratto, compiendo anche quell’ulteriore accertamento *ex post* e considerando tutte le concrete emergenze disponibili.

Nel 2005 non mancano neppure interessanti pronunce dei giudici di merito. Merita di essere menzionata anzitutto una sentenza del Tribunale di Teramo³¹⁷ che si sofferma su uno dei principi fondanti della Franzese: l’oltre ogni ragionevole dubbio.

Prima però di analizzare questo profilo pare utile riepilogare, sia pur per sommi capi, il caso affrontato dal Tribunale. Muharremi Nadire, gravida alla diciannovesima settimana, muore alle 2.10 del 27 aprile 2000 nell’ospedale di Giulianova dove era ricoverata da due giorni a causa di iperpiressia severa, dolenza addominale e dolorabilità in corrispondenza del fianco sinistro. Già nel mese di marzo la donna era stata ricoverata per iperpiressia e vomito e le era stata

³¹⁷ Trib. Teramo, 31 dicembre 2005, n. 1017, Antelli e altri, in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 2393 e ss con nota di F. D’Alessandro, “L’oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità.”.

prescritta l'amniocentesi, che però non si riusciva ad eseguire a causa dell'insufficienza di liquido amniotico. Alle 23.10 del 25 aprile, dopo i precedenti controlli del battito fetale, effettuati sia alle 15.15 che alle 17.30 tramite apparecchio ultrasuoni (controlli che non avevano rilevato anomalie), si constatava che il battito fetale non era più percepito e si poneva la diagnosi di morte interuterina fetale. I sanitari procedevano, in un primo momento, alla induzione del parto per via vaginale, mediante ossitocina, ma poiché la terapia non dava esito provvedevano all'estrazione laparotomia del feto alle 3.00 del 26 aprile. La donna, intanto, presentava abbondante emorragia e, posta la diagnosi di shock settico con CID, veniva trasferita in rianimazione dove però decedeva.

In sede di indagine si accertava che la morte della Nadire andava inquadrata in una *Multiple Organ Dysfunction Syndrome* (MODS), che consiste in un'alterata funzionalità multiorgano dipendente da shock, nella specie di tipo settico, con CID (coagulazione intravascolare disseminata). La causa della gravissima infezione veniva, a sua volta, ravvisata in una corionamnionite, ossia in un'inflammazione delle membrane fetali che è statisticamente la seconda causa di sepsi in epoca prenatale.

Il Tribunale passa quindi a valutare le condotte dei medici che ebbero in cura la donna e individua due differenti profili di colpa. Da un lato, negligenza e imprudenza per il mancato ricorso all'esame ecografico, che è lo strumento più sicuro per accertare la presenza del battito cardiaco fetale; dall'altro, il rimprovero per la mancata e tempestiva diagnosi di corionamnionite.

Tuttavia il giudizio si conclude con una sentenza di assoluzione: il giudice reputa non provata la sussistenza del nesso causale, non essendosi superato il ragionevole dubbio, così come richiesto dalla Franzese. Infatti, quanto all'errore nel rilevamento del battito fetale si ricorda che, per la letteratura medica, "perché la ritenzione in utero del feto morto possa determinare un processo infettivo e quindi un processo settico, occorrono molti giorni di soggiorno, addirittura alcune settimane". Pertanto, anche se la morte del feto non era stata immediatamente avvertita, e si era probabilmente verificata qualche ora prima delle 23.10, ciò non ha comunque avuto alcun effetto causale rispetto allo

scatenarsi dell'infezione. Per quanto attiene, invece, alla mancata diagnosi della corionamnionite si sottolinea che, al momento in cui si sarebbe potuti concretamente intervenire, le possibilità di successo sarebbero state minime, e “non solo vi è ragionevole dubbio circa l'efficacia impeditiva della condotta medica che doveva essere praticata, ma anzi tutto lascia propendere per una conclusione di segno contrario”.

Il Giudice, in proposito, sottolinea che la certezza processuale richiesta dalle Sezioni Unite “non impone di raggiungere un convincimento di colpevolezza...solo quando si possa escludere anche il dubbio più remoto, una ombra di dubbio, un dubbio immaginario...ma impone certamente di raggiungere tale convincimento al di là di ogni ragionevole dubbio. Esso, come detto, non è un mero dubbio possibile, in quanto ogni cosa umana è aperta a qualche dubbio possibile o immaginario ma, come rappresentato dalla migliore e più autorevole dottrina in materia, è quella situazione che dopo tutte le considerazioni, dopo tutte le verifiche delle prove raccolte, non consente di raggiungere una convinzione incrollabile nella verità dell'accusa”. In assenza di precise indicazioni da parte delle Sezioni Unite, dunque, la stessa giurisprudenza di merito “si appropria” della definizione contenuta nel paragrafo 1096 del Codice Penale californiano, già parametro di riferimento dell'elaborazione dottrinale di Federico Stella³¹⁸.

Vede come triste protagonista della vicenda sempre una partoriente anche un'altra pronuncia di merito, datata 2005, che rispetta i dettami del 2002 in tema di causalità. Il caso, deciso dal Giudice Monocratico di Varese³¹⁹, vede imputati per l'omicidio colposo di Raffaella G., l'ostetrico ginecologo Giorgio Z. e l'anestesista rianimatore Antonietta D.. La donna, dopo aver partorito alle ore 21.17 del 21 novembre 2001, subisce una protratta emorragia. Rimane in sala parto fino all'1.00 e viene poi sottoposta a manovre rianimatorie che non evitano però, un'ora più tardi, il decesso.

Per quanto attiene al nesso causale il giudice si rifà correttamente a quanto sancito dalle Sezioni Unite. Merita pertanto di essere condivisa la

³¹⁸ F. D'Alessandro, “L'oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità”, cit., pag. 2416.

³¹⁹ Trib. Varese, 26 febbraio 2005, Giud. Battarino, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4-5/2008, pag. 920-932.

sentenza, anzitutto nella parte in cui individua la causa della morte nel protrarsi di un'emorragia originata da una seria atonia uterina. Per individuare tale causa, infatti, il giudice richiama tutti i dati fattuali e le annotazioni della cartella clinica da cui emerge in maniera evidente la presenza di un fenomeno emorragico; a ciò si accompagnano una serie di considerazioni medico-scientifiche in base alle quali l'atonia uterina è causa di emorragia.

In tale quadro clinico ben delineato si inserisce l'omissione dei sanitari, i quali sono intervenuti esclusivamente con un intervento di prima cura, ossia la somministrazione di ossitocina. I giudici si soffermano, invece, sugli interventi sia diagnostici che terapeutici, concretamente praticabili e invece colpevolmente omessi, per concludere che “nella situazione specifica di quella paziente e sulla base delle premesse cognitive enunciate, si deve dunque affermare che con elevatissimo grado di credibilità razionale l'omissione del comportamento alternativo lecito...è stata condizione necessaria dell'evento”³²⁰.

4. La conformità alla Franzese nel 2006.

Rimanendo nell'ambito della responsabilità dei medici ginecologi possiamo analizzare un'altra interessante pronuncia della IV Sezione, in cui ci si sofferma sul rigoroso accertamento della “causa” dell'evento lesivo come primo, imprescindibile, passaggio dell'iter per accertare la sussistenza del nesso eziologico. I giudici sono chiamati ad individuare gli eventuali responsabili per il decesso di Immacolata Gallo³²¹; la donna, al settimo mese di gravidanza, veniva ricoverata il 13 maggio 1999 per minaccia di parto prematuro dopo che, a seguito di contrazioni uterine e perdite ematiche vaginali, il medico curante aveva ipotizzato un distacco intempestivo della placenta (DIP). Durante il ricovero la

³²⁰ Preme precisare peraltro che, mentre il dott. Giorgio Z. viene condannato, il Giudice assolve comunque Antonietta D. “perché il fatto non costituisce reato”. Tale esito assolutorio si fonda sulla rilevata sussistenza del principio di affidamento: si dubita, infatti, che l'anestesista fosse in grado di comprendere appieno l'evolversi dei fatti in sala parto e che, prima della fase finale, vi fosse per lei “una sicura evidenza di incapacità professionale di Giorgio Z. ovvero una nozione certa dell'erronea scelta di inerte attesa”.

³²¹ Cass. Pen., IV, 9 febbraio (12 aprile) 2006, n. 12894, Vescio, in *Giur. It.*, 2007, n. 7, pag. 1785 – 1788 con nota di Francesca Pavesi; in *Riv. it. med. leg.*, n. 6/2007, pag. 1407 – 1413 con nota di Barni, “Come si esorcizza il ragionevole dubbio: prove di restaurazione”; in *Guida al diritto*, 2006, n. 23 pag. 99 e in *Guida al diritto*, 2006, n. 24, pag. 95.

gestante non veniva sottoposta né ad accertamenti ecografici, né a monitoraggio delle contrazioni uterine. Tre giorni più tardi, quando la Gallo stava per essere dimessa, insorgeva però una sintomatologia acuta che portava a diagnosticare proprio un distacco intempestivo di placenta. I medici procedevano al taglio cesareo ed estraevano il feto, ormai privo di vita. La Gallo, invece, in seguito al manifestarsi di un'imponente emorragia, veniva prima sottoposta ad isterectomia e poi ricoverata nel reparto di rianimazione, ove si constatava il decesso per arresto cardio-circolatorio conseguente a coagulazione intravasale disseminata (CID), instauratasi proprio a causa del distacco intempestivo della placenta.

Venivano tratti a giudizio il dott. Vadalà, primario del reparto di ostetricia e ginecologia, e il dott. Vescio, responsabile *pro tempore* del reparto stesso, in assenza del primo. Nel giudizio di primo grado entrambi gli imputati venivano assolti, mentre i giudici d'appello, riformando in parte la pronuncia, condannavano il dott. Vescio, ritenendo sussistente il nesso causale tra le omissioni a lui contestate e ritenute dimostrate, e la morte della paziente.

La difesa del medico proponeva ricorso per cassazione, deducendo la violazione di legge e la carenza ed illogicità della motivazione quanto all'affermazione di responsabilità penale. In particolare, si censurava sia il mancato accertamento della causa del decesso, non avendo i giudici di merito escluso l'ipotesi di un distacco improvviso della placenta, sia la violazione dei principi della Franzese, poiché essi si sarebbero limitati a valutare il coefficiente di probabilità statistica espresso dalla legge di copertura.

La Corte rigetta il ricorso, reputando logico e convincente l'apparato motivazionale esplicitato nella sentenza impugnata, in cui sono stati analizzati nel dettaglio tutti gli aspetti rilevanti della vicenda. Infatti, dopo aver ricostruito puntualmente i fatti, i giudici, in linea con quanto indicato dalle Sezioni Unite, hanno accertato la causa della morte, individuandola nel "distacco della placenta, da cui era scaturita la coagulopatia intravasale disseminata (CID) seguita da shock emorragico con danno ipossico generalizzato". In ordine a tal punto si richiama la sentenza Lucarelli del 2005 che, come vedremo, pone in luce l'importanza, ai fini del successivo svolgimento del giudizio controfattuale, dell'individuazione di tutti

gli elementi concernenti la causa dell'evento lesivo.

Ugualmente soddisfacente si reputa la motivazione in punto di accertamento dei plurimi addebiti colposi omissivi attribuibili al Vescio. Si ritiene, infatti, che egli aveva omesso tutti quegli esami necessari ad evitare l'evento letale e che tale evento poteva e doveva ritenersi prevedibile, considerato che la Gallo era una paziente a rischio non solo per la sintomatologia che presentava ma anche per la sua storia pregressa.

L'ultimo profilo oggetto d'analisi è proprio quello sull'accertamento causale. Nella sentenza gravata si afferma che, in caso di tempestivo intervento diagnostico e terapeutico, le probabilità di superare con successo l'emorragia sarebbero state altissime, nella misura del 99,5 %. Ed è proprio l'esplicito riferimento a tale percentuale che, come anticipato, ha rappresentato il fulcro della doglianza difensiva. Tuttavia la IV Sezione respinge anche tale censura e, per farlo, chiarisce qual è il ruolo attribuito dalle Sezioni Unite alle leggi scientifiche di copertura. Se infatti è corretto affermare che, dal 2002, la sussistenza o meno del nesso eziologico non può essere più esaustivamente e semplicisticamente trovata nelle leggi statistiche, d'altra parte non può neppure affermarsi che esse, in passato considerate decisive, debbano ora essere completamente trascurate. Pertanto, il dato statistico non può in alcun modo essere considerato privo di ogni rilevanza, rappresentando invece l'imprescindibile punto di partenza dell'analisi causale. E' del pari evidente che dovrà poi verificarsi se tali leggi siano calzanti rispetto al caso esaminato, dovendosi valutare anche tutti gli specifici elementi della vicenda che possano minarne, in un senso o nell'altro, il valore di credibilità³²². A parere della Cassazione i giudici di merito hanno correttamente compiuto tale valutazione, fondando il proprio convincimento non solo e non tanto sul mero dato statistico, ma anche prendendo in considerazione tutte le

³²² La sentenza *de qua* si segnala, inoltre, per la precisione con cui individua le ulteriori fasi dell'iter che deve essere seguito dal giudice di merito nell'apprezzamento della causalità. Egli infatti dovrà anzitutto verificare l'eventuale emergenza di fattori causali alternativi, che possano porsi come causa dell'evento lesivo.; a ciò deve aggiungersi la valutazione circa l'interruzione del nesso causale, dovendo valutarsi il possibile intervento di una causa eccezionale sopravvenuta, rispetto alla condotta del medico, idonea ad assurgere a sola causa dell'evento letale.

circostanze del caso concreto (ad esempio la struttura ospedaliera e la durata dell'intervallo fra l'inizio dei sintomi e l'instaurazione di un'adeguata terapia).

La stessa problematica relativa al ruolo da attribuire nel giudizio causale ai dati statistici si può rinvenire in un'altra sentenza sempre del 2006, in cui la difesa dell'imputato si duole, nel ricorso per Cassazione, del fatto che i giudici di merito si siano limitati a richiamare una percentuale statistica superiore al 90-95 % di salvezza del paziente in caso di intervento tempestivo, senza però considerare le particolarità del caso concreto.

Per capire al meglio la decisione deve ovviamente operarsi una sommaria ricostruzione della vicenda. Paolo Alessandrini, giovane trentenne, la sera del 17 giugno accusa violenti dolori all'addome con dispnea. Trasportato il giorno seguente al pronto soccorso, viene visitato anzitutto dal cardiologo Lavanga che, all'esito di un elettrocardiogramma e di un'ecografia al torace, rileva un'ematemesi franca e informa il chirurgo Mastropasqua che si tratta di un caso di competenza chirurgica. Poiché il paziente manifesta ripetuti episodi di vomito scuro, gli infermieri richiedono più volte l'intervento del Mastropasqua che tuttavia non visita il paziente. Solo in tarda serata il dott. Slaviero richiede una radiografia dell'addome ed esami ematologici completi ma, prima ancora di poter intervenire, l'Alessandrini muore per sommersione interna da ingestione di sangue derivante da una grossa ulcera duodenale perforata.

I giudici di merito condannano, in entrambi i gradi di giudizio, il dott. Mastropasqua cui si addebita la mancata effettuazione della visita chirurgica e l'omessa adozione di qualsiasi terapia chirurgica d'urgenza. La difesa del chirurgo, nel ricorrere per Cassazione, deduce la mancanza e manifesta illogicità della motivazione sia sotto il profilo della colpa che, come detto, sotto quello della sussistenza del nesso causale.

La IV Sezione respinge entrambe le censure, ritenendole infondate. Anzitutto, logica e coerente con le emergenze processuali si reputa la valutazione in ordine all'elemento soggettivo. I giudici, infatti, hanno indicato con precisione tutti gli elementi idonei a ritenere che il Mastropasqua fosse stato messo in allerta circa la criticità delle condizioni del paziente: a tal proposito richiamano le

deposizioni del personale infermieristico e dei parenti dell'Alessandrini, ricordano che anche un profano sa che la presenza di "addome teso" è indice di urgenza chirurgica, sottolineano che il cardiologo aveva inserito nel computer la richiesta di una visita chirurgica. A fronte di tali dati si ritiene che il Mastropasqua fosse stato sicuramente posto nelle condizioni di comprendere la necessità di un suo immediato intervento, sufficiente e necessario ai fini della diagnosi di ulcera duodenale, da lui invece colpevolmente omesso³²³.

Anche le censure sul nesso causale si reputano infondate. Come già anticipato, la difesa del ricorrente reputa che in sede di merito si sia tenuto conto, in palese violazione della Franzese, solamente dei dati statistici espressi dalla legge di copertura, senza compiere quell'accertamento *ex post* di verifica di tali dati generali sulla base del caso concreto e delle circostanze del fatto. Si afferma inoltre che, in nome di esigenze di responsabilizzazione della classe medica, si sarebbe ignorata la regola di giudizio del ragionevole dubbio, per ricorrere ad una regola di tipo civilistico. La IV Sezione, richiamati i principi di diritto enunciati nel 2002, afferma invece che l'elevata probabilità salvifica dell'intervento doveroso omesso non è stata affermata "sulla base astratta di una regola scientifica valida in generale per i casi di perforazione dell'ulcera peptica duodenale, bensì su quella, concreta, delle risultanze delle relazioni dei consulenti tecnici". Infatti, sono state prese in considerazione le specifiche condizioni dell'Alessandrini al momento del suo arrivo al pronto soccorso, sono state valutate le patologie dalle quali egli era affetto, si sono considerati gli effetti benefici che su quel paziente avrebbe avuto l'inserimento di un sondino naso-gastrico e una tempestiva operazione chirurgica. Del resto la difesa del Mastropasqua, per quanto attiene alla mancata valutazione degli elementi concreti, si limita ad affermare la mancata considerazione del fatto che il chirurgo non fosse consapevole dell'urgenza del caso: ma, a ben vedere, tale censura è relativa più all'elemento della colpa per omissione che a quello della sussistenza del rapporto

³²³ Sotto il profilo della posizione di garanzia si precisa che essa era sorta "non appena lo stesso, nella sua qualità di chirurgo di turno per il Pronto Soccorso chirurgico, era stato informato della necessità della sua consulenza ...rientrando, da quel momento in poi, nei suoi doveri il valutare con diligenza la situazione del paziente ed assicurargli la dovuta tutela".

eziologico. Non solo, pur non essendovi alcuna censura difensiva in proposito, si sottolinea che la Corte di merito ha correttamente operato anche l'esclusione di fattori alternativi cui attribuire un'autonoma efficacia causale. Infine, si reputa inutile il richiamo del ricorrente alla regola del ragionevole dubbio, visto che non vengono indicati quegli elementi del caso concreto da cui emergerebbe la sussistenza di un tale dubbio nella ricostruzione operata in sede di merito³²⁴.

Se le due pronunce appena richiamate definiscono il ruolo che nel giudizio causale va attribuito al dato statistico, la sentenza Talevi³²⁵, sempre sulla via del chiarimento di quanto enunciato dalle Sezioni Unite, esplicita invece il concetto di “fattore causale alternativo”, la cui presenza va categoricamente esclusa per raggiungere un giudizio di responsabilità penale. La pronuncia si occupa del c.d. caso delle modelle. Elisa Ammirata e Lorena Di Iorio, modelle non professioniste, si rivolgono ad un centro estetico per sottoporsi ad un trattamento mesoterapico anticellulico, consistente nella inoculazione di sostanze idonee ad aggredire le molecole lipidiche e in un successivo massaggio meccanico per l'assorbimento tramite drenaggio di tali sostanze. Entrambe iniziano il trattamento, praticato dalla dott.ssa Talevi, senza effettuare alcun test allergico e senza prestare una dichiarazione di consenso informato. Dopo alcune sedute notano dei rigonfiamenti sulle cosce che, col tempo, assumono la consistenza di veri e propri ascessi; vengono però rassicurate dalla Talevi sul fatto che si tratta di normali conseguenze del trattamento. Nonostante l'osservanza delle successive

³²⁴ Relativamente al grado di certezza da raggiungersi nell'accertamento causale è interessante anche un'altra pronuncia, datata 2006 (cf. Cass. Pen., III, 19 aprile – 13 giugno 2006, n. 20192, Rinzivillo, in *Guida al diritto*, 2006, n. 33, pag. 79), in cui si chiarisce che i parametri della certezza processuale fissati dalle Sezioni Unite non devono applicarsi qualora sia intervenuta una causa di estinzione del reato. Infatti, in tal caso, è sufficiente che sussista una ragionevole probabilità del nesso causale per escludere l'applicabilità dell'art. 129, comma 2, c.p.p., poiché la prova sarebbe insufficiente per pervenire ad un giudizio di responsabilità, ma non può neppure dirsi che sussista la prova che l'imputato non ha commesso il fatto o che il fatto non sussiste. Né è, del resto, possibile procedere, vista l'estinzione del reato, a nuovi accertamenti tecnici idonei al superamento di tale dubbio. Si reputa corretta, pertanto, la pronuncia di non doversi procedere per essersi il reato estinto per prescrizione, non essendo invece opportuna una pronuncia di assoluzione nel merito per non aver commesso il fatto.

³²⁵ Cass. Pen., IV, 19 giugno (12 settembre) 2006, Talevi, n. 30057, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

prescrizioni terapeutiche della dottoressa Talevi, le due ragazze non notano alcun miglioramento e sono costrette a rivolgersi ad un chirurgo per sottoporsi all'incisione e all'evacuazione degli ascessi; da tali interventi chirurgici residuano per entrambe numerose cicatrici.

Il Tribunale di Torino condanna la dott.ssa Talevi per il delitto di cui all'art. 590 c.p. ritenendo, come sostenuto nella perizia eseguita nel corso dell'incidente probatorio, che le lesioni si erano verificate a causa delle inadeguate condizioni igieniche in cui la stessa aveva operato. La Corte d'appello di Torino conferma la sentenza di condanna, aderendo però alle conclusioni contenute nella perizia svolta nel corso del dibattimento, secondo cui la causa delle lesioni era di tipo asettico (e non di tipo settico, come prospettato dalla prima perizia). La colpa della Talevi viene infatti individuata sotto plurimi profili: aver utilizzato farmaci non indicati per il trattamento della cellulite, nessuno dei quali poteva essere utilizzato in via sottocutanea; non aver rispettato le posologie indicate e aver combinato quei farmaci in modo improprio. Da tale errato trattamento, per la Corte, sono derivati gli ascessi che hanno poi determinato le lesioni.

La difesa della Talevi propone ricorso per Cassazione. Con un primo motivo denuncia vizi di violazione di legge e di motivazione poiché i giudici non hanno debitamente considerato l'ipotesi che le lesioni siano state causate da un'alterazione fisica o chimica originaria di uno dei farmaci utilizzati. Gli stessi vizi di violazione di legge e di motivazione vengono dedotti in relazione alla colpa ravvisata nella condotta dell'imputata, nonché in ordine alla sussistenza del nesso causale, tenuto conto della condotta dei chirurghi intervenuti successivamente all'operato della ricorrente.

La Cassazione rigetta il ricorso. Ritiene, infatti, che, per quanto attiene all'individuazione della causa delle lesioni, i giudici di merito hanno richiamato logicamente e puntualmente le conclusioni peritali e hanno adeguatamente motivato in ordine all'esclusione dell'ipotesi, prospettata dai consulenti della difesa, secondo cui le lesioni erano conseguenza di un'alterazione fisica o chimica originaria dei farmaci utilizzati. Si sottolinea, infatti, ed è questo il profilo più interessante della sentenza, che “una mera ipotesi che appartenga al novero del

solo astrattamente possibile non è idonea, di per sé, a togliere rilievo a fatti diversi storicamente accertati che esplicano i loro effetti non più nella sfera dell'astrattamente possibile, ma in quella del concretamente probabile. A fronte di una spiegazione causale del tutto logica, siccome scaturente e dedotta dalle risultanze di causa correttamente evidenziate e spiegabilmente ritenute, la prospettazione di una spiegazione causale alternativa e diversa, capace di inficiare o caducare quella conclusione, non può essere affidata solo ad una indicazione meramente possibilista (come accadimento, cioè, possibile nell'universo fenomenico), ma deve connotarsi di elementi di concreta probabilità, di specifica possibilità, essendo necessario, cioè, che quell'accadimento alternativo, ancorché pur sempre prospettabile come possibile, divenga anche, nel caso concreto, *hic et nunc*, concretamente probabile, alla stregua, appunto, delle acquisizioni processuali".

Del tutto ragionevole è valutato poi l'apparato motivazionale in ordine all'individuazione dei diversi profili di colpa sia nell'esecuzione del trattamento mesoterapico³²⁶, che nel trattamento terapeutico successivo alla comparsa degli accessi.

Non merita accoglimento neppure la doglianza relativa alla responsabilità dei chirurghi che hanno operato sugli accessi; in primo luogo, infatti, non è dato rinvenire alcun profilo di colpa nella loro condotta, e, in ogni caso, "l'eventuale errore del terzo che subentri nella posizione di garanzia non sarebbe comunque idoneo ad escludere il nesso di causalità con la condotta dell'agente che già versi in colpa e che per primo era stato investito di quella posizione, determinativa di quella prevedibile e realizzatasi sequenza lesiva, prospettandosi, semmai, una corresponsabilità anche del secondo agente, non un imprevedibile evento

³²⁶ In proposito, si può evidenziare come la sentenza *de qua* rappresenti un tipico caso di utilizzo di farmaci *off label*, ossia al di fuori delle indicazioni terapeutiche per le quali il farmaco è stato testato e messo in commercio. Si legge, infatti, che "ognuno dei farmaci utilizzati dalla Talevi non aveva come indicazione il trattamento della cellulite, nessuno doveva essere utilizzato in via sottocutanea, nessuno dei farmaci doveva essere somministrato nelle dosi utilizzate dalla Talevi...". In un inciso della sentenza emergono peraltro due dei tre presupposti comunemente richiesti perché l'utilizzo possa considerarsi lecito: specifico consenso informato del paziente e pubblicazioni scientifiche, accreditate a livello internazionale, circa l'utilizzo alternativo del farmaco. Accanto a queste due condizioni è necessario anche che il ricorso alle terapie tradizionali per la cura della patologia si sia rivelato inutile.

sopravvenuto di per sé sufficiente a determinare l'evento, ai sensi dell'art. 41, co. 2, c.p.”.

Un ultimo caso che, a mio parere, merita di essere ricordato è quello che vede imputato per il delitto di lesioni colpose il dott. Giuseppe Fedele³²⁷. Il 9.4.1997 Lucia Cifarelli eseguiva un controllo mammografico presso lo studio del medico il quale constatava la presenza di microcalcificazioni da lui considerate cisti semplici, non palpabili, di natura benigna e senza alcun rischio di tumori; il medico si limitava pertanto a fissare una nuova visita per l'anno successivo. Anche durante tale successiva visita, eseguita il 18.5.1998, il dott. Fedele non individuava l'insorgenza della neoplasia, nonostante l'esame mammografico evidenziasse un incremento delle microcalcificazioni disseminate. La Cifarelli, visto l'ingrossamento del seno sinistro, si recava da un altro medico che diagnosticava sospette lesioni di carattere maligno, a causa della quali si doveva sottoporre a un intervento chirurgico di mastectomia radicale sinistra e ricostruzione mammaria immediata con protesi mastoplastica riduttiva a destra.

In entrambi i gradi del giudizio il Fedele veniva condannato perché per imprudenza, negligenza ed imperizia aveva omesso di rilevare chiari sintomi da cui dedurre l'elevato rischio della presenza di un carcinoma mammario e non aveva disposto gli ulteriori e più approfonditi esami tecnici che avrebbero consentito l'individuazione della neoplasia. Tale comportamento cagionava alla Cifarelli l'aggravamento della malattia con incapacità di attendere alle normali occupazioni superiore ai 40 giorni e ne metteva in pericolo la vita stessa, visto il progredire di una malattia probabilmente insanabile.

Nel ricorso per Cassazione la difesa di Fedele lamenta, in primo luogo, un difetto di motivazione in ordine alla natura della condotta posta in essere dal medico, a suo giudizio, erroneamente qualificata come omissione; la sentenza impugnata sarebbe poi viziata anche in relazione alla sussistenza del nesso di causalità. La Cassazione tuttavia, in ordine al primo aspetto, ribadisce che il comportamento omissivo non può essere inteso in senso assoluto, ossia nei casi di

³²⁷ Cass. Pen., IV, 15 novembre 2005 (27 gennaio 2006), n. 3380, Fedele, in *Guida al diritto*, 2006, n. 31, pag. 81-82.

assoluta mancanza di azione, riguardando anche le situazioni in cui il soggetto pone in essere un comportamento diverso da quello doveroso; pertanto è stato correttamente ritenuto omissivo il comportamento del dott. Fedele che ha sì prescritto alla paziente un successivo controllo ma non il necessario esame istologico. Corretto e conforme a quanto stabilito dalle Sez. Un. Franzese si reputa anche l'accertamento del nesso causale. Da segnalare è il fatto che viene ribadita l'identità nell'accertamento tra causalità attiva e omissiva; si legge, infatti, che “in caso di comportamento omissivo, l'accertamento della responsabilità e, in particolare, la verifica della sussistenza del nesso di causalità sono sottoposti a regole identiche a quelle applicabili in caso di comportamento commissivo, essendo i due tipi di comportamento strettamente connessi, dato che, nella condotta omissiva, nel violare le regole cautelari, il soggetto non sempre è assolutamente inerte, ma non infrequentemente pone in essere un comportamento diverso da quello dovuto, cioè da quello che sarebbe stato doveroso secondo le regole della comune prudenza, perizia, attenzione. L'unica distinzione attiene soltanto alla necessità, in caso di comportamento omissivo, di fare ricorso, per verificare la sussistenza del nesso di causalità, ad un giudizio controfattuale meramente ipotetico (dandosi per verificato il comportamento invece omissivo), anziché fondato sui dati della realtà; infatti, nel caso di comportamento omissivo, è solo con riferimento alle regole cautelari inosservate che può formularsi un concreto rimprovero nei confronti del soggetto e verificarsi, con giudizio controfattuale ipotetico, la sussistenza del nesso di causalità”.

5. Un'interessante pronuncia di merito: il caso Soro.

La Corte d'Appello di Cagliari, sezione distaccata di Sassari, con un'interessante pronuncia datata novembre 2006, conferma la condanna emessa dal G.U.P. del Tribunale sassarese nei confronti di Giuseppe Soro, medico in servizio presso il pronto soccorso, per il decesso di Santino Fois. Quest'ultimo, verso le ore 3.00 del 20 dicembre del 2000, si era recato presso il pronto soccorso lamentando un problema respiratorio e un certo fastidio alla gola: il medico disponeva anzitutto la somministrazione di ossigeno, procedendo poi con un

broncodilatatore (Tefamin) e un cortisonico (Bentelan). Poiché però le sue condizioni non evolvevano positivamente si somministrava prima un altro cortisonico (Flebocortid) e poi una fiala di adrenalina sotto cute. Il Fois veniva quindi trasferito nel reparto di rianimazione; nella cartella clinica di tale reparto si legge che la laringoscopia evidenziava un imponente edema della glottide; non era tuttavia possibile procedere alla tracheotomia e tre giorni dopo si constatava il decesso del paziente.

La causa della morte veniva identificata in una “encefalopatia anossica secondaria ad edema della glottide”. Le perizie disposte dal G.I.P. e dal G.U.P., con quesiti parzialmente differenti, giungevano a conclusioni diametralmente difformi. Nella prima, infatti, si escludeva ogni colpa in capo al Soro, evidenziandosi sia l'estrema difficoltà della corretta diagnosi che la sostanziale correttezza dell'approccio terapeutico da lui seguito. Il G.U.P. accoglieva però le conclusioni raggiunte dal secondo collegio peritale, secondo il quale il medico avrebbe dovuto porre perlomeno in diagnosi differenziale l'edema alla glottide, e che errato era stato anche il suo approccio terapeutico. Egli, infatti, pur somministrando i farmaci corretti ha errato nella sequenza temporale, dovendosi più correttamente somministrare in prima istanza l'adrenalina e, solo in un secondo momento, i cortisonici. Accertata la colpa del Soro, consistente anche nel non aver consultato tempestivamente uno specialista, nell'aver omesso un tempestivo monitoraggio tramite saturimetro e nel mancato tempestivo trasferimento in rianimazione, il G.U.P. reputa sussistente anche il nesso causale tra tali omissioni e l'evento mortale.

Al di là delle censure manifestate in punto di colpa³²⁸, il ricorso d'appello della difesa del Soro si appunta sul mancato accertamento, in termini rigorosi, della causa di morte del Fois: ben sappiamo, ormai, che tale valutazione costituisce il passaggio iniziale ed essenziale per il compimento del giudizio

³²⁸ Censure parzialmente accolte dai giudici d'appello che, in adesione alle conclusioni dei periti del primo collegio, escludono che sia ascrivibile a colpa dell'imputato l'omessa diagnosi di edema della glottide, reputando corrette le terapie poste in atto dal Soro ed escludendo la sua colpa anche in relazione all'addebito di non aver richiesto l'intervento di uno specialista. Ritengono invece di poter addebitare al medico sia l'omessa applicazione del saturimetro, sia il mancato tempestivo trasferimento in rianimazione.

controfattuale ai fini dell'accertamento del nesso eziologico. Ai fini di tale accertamento il ricorrente chiede quindi che venga disposta ulteriore perizia, ma tale richiesta viene respinta dai giudici d'appello. Essi infatti ritengono che, dalla lettura della relazione necroscopica, emerge la linearità del ragionamento seguito: si parte da quanto scritto nella cartella clinica ("la laringoscopia evidenzia imponente edema della glottide"), per poi sottolineare che la non visibilità di tale edema al tavolo settorio non esclude che a tale edema possa attribuirsi la causa della morte. Infatti, **"l'edema della laringe si vede soprattutto nel vivente, ovvero nell'immediatezza della morte da edema laringeo, mentre se la morte avviene a distanza di tempo e l'osservazione non è tempestiva, il reperto può essere del tutto negativo"**. La correttezza di tale accertamento è poi suffragata dal "mancato rinvenimento, in sede autoptica, di dati anatomo – patologici contrastanti con la diagnosi clinico strumentale, ossia la constatata insussistente evidenza di cause di morte diverse dall'anossia cerebrale e di cause di ischemia cerebrale diverse dal coma post-anossico". Perfettamente in linea con la Franzese è dunque l'esclusione di differenti fattori causali, idonei a causare autonomamente il decesso; in particolare, la lettura dei dati clinici porta a escludere la presenza di un ictus, così come invece ipotizzato dalla difesa del Soro.

Infine meritano apprezzamento le modalità con cui si è operato il giudizio controfattuale. I giudici d'appello, infatti, sottolineano che l'ostacolo alla respirazione del Fois era di natura prettamente meccanica e che, in tali casi, vige una legge di copertura secondo cui, assicurare la pervietà delle vie aeree impedisce che il paziente venga a morte per asfissia acuta. A tale valutazione di c.d. causalità generale si aggiungono considerazioni di carattere individuale: il Fois era giovane, di costituzione sana e robusta, era in condizioni fisiche complessive buone e ancora pochi minuti prima di entrare in rianimazione, seppur sofferente, era comunque vitale e lucido. Inoltre non sono emersi, come prima precisato, fattori eziologici alternativi o fatti interruttivi del nesso causale. Tutto ciò porta la Corte a concludere che, con elevato grado di credibilità razionale e probabilità logica, l'evento mortale sarebbe stato evitato se il paziente fosse stato sottoposto a costante monitoraggio. Ciò infatti avrebbe evidenziato lo stato di

progressiva ipossia del Fois e avrebbe dunque anticipato in maniera significativa sia il trasferimento in un'altra divisione che l'intervento di intubazione del rianimatore.

6. Ancora sentenze in linea con le statuizioni delle S.U.

La sussistenza di un ragionevole dubbio in ordine alle possibilità di sopravvivenza della paziente, anche qualora il medico avesse tenuto il comportamento dovuto, è alla base dell'assoluzione del dott. Rizzo ad opera della Corte d'appello di Roma. Rizzo, medico di turno del Pronto Soccorso, alle ore 20.00 del 23 marzo del 2000 visitò Franca Sciamanna, che presentava un grosso rene policistico occupante l'addome, con sintomi febbrili e dolori persistenti. Il medico non dispose alcun accertamento strumentale (ecografia addominale, TAC) e neppure il dott. Fittipaldi, medico di turno la notte tra il 23 e 24 marzo, sottopose la paziente a controlli clinici. I due medici, omettendo tali controlli, non diagnosticarono la perforazione del sigma e la peritonite stercoracea che il successivo 25 portarono al decesso della paziente. Mentre Fittipaldi veniva assolto, Rizzo veniva condannato in primo grado e poi assolto dai giudici d'appello che ritenevano non sussistente il nesso causale tra le sue omissioni diagnostiche e terapeutiche e l'evento mortale. Sul ricorso della parte civile, che deduce inosservanza ed erronea applicazione della legge penale in relazione agli artt. 40, 41, 589 c. p., 192, 546, comma 1 lettera e) c.p.p. nonché mancanza, contraddittorietà e manifesta illogicità della motivazione, si pronuncia la IV Sezione penale della Cassazione che respinge le censure in quanto infondate³²⁹. La Corte, infatti, richiamando i principi sanciti nelle sentenze Franzese e Orlando del 2002, reputa logico e coerente il ragionamento seguito dalla Corte d'Appello per escludere la sussistenza del nesso causale. Si legge che, avendo i consulenti "posto in dubbio l'utilità *quoad vitam* dell'intervento effettuato all'atto di ingresso della paziente, tenuto conto delle precarie condizioni di costei che aveva una situazione immunitaria assolutamente insufficiente con duemila e seicento globuli

³²⁹ Cass. Pen., IV, 21 giugno (26 ottobre) 2007, n. 39594, Rizzo, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 7/8, pag. 841.

bianchi, in modo logico e coerente il suddetto giudice di merito ha tratto la conclusione dell'insussistenza del nesso causale, non potendosi affermare che l'evento specifico fosse riconducibile alla condotta dell'agente <al di là di ogni ragionevole dubbio> secondo un giudizio di probabilità logica³³⁰. Correttamente, dunque, i giudici d'appello non si sono fermati alla valutazione della mera probabilità statistica, dando invece peso alle condizioni generali gravemente scadute della Sciamanna; condizioni che, accuratamente vagliate, lasciavano sopravvivere più di un dubbio sulla potenzialità salvifica delle cure colposamente omesse.

Ineccepibile si reputa anche il giudizio controfattuale compiuto dai giudici della Corte d'Appello di Caltanissetta nel caso relativo alla morte di Letizia Morello³³¹: la donna, ricoverata il 6 giugno 1994 presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Gela, tre giorni dopo partorisce una bambina con un intervento di taglio cesareo. Dopo il parto si presentano complicazioni tali da determinare il trasferimento della partoriente presso il reparto di Medicina dello stesso ospedale, in cui la Morello muore il 26 dello stesso mese. Nanti il Tribunale di Gela vengono citati a giudizio 5 medici del reparto di Ostetricia e Ginecologia e 3 medici del reparto di Medicina, tra cui il dott. Cottone e il dott. Catania, entrambi Aiuto del Primario, dott. Fraterrigo. Il tribunale assolve i medici del reparto di Ostetricia, ritenendo non ravvisabile nella loro condotta alcuna colpa professionale. Condanna, invece, il dott. Cottone, il dott. Catania e il dott. Fraterrigo, per il delitto di omicidio colposo; la colpa viene ravvisata nella negligenza di non aver eseguito tutti gli opportuni esami di laboratorio e

³³⁰ Il mancato raggiungimento della certezza processuale in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra condotta del sanitario e morte della paziente è alla base di un'altra pronuncia del 2007 [cfr. Cass. Pen., IV, 9 maggio (13 luglio) 2007, n. 27743, Morelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009]. La Cassazione, respingendo il ricorso della parte civile, conferma l'assoluzione del dott. Mastri, ortopedico, tratto a giudizio con l'accusa di non aver impedito l'insorgere di una gangrena che aveva poi determinato l'amputazione dell'arto. Anche in questo caso la Cassazione sottolinea che le perizie dimostrano che "il livello di probabilità dell'efficacia impeditiva della condotta osservante si ferma ad un livello medio basso e non può quindi fondare una risposta positiva al quesito della causalità".

³³¹ Cass. Pen., IV, 28 giugno (26 ottobre) 2007, n. 39600, Cottone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

nell'imperizia di non aver formulato la corretta diagnosi di trombo-embolia. Su ricorso degli imputati, la Corte d'Appello dichiara la nullità della perizia eseguita in primo grado e ne dispone una nuova per accertare la causa della morte della Morello. Anche tale perizia, sulla base della sintomatologia e degli esami eseguiti, individua tale causa in tre insulti tromboembolici, l'ultimo dei quali così virulento da essere fatale; con altrettanta certezza si esclude che l'exitus potesse essere stato determinato, come sostenuto invece dalle difese degli imputati, dalla broncopolmonite. Le difese di Cottone e Catania presentano ricorso per Cassazione deducendo mancanza ed illogicità della motivazione in relazione alla causa della morte e alla sussistenza sia dell'elemento soggettivo che del nesso causale. La Cassazione reputa i ricorsi infondati e li rigetta. Tralasciando l'aspetto psicologico³³² preme concentrarsi sulle altre due censure difensive.

Per quanto attiene, anzitutto, alla causa della morte, pur mancando l'autopsia³³³ ed essendo perciò più difficile l'accertamento, la Corte ritiene corretto il ragionamento dei giudici di merito che hanno operato una precisa ricostruzione dei fatti e, sulla base della perizia, hanno individuato nei tre episodi trombo - embolici, l'ultimo dei quali fatale, tale causa. Infatti, gli stessi medici curanti avevano diagnosticato il terzo episodio come un tromboembolo e, sulla base delle perizie, i giudici di merito hanno escluso che sia stata la broncopolmonite, come prospettato dalle difese, a causare la morte. L'esclusione di tale fattore causale alternativo è analiticamente basata sui seguenti dati concreti: erano stati adottati tutti i presidi terapeutici necessari per debellarla, non

³³² Si ravvisa un grave errore nella condotta dei medici "per non avere individuato una corretta diagnosi, cui non era seguita alcuna terapia anticoagulante".

³³³ Un altro caso in cui si reputa accertata la causa della morte pur in assenza di autopsia è quello affrontato da Cass. Pen., IV, 24 ottobre (31 dicembre) 2007 n. 46359, Antignani, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009. In tale occasione la Cassazione ribadisce che la diagnosi della causa mortis e il conseguente accertamento del nesso causale possono essere effettuate pur in mancanza dell'esame autopatico "quando, considerate tutte le circostanze del caso concreto, possano escludersi processi causali alternativi e si possa sostenere, in termini di certezza processuale, ossia di alta credibilità razionale o probabilità logica, che sia stata proprio quella condotta omissiva a determinare l'evento lesivo, facendo riferimento, come già rilevato, secondo la citata sentenza delle sezioni unite, sia a dati statistici, sia ad altro materiale probatorio". Si richiamano anche Cass. Pen., IV, 6 febbraio 2001, n. 5037 e Cass. Pen., IV, 15 novembre 2002, n. 38334.

appariva definitiva e, anche ammettendo la sua esistenza o una flogosi polmonare, essa aveva solo accompagnato i tromboemboli.

Anche per quanto riguarda più specificatamente il nesso causale la Cassazione reputa priva di incongruenza e illogicità la motivazione della sentenza impugnata, in cui si applica in modo ineccepibile il procedimento controfattuale delineato dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese del 2002. I giudici, infatti, in prima battuta richiamano la legge scientifica in base alla quale una tempestiva diagnosi e terapia, pur non azzerando il rischio di mortalità, lo avrebbe ridotto in termini statistici, dal 30 all'8 %. Tale dato statistico è stato poi calato nel caso concreto: la percentuale dell'8% riguarda infatti l'intera popolazione astrattamente considerata. Se, invece, si considera che la paziente non presentava altre affezioni, era entrata sana nel reparto di ginecologia, aveva subito un taglio cesareo senza complicazioni, tutto ciò depone per l'annullamento del rischio di morte, e consente di essere processualmente certi che, se la Morello fosse stata curata adeguatamente, l'insulto trombo embolico non si sarebbe ripetuto tre volte e sarebbe stato arginato.

La precisazione dell'astratto dato statistico tramite il richiamo di concreti e accertati elementi fattuali caratterizza anche la decisione della Corte d'Appello di Firenze relativa al decesso di un giovane paziente psichiatrico. Luca Selvi, ricoverato il 5 luglio 1999 presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di S. Maria Nuova a Firenze, pochi giorni dopo presentava i sintomi di una polmonite *ab ingestis*, provocata dall'assunzione di farmaci neurolettici che causano disturbi dai quali può derivare l'inalazione di sostanze alimentari. Né i medici del reparto di psichiatria, né quelli del reparto di medicina, in cui fu ricoverato il successivo 28 luglio, furono in grado di diagnosticare tempestivamente tale patologia. Pertanto il Tribunale di Firenze condannava i medici dei due reparti che avevano avuto in cura il paziente, ritenendoli responsabili di averne colposamente cagionato la morte. La Corte d'Appello riformava parzialmente tale pronuncia.

I giudici di secondo grado, tenuto conto delle perizie, reputavano incontestabile il fatto che la causa della morte del giovane, avvenuta il 4 agosto, andasse individuata proprio nella polmonite *ab ingestis* e affermavano che tale

polmonite si sarebbe potuta diagnosticare, per lo meno in termini probabilistici e ipotetici, già il 12 luglio. In tale data, infatti, il paziente presentava difficoltà respiratorie, febbre elevata, leucocitosi, innalzamento delle transaminasi e soprattutto un quadro radiologico che evidenziava un addensamento basale; inoltre, oltre ai sintomi tipici della sindrome extrapiramidale, la corretta diagnosi doveva essere suggerita dal fatto che la terapia farmacologica del ragazzo, basata su farmaci neurolettici classici, costituiva un fattore predisponente all'insorgenza della polmonite da inalazione. Una diagnosi in termini di certezza sarebbe stata comunque da porre il 24 luglio, quando comparve la disfagia. La Corte d'Appello riteneva anche che, un intervento tempestivo e appropriato – consistente nella terapia antibiotica e nella sospensione della nutrizione orale e del trattamento farmacologico - avrebbe, con alta probabilità logica, portato a scongiurare la morte del Selvi; infatti il perito evidenziava che le statistiche sulla mortalità erano favorevoli, tenuto conto anche della giovane età del paziente e dell'assenza di concomitanti patologie.

Veniva dunque condannata la dott.ssa Pecchioli, che si era occupata del paziente fin dal momento del ricovero impostando la terapia, e il responsabile vicario dott. Piccini che si occupò personalmente del paziente dal 15 luglio ma che già in precedenza era stato informato ed aveva condiviso le cure praticate. Inoltre veniva condannato il dott. Bacalli che aveva effettuato due consulenze il 12 e il 20 luglio e che aveva poi seguito il ragazzo dal momento del ricovero in medicina. Riformando la sentenza di primo grado, invece, la Corte assolveva i dottori Fusi e Polignano, che avevano seguito il Salvi solo nelle ultime ore di vita, ritenendo che non vi fosse prova alcuna che una corretta terapia, praticata in tale momento, avrebbe con alta probabilità logica impedito l'evento morte. Inoltre i giudici d'appello, non condividendo quanto affermato nella pronuncia di primo grado, ritenevano esente da alcun rimprovero la condotta del primario, dott. Lagi, che pertanto veniva assolto per non aver commesso il fatto.

Tale sentenza veniva impugnata con ricorso per cassazione dai difensori di Pecchioli, Piccini e Bacalli, nonché dalle parti civili. Le censure mosse alla sentenza dai difensori di Pecchioli e Piccini relativamente ai profili causali del

fatto venivano ritenute infondate³³⁴. In primo luogo si escludeva che le consulenze effettuate dal Bacalli potessero aver implicato un trasferimento della posizione di garanzia solo in capo a quest'ultimo; Pecchioli e Piccini avevano infatti continuato a seguire il paziente per tutti gli aspetti della sua malattia e dunque avevano conservato la posizione di garanti. Inoltre non veniva ritenuta condivisibile la censura secondo cui nella sua decisione la Corte d'Appello non si fosse attenuta ai principi dettati dalla nota sentenza delle S.U. Franzese 2002. La Cassazione, preso atto delle difficoltà interpretative che tale sentenza continua a suscitare, si soffermava a compiere alcune chiarificazioni in proposito. Dopo aver ricordato il dibattito che aveva preceduto la sentenza del 2002 in relazione ai caratteri della causalità omissiva e alle differenti prese di posizione della giurisprudenza, richiamava i passaggi fondamentali della pronuncia. La Corte sottolineava come una certa confusione interpretativa potesse essere stata determinata dall'utilizzo ripetuto del termine "probabilità". La Cassazione per sfuggire a questi equivoci linguistici proponeva di sostituire il termine "probabilità logica" con quello di "forte corroborazione dell'ipotesi" che deve fondarsi sull'affidabilità delle informazioni scientifiche utilizzate, sull'evidenza probatoria disponibile e sulla capacità di resistenza dell'ipotesi prescelta rispetto alle contro-ipotesi. Preciso ciò si affermava la conformità del ragionamento seguito dalla Corte d'Appello di Firenze rispetto al modello delineato dalla giurisprudenza delle S.U., sia pure con la presenza di qualche sbavatura lessicale. Infatti, i giudici fiorentini analizzano in primo luogo le informazioni statistiche disponibili: si tratta, a ben vedere, di un dato statistico alquanto limitato, poiché costituito dalle rilevazioni su solo 38 pazienti ricoverati in rianimazione, di cui soltanto due erano deceduti. L'esiguità del numero di casi analizzati è però compensata dalla presenza di un ulteriore elemento: l'età dei pazienti. Dei due decessi, soltanto uno coinvolgeva un uomo di età inferiore ai settanta anni. Statisticamente dunque gli esiti infausti della malattia erano contenuti al di sotto del 2%, ma anche in questo caso è necessario completare l'indagine col ricorso

³³⁴ Cass. Pen., IV, 2 aprile (1 giugno) 2007, Pecchioli, n. 21597, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 1875-1886 con nota di C. Brusco, "Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell'accertamento della causalità".

alla probabilità logica. La Corte constatava che il Selvi era giovane e che le sue condizioni generali di salute erano buone, tutti fattori che influenzavano positivamente il decorso. Anche la possibilità di una diagnosi tempestiva della patologia con immediata sospensione dei neurolettici e della alimentazione orale, accompagnata dalla somministrazione di antibiotici, costituisce un elemento che depone in favore della certezza processuale circa l'efficacia salvifica del comportamento colposamente omissivo. Tutto ciò consente alla Cassazione di affermare la conformità della pronuncia al modello delineato dalle Sezioni Unite.

Tralasciando gli altri aspetti della sentenza (profili processuali, elemento soggettivo del reato), possiamo volgere la nostra attenzione sul ricorso delle parti civili avverso l'assoluzione dei dott.ri Fusi e Polignano. Anche rispetto a questo profilo la sentenza si reputa immune da vizi logici, ritenendosi privo di pregio l'assunto secondo cui il trattamento rianimatorio avrebbe anche se di poco prolungato la vita del Selvi. La Cassazione infatti precisa che è corretto affermare che anche l'omissione di una terapia atta a ritardare l'evento letale può essere ritenuta eziologicamente rilevante³³⁵; ma tale assunto va precisato sottolineando

³³⁵ Tale affermazione è strettamente connessa al fatto che l' "evento" (in questo caso l'evento – morte), preso in considerazione quale secondo termine del giudizio causale, non è un evento astratto ma è l'evento *hic, nunc et quomodo* considerato. In proposito, si vedano in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009: Cass. Pen., IV, 26 giugno (20 luglio) 2007, n. 29220, Pizzi e Cass. Pen., sez. IV, 7 giugno (3 ottobre) 2007, n. 36164, Bernardini. Il primo caso attiene alla morte di una donna, al quarto mese di gravidanza, deceduta a causa di una leucemia mieloblastica acuta non diagnosticata e non curata in tempo. Si legge nella sentenza che il nesso causale si reputa accertato non solo quando, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta impeditiva omessa, l'evento non si sarebbe verificato, ma anche quando esso si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Determinante è dunque la ridescrizione dell'evento al fine di chiedersi non solo se la morte si sarebbe potuta evitare, ma anche se si sarebbe potuto evitare quel concreto evento morte, considerato *hic et nunc*. Nel caso di specie, applicandosi tali principi, si ritiene che l'immediata segnalazione dell'eclatante piastrinopenia avrebbe consentito un tempestivo ricovero, anteriore all'insorgere dell'emorragia e di sottoporre la donna all'adeguato trattamento diagnostico e terapeutico. Si sofferma sul *quomodo* dell'evento una sentenza per molti versi analoga a quella appena analizzata: si tratta della pronuncia con cui si condanna il dott. Bernardini per la morte di una donna a causa di un carcinoma uterino. Al medico si addebita la colpa di non aver diagnosticato tempestivamente il tumore e di aver così ritardato l'intervento chirurgico e le terapie adeguate. Rigettando il ricorso dell'imputato la Cassazione, dopo aver richiamato la letteratura scientifica in materia di tumori dell'utero, sottolinea che ipotizzando che l'intervento fosse stato eseguito nel corso del primo ricovero, l'evento morte si sarebbe verificato più in là nel tempo e che anche la qualità di vita della paziente, sotto un profilo psicologico, sarebbe stata migliore. Ciò è sufficiente per ritenere sussistente il nesso causale, non essendo necessario provare che la tempestività diagnostica e terapeutica avrebbe scongiurato il

che tale differimento non deve essere meramente effimero.

7. Evoluzione nell'approfondimento della Franzese.

Col passare del tempo i giudici di legittimità non si limitano più ad applicare pedissequamente i principi sanciti dalle Sezioni Unite, ma cercano, partendo da tali statuizioni, di trarne altre, utili ai fini dell'indagine sul nesso eziologico.

Interessante in proposito è una sentenza del 2008 in cui ci si sofferma sul ruolo che, nel compiere tale accertamento, deve avere il giudice, pur con la necessaria collaborazione di periti e consulenti³³⁶. Il caso³³⁷ è di quelli che hanno spesso conquistato le prime pagine dei giornali: pezza chirurgica dimenticata in addome nel corso di una cistectomia. Infatti, Luigia Agostinelli, affetta da neoplasia vescicale, viene sottoposta nell'agosto 2000 ad asportazione della vescica e ricostruzione dell'organo da parte dell'equipe composta dal dott. Vavassori, dall'infermiera strumentista Maddalena e dall'assistente di sala Lazzarino. Nel novembre dello stesso anno viene nuovamente ricoverata e nel corso di una laparotomia si riscontra la presenza di un corpo estraneo costituito da una pezza, dimenticata nel corso della cistectomia. Nonostante un ulteriore

decesso. Si veda anche Cass. Pen., IV, 15 febbraio (9 marzo) 2007, Gastel, n. 10136, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

³³⁶ Anche un'altra pronuncia (cfr. Cass. Pen., IV, 23 gennaio - 11 aprile 2008, De Blasi, n. 15221, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità 2004-2008", Pisa, 2009) si sofferma sul ruolo del giudice, sottolineando "la possibilità del giudice di scegliere fra varie tesi, prospettate da 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 delle parti". La sentenza richiamata, in cui si discute della responsabilità di quattro chirurghi per non avere eseguito tempestivamente un'emotrasfusione ad un soggetto ricoverato dopo un incidente stradale, si segnala anche per un'approfondita disamina del nesso causale. Dopo un ampio richiamo alla giurisprudenza pre-Franzese e un'analisi dettagliata della sentenza delle Sezioni Unite, si conclude che il giudizio controfattuale va considerato negativo, poiché non è processualmente certo che la causa della morte sia addebitabile alla condotta omissiva dei medici, ritenendosi plausibili le ipotesi alternative prospettate dalle difese.

³³⁷ Cass. Pen., IV, 7 marzo (11 aprile) 2008, n. 15282, Vavassori, in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2008, nota a pag. 1463-1464; in *Riv. Pen.*, 2009, n. 2, pag. 214, 216 e in *Cass. Pen.*, n. 11/2009, pag. 4297-4298.

intervento chirurgico il quadro clinico della paziente si aggrava, evidenziando una insufficienza cardiocircolatoria e multiorgano che porta la donna al decesso.

Il Tribunale di Bergamo e, in appello, la Corte della stessa città, condannavano gli imputati per il delitto di cui all'art. 589 c.p., poiché trascurarono di estrarre dall'addome la pezza chirurgica che, a distanza di alcuni mesi, causò un infarto intestinale e una peritonite con esito letale.

Tutti gli imputati proponevano ricorso per cassazione, censurando il giudizio di colpevolezza e, con motivazioni analoghe, la ricostruzione del nesso causale. In particolare, per quanto attiene a quest'ultimo profilo, essi prospettavano la presenza di un differente fattore causale all'origine del decesso. Sostenevano, infatti, che una garza laparoscopica non può in alcun modo provocare un infarto intestinale. Alla base di tale patologia vi sarebbe dunque, invece, la gravissima forma di anemia derivante dalla patologia tumorale da cui risultava affetta la Agostinelli e dalla pesante terapia farmacologica che la donna aveva dovuto subire; ad aggravare tale quadro clinico, già di per sé critico, era poi intervenuto uno shock derivante da trombosi dell'arteria femorale. Sarebbero stati dunque tutti questi fattori a determinare l'exitus, senza alcuna interferenza da parte della garza dimenticata in addome.

Le doglianze dei tre imputati vengono rigettate dalla Corte di Cassazione che reputa corretta la decisione dei giudici di merito sotto entrambi i profili censurati³³⁸. In particolare, si ritiene che la pronuncia si collochi nel solco tracciato dalle S.U. nella nota sentenza Franzese, facendo corretta applicazione del modello che integra abduzione e induzione. I giudici di merito, infatti, ricorrono alle acquisizioni scientifiche poste a loro disposizione dai periti e analizzano con altrettanta chiarezza le emergenze fattuali relative alla patologia. Essi, in primo luogo, confutano la tesi difensiva secondo cui l'infarto intestinale sarebbe sopravvenuto per cause indipendenti dalla presenza del corpo estraneo in

³³⁸ In merito alla colpevolezza, si richiama la costante giurisprudenza secondo cui "nel caso di abbandono nell'addome del paziente di un corpo estraneo, si configura la responsabilità dell'intera equipe medica". Inoltre presso quell'ospedale vigeva un protocollo in base al quale i conteggi dovevano essere eseguiti dall'infermiera strumentista e da quella di sala, mentre la verifica finale spettava al chirurgo.

addome (in particolare, l'anemia): si sottolinea che non si riscontrano i segni tipici dell'infarto generalizzato causato dalla grave anemia, poiché, in tal caso, la sofferenza ischemica avrebbe necessariamente interessato l'intestino in modo uniforme e non in modo segmentato, come nel caso in questione. Infatti, in base alla relazione peritale, l'infarto della Agostinelli andava localizzato grosso modo nella stessa zona in cui era presente il corpo estraneo: vi era dunque una corrispondenza topografica tra la necrosi intestinale ischemica e il magma aderenziale formatosi a seguito dell'inglobamento del telo chirurgico in addome. D'altra parte, invece, pur considerate le gravi condizioni della donna, non vi era ragione per l'insorgenza di una necrosi intestinale ischemica per cause indipendenti dalla presenza del corpo estraneo. Le informazioni scientifiche fornite dai consulenti sono state dunque calate nel caso concreto, prendendo in esame le peculiarità del quadro clinico della Agostinelli, ed hanno consentito di smentire le contro-ipotesi difensive; si è così raggiunta l'elevata probabilità logica che sia stato proprio l'abbandono del telo in addome a determinare l'evento mortale, escludendo l'intervento di differenti fattori causali³³⁹. Considerando la confusione che genera spesso la locuzione "probabilità logica" (soprattutto rispetto al concetto di "probabilità statistica"), la Corte propone, anche in questo caso, di ricorrere al concetto di "corroborazione dell'ipotesi", che altro non è che un confronto tra l'ipotesi ricostruttiva fondata sulle leggi scientifiche, da un lato, e le emergenze fattuali dall'altro, con contestuale demolizione delle contro-ipotesi difensive. Autore di tale giudizio di corroborazione dell'ipotesi può essere soltanto il giudice: se infatti egli deve ricorrere all'ausilio di consulenti e periti per acquisire le conoscenze tecniche e scientifiche necessarie, la Cassazione chiarisce

³³⁹ Proprio l'impossibilità di escludere un'ipotesi alternativa a quella prospettata dall'accusa è alla base della decisione della Corte di Cassazione di respingere il ricorso avanzato dal Procuratore generale di Catanzaro avverso la sentenza di assoluzione del dott. Massari, primario di chirurgia (cfr. Cass. Pen., IV, 15 aprile - 3 giugno 2008, n. 22169, Massari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.). Il medico era accusato di omicidio colposo per il decesso di una donna, non avendo formulato la corretta diagnosi di ischemia intestinale e avendo posto in atto una serie di condotte colpose. La Cassazione conferma l'assoluzione, non potendosi escludere, con certezza processuale, che l'exitus sia essere stato determinato non dalla condotta colposa dell'imputato ma dall'esistenza di una situazione patologica preesistente, considerata l'età della paziente, le sue condizioni generali, la cardiopatia da cui era affetta e la patologia iniziale di particolare gravità.

che è solo a lui che spetta valutare tali dati, calando quelle conoscenze nel concreto e inserendole nel contesto delle regole della causalità giuridica per trarne le dovute conseguenze processuali. Insomma è il giudice il soggetto responsabile di tali valutazioni, chiamato a dimostrare la sussistenza del nesso causale secondo lo standard probatorio dell' "oltre il ragionevole dubbio"³⁴⁰.

Si sofferma sull'accertamento delle cause alternative dell'evento anche un'altra pronuncia che vede imputato un neurologo, il dott. Brignoli³⁴¹. Sonzogni Caterina, da lui curata da anni per una sindrome depressiva, assume un antidepressivo triciclico (Anafri) e una benzodiazepina (Lexotan). Il figlio della Sonzogni nota però un progressivo deterioramento delle condizioni della madre e contatta il dott. Brignoli che visita la donna il 24 giugno 2000, senza peraltro modificarne il trattamento farmacologico. Nei giorni successivi lo stato di salute della donna peggiora e, il 2 luglio, si rende necessario un ricovero ospedaliero: tuttavia, il giorno successivo, la donna muore.

Il Tribunale di Bergamo condanna il dott. Brignoli per il delitto di omicidio colposo. Al sanitario si contesta di non aver seguito il corretto dosaggio dei farmaci somministrati alla paziente, determinando così un accumulo dei principi attivi da cui derivavano le gravi alterazioni patologiche che avevano portato al decesso. I giudici di merito escludono che l'intossicazione, e il conseguente decesso, potessero invece essere stati causati, secondo quanto

³⁴⁰ La prova del nesso di causalità in termini di "certezza processuale" è necessaria per pervenire ad un'affermazione di responsabilità dell'imputato. Invece, secondo quanto sostenuto dalla Cassazione (cfr. Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2007 - 21 gennaio 2008, Panico, n. 3003, in *Guida al diritto*, 2008, n. 9, pag. 70, in *Riv. pen.* 2008, n. 11, pag. 1230-1231 e in *Giust. Pen.*, 2008, II, n. 7, pag. 435), quando si è verificata una causa estintiva del reato (come la prescrizione), "è sufficiente che, a quello stadio del processo, sussista una ragionevole probabilità del nesso causale per escludere l'applicabilità dell'articolo 129, comma 2, c.p.p.". Infatti, in tal caso, non vi è la prova evidente che l'imputato non ha commesso il fatto o che il fatto non sussiste. Applicando questo principio i giudici di legittimità respingono il ricorso del dott. Panico avverso la sentenza con cui la Corte d'Appello di Salerno aveva dichiarato la non procedibilità nei suoi confronti per intervenuta prescrizione in ordine al delitto di omicidio colposo. Al medico si rimproverava di aver eseguito un'erronea manovra di intubazione naso esofagea, anziché naso tracheale, nei confronti di una ragazza sottoposta a palatoschisi; non avvedendosi dell'errore e non rimediando tempestivamente, togliendo i tubi dal naso e ponendo la mascherina dell'ossigeno sul viso della paziente, il medico ne avrebbe cagionato il decesso.

³⁴¹ Cass. Pen., IV, 6 novembre 2007 (10 gennaio 2008), n. 840, Brignoli, in *Guida al diritto*, 2008, n. 7, pag. 53; in *Dir. pen. e proc.*, 2008, n. 4, pag. 434-436 e in *Foro It.*, 2009, n. 2, II, pag. 120 - 125.

sostenuto dai periti della difesa, dall'assunzione, volontaria o casuale, del farmaco Anafril per via orale anziché per via parenterale. In appello, la Corte d'Appello di Brescia conferma la sentenza di condanna.

Nel ricorrere per cassazione la difesa del dott. Brignoli si duole, in primo luogo, per la mancata considerazione da parte del giudice d'appello dell'argomentazione difensiva secondo cui l'assunzione dell'antidepressivo era avvenuta per via orale e che era perciò necessario disporre una nuova perizia che chiarisse il punto. In secondo luogo, contesta il raggiungimento della prova dell'esistenza del nesso di causalità, posto che i giudici di merito, qualificando erroneamente la condotta dell'imputato come attiva e non omissiva, non avrebbero svolto correttamente il giudizio controfattuale.

La Cassazione rigetta entrambe le censure. Correttamente, infatti, i giudici di merito hanno escluso la causa alternativa prospettata dal perito della difesa, secondo cui la patologia manifestata dalla paziente sarebbe stata conseguenza dell'assunzione per via orale dell'antidepressivo in un'unica dose. A tale ipotesi, pur ritenuta plausibile, i giudici hanno opposto alcune articolate argomentazioni, sia logiche che fattuali: in primo luogo, il deteriorarsi delle condizioni di salute della Sonzogni si è verificato in modo progressivo e non in modo repentino, come sarebbe avvenuto qualora ci fosse stata un'assunzione orale in unica dose (contatti tra il figlio della Sonzogni e il medico sono rilevati già a partire dal 24 giugno). Inoltre, si richiama la deposizione della figlia della Sonzogni, confermata dal medico di base, che ha dichiarato di aver sempre somministrato personalmente i farmaci alla madre. Emerge quindi in tutta evidenza che i giudici di merito nell'accertare il rapporto di causalità hanno, come richiesto dalle Sezioni Unite³⁴², considerato e valutato l'eventuale interferenza di

³⁴² Preme evidenziare che la Franzese non è esplicitamente richiamata nella pronuncia che si analizza. Tuttavia, quel che più conta, è che le statuizioni delle Sezioni Unite vengono rispettate, a dimostrazione di come, col passare degli anni, esse siano entrate a far parte del bagaglio culturale degli operatori giuridici.

fattori causali alternativi, per giungere ad escludere tale possibilità, al di là di ogni ragionevole dubbio³⁴³.

In relazione al secondo motivo di ricorso la Corte reputa corretta la qualifica di condotta attiva attribuita al dott. Brignoli. La sentenza, anzitutto, enuncia con chiarezza i due criteri a cui ricorrono dottrina e giurisprudenza, soprattutto in tema di responsabilità medica³⁴⁴, per delineare i confini tra azione ed omissione. In primo luogo si richiama il c.d. “criterio normativo”, affermandosi che, se nella causalità commissiva si viola un divieto, nella causalità omissiva ad essere violato è un comando. Si enuncia anche il più recente orientamento c.d. naturalistico, secondo cui la condotta è commissiva se il medico inserisce nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio che poi si concretizza, mentre si ha un’omissione se il medico non ha contrastato un rischio già presente.

Dunque, considerato che il sanitario ha violato il divieto di somministrare i farmaci in dosaggi superiori a quelli previsti dalla letteratura medica, inserendo nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio che si è poi concretizzato nell’evento morte, è corretta la qualifica di condotta “attiva” formulata dai giudici del merito. E’ poi ovvio che tale qualificazione influisce direttamente sulle modalità con cui deve compiersi il giudizio controfattuale. I giudici, infatti, non devono compiere il giudizio c.d. doppiamente ipotetico³⁴⁵ chiedendosi, come invece richiesto dal ricorrente, se, posta in essere la condotta doverosa omessa, l’evento si sarebbe ugualmente verificato, in termini di elevata credibilità razionale. Essi devono invece dare una risposta alla domanda se, qualora il Brignoli non avesse modificato il trattamento farmacologico, la Sonzogni sarebbe ugualmente deceduta. E i giudici hanno logicamente e motivatamente raggiunto la

³⁴³ Nella sentenza si precisa che il rapporto di causalità può ritenersi ugualmente accertato quando, pur essendo ipotizzati diversi decorsi causali (e non essendo possibile escluderne alcuno), essi sono comunque tutti riconducibili alla medesima condotta di un unico soggetto.

³⁴⁴ In materia, infatti, è difficile che vi siano casi in cui la condotta è chiaramente attiva o passiva; di solito ci si trova di fronte a c.d. condotte intrecciate, in cui azioni ed omissioni interagiscono tra di loro. Senza poi tralasciare il rischio, già più volte evidenziato, di confondere il reato omissivo con le componenti omissive della colpa.

³⁴⁵ Vd *Foro It.*, 2009, n. 2, II, pag. 121.

certezza processuale circa il non verificarsi della morte qualora vi fosse stato un corretto dosaggio dei farmaci.

Un problema di dosaggio di farmaci e di qualificazione della condotta in termini di azione od omissione, si pone anche in un altro caso affrontato dalla Corte di Cassazione nel 2008³⁴⁶. Il dott. Euro Pozzi, medico psichiatra che aveva in cura Giovanni Musiani, paziente psicotico ricoverato presso la comunità Albatros, viene condannato in primo e secondo grado dai giudici bolognesi per omicidio colposo. Infatti, nel corso di una crisi, Musiani aveva aggredito con un coltello l'educatore Ateo Cardelli e l'aveva ucciso: i giudici ritenevano che la causa di tale crisi fosse da rinvenire in uno scompenso psichico, cagionato dalla riduzione e poi dalla sospensione della terapia di tipo neurolettico, decisa dal Pozzi in maniera del tutto imprudente. Allo psichiatra si rimproverava inoltre di non aver richiesto il trattamento sanitario obbligatorio, ritenendosi che tutte queste condotte fossero causalmente connesse all'evento verificatosi.

La difesa del Pozzi, ricorrendo per cassazione, individua numerosi punti critici nella sentenza impugnata, sia sotto il profilo processuale che sotto l'aspetto sostanziale. A tali censure la Corte risponde con una sentenza altrettanto articolata, in cui si affrontano numerose problematiche rilevanti soprattutto in ambito medico: si va dai presupposti del T.S.O.³⁴⁷ ai confini della posizione di

³⁴⁶ Cass. Pen., IV, 14 novembre 2007 (11 marzo 2008), n. 10795, Pozzi, in *Guida al diritto*, 2008, n. 17, pag. 89-90 e n. 18, pag. 99; in *Foro It.*, II, 2008, n. 5, pag. 279-282, con nota; in *Cass. Pen.*, n. 12/2008, pag. 4638-4648, con nota di Massimo Baraldo, "Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale."; in *Giur. It.*, n. 10/2008, pag. 2286 – 2289, con nota di Simone Ferrari "Sul concorso colposo del medico psichiatra nell'omicidio doloso di un infermo di mente"; in *Riv. Pen.*, n. 12/2008, pag. 1344 – 1362, con nota di Salvatore Crimi, "Concorso colposo nel delitto doloso: intersezioni e cointeressenze tra causalità e colpa, violazione dello scopo di protezione della norma, posizioni di garanzia ed orizzonti del principio dell'affidamento"; in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2008, pag. 1438 – 1455, con nota di A. Fiori - F. Buzzi, "Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. pen. n. 10795/2008; in *Giur. It.* 2009, n. 1, pag. 173 – 178 con nota di A. F. Morone.

³⁴⁷ Si precisa che esso va disposto alle seguenti condizioni: "1) che esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici; 2) che gli stessi non vengano accettati dall'infermo; 3) che non sia possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere". Nel caso di specie i giudici di legittimità ritengono manchi il requisito della mancata accettazione delle terapie da parte del paziente e dunque questo elemento di colpa omissiva si ritiene non addebitabile all'imputato.

garanzia dello psichiatra³⁴⁸, dalle modalità di cura del paziente psichiatrico dopo la lg n. 180 del 1978 al principio di affidamento³⁴⁹, per soffermarsi anche su una questione di più ampio respiro, l'ammissibilità o meno del concorso colposo nel delitto doloso³⁵⁰, che tanto divide dottrina e giurisprudenza.

Non potendo affrontare in modo approfondito, per ragioni di spazio, ciascuno di tali aspetti, dobbiamo concentrarci ancora una volta esclusivamente sul profilo eziologico. La prima censura manifestata in proposito dal ricorrente è quella secondo cui i giudici avrebbero “omesso di accertare la concatenazione causale in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici necessari per ritenere esistente il nesso di condizionamento”. I giudici di legittimità respingono tale lettura, richiamando una sentenza del 1990³⁵¹ e, soprattutto, le Sezioni Unite del 2002: dottrina e giurisprudenza, infatti, concordano ormai sul fatto che non si può pretendere che il giudice conosca e spieghi tutte le fasi intermedie attraverso le quali si determina l'evento finale, né che possa procedere ad una spiegazione fondata su una serie continua di eventi. E' invece sufficiente che l'evento sia comunque riconducibile alla condotta colposa dell'agente sia pure con condotte alternative, purchè sia possibile escludere l'efficienza causale di diversi meccanismi eziologici³⁵².

Un altro aspetto su cui fa leva il ricorrente, che risulta implicitamente dalla lettura delle doglianze difensive, è quello di qualificare la sua condotta in

³⁴⁸ Si ritiene che la posizione di garanzia sorga con l'instaurazione della relazione terapeutica tra il paziente e il medico; quale che fosse, dunque, l'incarico formale rivestito dal Pozzi all'interno della comunità, non si può negare che egli ha di fatto svolto la funzione di tutelare la salute psichica del paziente, e fosse dunque titolare del relativo obbligo di protezione.

³⁴⁹ La Cassazione, dopo averne delineato i contorni, ritiene che tale principio sia stato impropriamente richiamato dalla difesa del Pozzi.

³⁵⁰ La Corte, dopo aver richiamato alcune sentenze che giungono a conclusioni differenti, ora favorevoli, ora contrarie, adotta una risposta positiva. Si afferma che “è ammissibile il concorso colposo nel delitto doloso sia nel caso di cause colpose indipendenti che nel caso di cooperazione colposa e purchè, in entrambi i casi, il reato del partecipe sia previsto anche nella forma colposa e la sua condotta sia caratterizzata da colpa”. Contra S. Ferrari “Sul concorso colposo del medico psichiatra nell'omicidio doloso di un infermo di mente”, in *Giur. It.*, n. 10/2008, pag. 2287 e ss.

³⁵¹ Cass. Pen., IV, 6 dicembre 1990, Bonetti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2726, n. 1411 e in *Foro It.* 1992, II, pag. 36.

³⁵² Le stesse motivazioni sono alla base della decisione della Corte di Cassazione di respingere il ricorso presentato dal dott. Iorio, condannato in appello per il decesso di un paziente che si era rivolto a lui per un episodio di emottisi, senza però che il medico disponesse gli opportuni accertamenti per individuarne la causa. Cfr. Cass. Pen., IV, 28 ottobre (10 dicembre) 2008, n. 45705, Iorio, in *Cass. Pen.*, 2009, n. 11, pag. 4288 – 4290.

termini omissivi, non solo per quanto attiene, correttamente, alla mancata predisposizione del T.S.O., ma anche in relazione alla modifica prima e alla sospensione poi della terapia farmacologica. I giudici di legittimità, riprendendo passo per passo le argomentazioni già utilizzate nell'appena analizzato caso Brignoli, ritengono invece non vi siano dubbi sulla natura commissiva della condotta. Il dott. Pozzi, infatti, “ha violato il divieto di somministrare le terapie farmacologiche in modo incongruo prima con una immotivata riduzione alla metà del farmaco neurolettico e poi addirittura sospendendo, senza un adeguato periodo di osservazione, la terapia”. Anche richiamando il più recente orientamento naturalistico, le conclusioni non cambiano: il medico ha infatti “introdotto nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi”.

Come già detto, la natura commissiva o omissiva della condotta influisce sulle modalità di svolgimento del giudizio controfattuale³⁵³. Pertanto la Corte sottolinea che ci si deve chiedere “se, ipotizzando non avvenuto il mutamento del trattamento farmacologico, si sarebbe ugualmente verificato il processo patologico che ha condotto il paziente allo scompenso conclamato cui è riconducibile l'aggressione a Cardelli”. E la risposta, motivata e logica, dei giudici a tale domanda è che l'evento *hic et nunc*³⁵⁴ verificatosi sarebbe venuto meno.

³⁵³ A mio parere, seppur vi siano nella sentenza dei passaggi che non brillano per chiarezza (si legge, ad esempio, che “non è necessario porsi la domanda, che si pone il ricorrente, su che cosa sarebbe avvenuto se la modifica terapeutica non fosse avvenuta”), non può affermarsi (come sostenuto da M. Baraldo, “Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale”, in *Cass. Pen.*, n. 12/2008, pag. 4646 e da A. Fiori - F. Buzzi, “Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. pen. n. 10795/2008”, in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2008, pag. 1452) che i giudici reputino superfluo il compimento del giudizio controfattuale.

³⁵⁴ Un chiaro riferimento all'evento considerato *hic et nunc* lo ritroviamo anche in un'altra sentenza che vede ancora una volta coinvolti dei medici psichiatri (cfr. *Cass. Pen.*, IV, 27 novembre - 29 dicembre 2008, n. 48292, Desana, con nota di P. F. Piras – C. Sale, “Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra”, in *Cass. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 1462- 1470). L'addebito mosso nei loro confronti è quello di aver causato la morte di un paziente ricoverato in clinica per un disturbo depressivo maggiore, il quale, non adeguatamente vigilato e uscito da solo dal reparto, si era gettato da una finestra della clinica stessa. I giudici di legittimità sottolineano come non ha senso chiedersi, come invece fanno i ricorrenti, se il paziente avrebbe comunque realizzato il proposito omicida, magari in tempi e con modalità differenti, pur se i medici avessero tenuto la condotta doverosa. Ciò perché, come affermato dalle Sezioni Unite, il secondo termine del rapporto di causalità non è costituito da un evento generico, bensì da un evento ben definito sotto il profilo modale e spazio temporale: in questo caso, il suicidio avvenuto quel giorno, in

8. I casi più interessanti del 2009.

Pur non essendoci un espresso richiamo ai principi della Franzese merita di essere segnalata anche una dotta pronuncia del 2009, della cui redazione si è occupato Carlo Giuseppe Brusco³⁵⁵. Il caso trae origine da un brutto episodio di cronaca nera: Andrea Calderini, che aveva da tempo manifestato una sofferenza psichica (nella specie, personalità fragile e tratti schizoidi, nonché disturbo ossessivo compulsivo), con un'arma da fuoco, legalmente detenuta, dal proprio balcone bersagliava i passanti cagionando loro delle gravi lesioni. Intervenuta la polizia, venivano rinvenuti nel palazzo anche i corpi senza vita di due donne e dello stesso Calderini.

Nei due giudizi di merito si condannava per omicidio colposo plurimo e lesioni colpose plurime il dott. Dieci, psichiatra che aveva in cura il Calderini e che aveva a lui rilasciato il certificato anamnestico e il certificato di sana e robusta costituzione fisica, entrambi necessari per il rilascio di una licenza di porto d'armi. Per lo stesso reato veniva condannato anche il medico militare Calabrò che, all'esito della visita e in base alla documentazione prodotta, aveva rilasciato il certificato di idoneità per il rilascio della licenza, che veniva successivamente concessa dalla Questura di Milano.

Entrambi i medici presentano articolati ricorsi per Cassazione, con censure relative all'accertamento dell'esistenza della colpa e alla configurabilità della cooperazione colposa in caso di evento cagionato da una condotta dolosa³⁵⁶. Per quanto attiene all'aspetto causale preme invece evidenziare la chiarezza con

quella clinica, con quelle modalità. E i giudici hanno raggiunto la certezza processuale che, senza le negligenze commesse dai medici, il paziente non avrebbe potuto porre in essere "quel" suicidio.

³⁵⁵ Cass. Pen., IV, 12 novembre 2008 (28 gennaio 2009), n. 4107, Calabrò. con nota di P. F. Piras – C. Sale, "Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra", in *Cass. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 1462- 1470.

³⁵⁶ La IV Sezione affronta quest'ultimo problema in modo completo e approfondito. Dopo aver richiamato i più autorevoli orientamenti dottrinali e le diverse posizioni della giurisprudenza, ritiene di aderire al più recente indirizzo secondo cui è ammissibile il concorso colposo nel reato doloso (cfr. Cass. Pen., IV, 14 novembre 2007 – 11 marzo 2008, n. 10795, Pozzi, cit.). Si precisa, inoltre, che è ammissibile il concorso colposo nel delitto doloso sia nel caso di cause colpose indipendenti che nel caso di cooperazione colposa tra alcuni dei compartecipi dei quali uno (o più) sia in dolo e purchè, in entrambi i casi, il reato del partecipe sia previsto anche nella forma colposa e la sua condotta sia caratterizzata da colpa.

cui i giudici indicano i criteri per accertare se la causalità delle condotte abbia natura omissiva o commissiva. Posta infatti l'identità di accertamento tra le due forme di causalità, così come ribadito dalle Sezioni Unite, non può comunque sottrarsi l'importanza che tale distinzione riveste per il giudizio causale. Infatti, solo in caso di omissione, sarà necessario valutare e accertare la sussistenza di una posizione di garanzia in capo al medico. La IV Sezione parte dalla premessa che, in astratto, tale distinzione può sembrare molto chiara: nella causalità commissiva si viola un divieto, in quella omissiva ad essere violato è un comando. Tuttavia, nella maggioranza dei casi, azioni e omissioni si intrecciano tra loro, e spesso si crea confusione tra omissione e componente omissiva della colpa. In soccorso al criterio normativo appena indicato, si ritiene condivisibile "il più recente orientamento secondo cui, nell'ambito della responsabilità medica, avrebbe natura commissiva la condotta del medico che ha introdotto nel quadro clinico del paziente un fattore di rischio poi effettivamente concretizzatosi; sarebbe invece omissiva la condotta del sanitario che non abbia contrastato un rischio già presente nel quadro clinico del paziente". Qualunque dei due criteri si decida di applicare, la condotta del Dieci e del Calabrò, ha comunque natura commissiva: essi infatti hanno violato il divieto di porre in essere gli atti propedeutici al rilascio del porto d'armi in presenza di una condizione patologica. Hanno inoltre introdotto con la loro condotta un fattore di rischio che si è poi effettivamente concretizzato, pertanto non è necessario neppure chiedersi se i due medici fossero o meno titolari di una posizione di garanzia.

In linea con le statuizioni della Franzese³⁵⁷ è poi il compimento del giudizio controfattuale. Una delle censure difensive, infatti, si fondava sulla considerazione che Calderini, qualora non gli fossero stati rilasciati i necessari certificati medici, avrebbe comunque potuto rivolgersi al mercato clandestino delle armi da fuoco e compiere gli stessi atti omicidi e lesivi. La Corte sottolinea invece che "il giudizio controfattuale va compiuto in riferimento all'accadimento

³⁵⁷ Richiama la Franzese anche Cass. Pen., IV, 22 aprile (30 giugno) 2009, n. 26645, Frisenna, inedita. La Cassazione conferma la sentenza d'appello che si era correttamente distaccata da quella di primo grado: il tribunale, infatti, aveva erroneamente sostituito al criterio della certezza degli effetti della condotta sull'evento quello della mera probabilità di tali effetti.

hic et nunc verificatosi e non ad un diverso avvenimento ipotizzato in via del tutto congetturale” e che pertanto tale evento è “causalmente ricollegabile alla condotta degli imputati in termini di certezza”³⁵⁸.

Il Consigliere Brusco è estensore anche di altre due interessanti pronunce datate 2009, in cui l’ampio excursus intorno ai precetti delle Sezioni Unite serve da premessa all’analisi, in base agli stessi principi richiamati, del caso sottoposto all’attenzione della Corte.

La prima³⁵⁹ sentenza da analizzare si occupa di un caso che, come visto, è purtroppo abbastanza frequente nell’ambito della ginecologia: distacco intempestivo della placenta, sofferenza cardiaca fetale e conseguente lesione o morte del feto. Viene quindi tratto a giudizio, e condannato in entrambi i gradi di merito, per l’omicidio colposo³⁶⁰ della neonata Beatrice Anna Moirano il dott. Leone, il quale ricorre per cassazione reputando non accertata la sussistenza di un nesso causale tra la sua condotta³⁶¹ e l’evento morte (avvenuto una decina di giorni dopo il parto). La Corte sottolinea che, non essendo in discussione la causalità materiale (l’evento mortale della neonata si è verificato per il distacco prematuro della placenta), si tratta di verificare la c.d. “causalità della colpa”: va quindi accertato “se la sentenza impugnata abbia correttamente verificato che la violazione delle regole cautelari indicate abbia cagionato l’evento secondo i principi stabiliti dalla giurisprudenza di legittimità”. E, per i giudici di legittimità, il ragionamento motivazionale deve reputarsi corretto, poiché in appello si è fatto ricorso al metodo della probabilità logica, prendendo in considerazione il dato di partenza di natura statistica e completandolo con il richiamo alle caratteristiche del caso singolo. Nello specifico, essi sono partiti dalla legge scientifica in base

³⁵⁸ L’analisi del profilo causale (più precisamente della c.d. causalità della colpa) si sofferma anche sulla c.d. concretizzazione del rischio, sottolineandosi che le regole cautelari violate dagli imputati miravano anche ad evitare eventi del tipo di quello concretamente verificatosi.

³⁵⁹ Cass. Pen., IV, 24 giugno (6 agosto) 2009, n. 32291, Leone, inedita.

³⁶⁰ Il sanitario veniva condannato anche per il delitto di falso ideologico in atto pubblico, mentre veniva assolto dall’accusa di rifiuto d’atti d’ufficio.

³⁶¹ Per i giudici di legittimità, in mancanza di specifiche censure difensive nei motivi di ricorso per cassazione, deve ritenersi incontestabile la valutazione dei giudici di merito in ordine alle gravi imperizie e negligenze che hanno connotato la condotta del Leone. In particolare gli si addebita: mancata diagnosi di distacco della placenta, omessa assistenza alla partoriente, omessa rilevazione della sofferenza fetale, omesso tempestivo taglio cesareo.

alla quale “nel caso di distacco della placenta, il 15,4% dei nati vivi muore nel periodo neonatale”. Poi, per escludere, con elevato grado di probabilità logica, che il caso della Moirano rientrasse in tale 15,4 % e che quindi una corretta diagnosi e terapia avrebbero con certezza processuale scongiurato l’exitus, i giudici hanno preso in considerazione una serie di elementi concreti: 1) il distacco della placenta non era di grado severo; 2) la sofferenza cardiaca fetale non era ancora presente al momento del ricovero ma si è presentata dopo; 3) nonostante l’ipossia sia durata circa sei ore la bambina è nata viva ed è sopravvissuta per alcuni giorni. I giudici di merito si sono quindi attenuti ai principi delle Sezioni Unite, non solo laddove hanno fatto ricorso alla probabilità logica, ma anche escludendo l’interferenza di differenti fattori causali alternativi³⁶².

E’ su tale ultimo aspetto che si concentra invece la seconda sentenza redatta dal dott. Brusco³⁶³, che vede condannato un anestesista sempre per il delitto di omicidio colposo. Il dott. Napoletano, insieme al chirurgo Cimmino, venivano tratti a giudizio per rispondere della morte di un uomo che, a causa di un’infezione profonda e recidivante al femore sinistro, veniva sottoposto ad un intervento di pulizia profonda dell’arto a seguito del quale decedeva. Il giudice di prime cure escludeva che la causa della morte fosse da rinvenire in uno shock anafilattico di origine allergica, riconducendola invece ad un’ischemia cardiaca. Stabilito che l’intervento chirurgico era stato eseguito correttamente, veniva ritenuta negligente e imprudente solo la condotta del Napoletano laddove aveva estubato anticipatamente il paziente. Tuttavia non si riteneva raggiunta, al di là di ogni ragionevole dubbio, la certezza processuale che fosse stata proprio tale condotta colposa a causare l’evento; infatti l’ischemia poteva “essere stata

³⁶² In particolare essi ritengono che la tesi difensiva secondo cui il distacco della placenta sarebbe avvenuto successivamente all’intervento dell’imputato, e cioè quando la paziente era già stata trasferita in un altro ospedale, non costituisce una causa alternativa, poiché non si mette in dubbio che la causa della morte della neonata sia comunque tale distacco. Al massimo potrebbe influire sulla valutazione della colpa, ma neppure questa tesi viene sposata dalla Cassazione. Infatti, se il distacco della placenta non era ancora avvenuto si era comunque già manifestata la metrorragia, che già di per sé avrebbe richiesto un approfondimento e un intervento per scongiurare conseguenze quali appunto il distacco della placenta. Inoltre se il distacco della placenta non era ancora avvenuto al momento della visita del Leone, l’efficacia salvifica del suo comportamento alternativo lecito sarebbe stata quasi certa.

³⁶³ Cass. Pen., IV, 6 maggio (11 giugno) 2009, n. 24040, Napoletano, inedita.

provocata da un trombo o da uno spasmo che potevano aver comportato un'occlusione stabile o un restringimento temporaneo di una coronaria con il conseguente impedimento, o riduzione, dell'afflusso di sangue e quindi di ossigenazione del muscolo cardiaco". L'anestesista veniva dunque assolto.

In appello, invece, si ribaltava la pronuncia e il dott. Napoletano veniva condannato, individuandosi un ulteriore profilo di colpa nella sua condotta (ossia aver optato per l'anestesia generale e non per quella tronculare o epidurale) e soprattutto escludendosi che l'ischemia potesse essere stata causata da fattori differenti rispetto alla colpevole condotta dell'anestesista.

Questo passaggio della sentenza, ritenuto dalla difesa non in linea con le Sezioni Unite, diventa uno dei motivi del ricorso per cassazione³⁶⁴ presentato dalla difesa del Napoletano: tale doglianza viene però respinta. I giudici di legittimità sottolineano che, ancora una volta, ad essere in discussione non è la c.d. causalità materiale, ma la causalità della colpa. Entrambi i giudici, infatti, sono concordi nel ritenere che la causa della morte del paziente vada rinvenuta in un'ischemia cardiaca; divergono invece nell'individuazione del fattore che avrebbe a sua volta determinato tale ischemia. Infatti, come già precisato, i giudici del Tribunale, pur ritenendo plausibile che la patologia letale possa essere derivata dall'anticipata estubazione decisa dal Napoletano, non ritengono di poter escludere un differente fattore scatenante rappresentato da un'ischemia primaria. I giudici d'appello, invece, escludono con certezza l'interferenza di questo fattore causale differente rispetto a quello posto in essere dall'anestesista. Il ragionamento della Corte d'Appello viene ritenuto dalla Cassazione del tutto immune da censure e in linea con la Franzese. Infatti i giudici di secondo grado hanno individuato tutta una serie di elementi concreti idonei ad escludere la tesi dell'ischemia primaria: 1) la patologia si era manifestata nell'immediatezza dell'estubazione; 2) esclusione dell'esistenza di alcuna patologia cardiaca o vascolare; 3) giovane età del paziente e condizioni generali buone; 4) analisi del

³⁶⁴ Tra le altre doglianze va menzionata quella relativa alla colposità della condotta. I giudici di legittimità, concordando con quelli del Tribunale e smentendo quelli d'appello, ritengono individuabile una colpa del Napoletano solo nell'aver proceduto troppo presto all'estubazione del paziente. Non ritengono invece censurabile la scelta di operare in regime di anestesia generale.

sangue e referti elettrocardiografici nella norma; 5) familiarità negativa con eventi vascolari; 6) paziente che aveva ben tollerato anestesi generali e locali anche in interventi di lunga durata. Essi hanno dunque preso in considerazione l'eventuale causa alternativa dell'evento (*id est* l'ischemia primaria) per arrivare ad escluderla facendo ricorso a corretti criteri di probabilità logica. D'altra parte, invece, la Cassazione sottolinea come il giudice di primo grado abbia affermato l'astratta possibilità di una causa alternativa senza però indicare alcun elemento concreto a conferma della propria ipotesi, che quindi va considerata né più né meno che una mera congettura.

L'impossibilità di accertare la causa della morte della paziente porta invece la Cassazione a confermare l'assoluzione pronunciata in entrambi i gradi di merito nei confronti del dott. Sansoni³⁶⁵, chirurgo che aveva eseguito un intervento per l'asportazione di una cisti da echinococco. In relazione al nesso eziologico, infatti, non si può ritenere provato che lo stato anemico della paziente, colposamente sottovalutato dal medico, abbia avuto un'efficacia causale nell'evento morte³⁶⁶. Ciò in quanto non si è in grado di affermare se la morte sia stata determinata da uno shock anafilattico oppure da uno shock vagale, dipendente cioè da una involontaria stimolazione del nervo vagale. Queste incertezze impediscono dunque di superare il ragionevole dubbio in ordine alla sussistenza del nesso causale e ciò, non può che condurre all'assoluzione del medico, in linea con i dettami delle Sezioni Unite³⁶⁷.

9. Le sentenze più recenti.

³⁶⁵ Cass. Pen., IV, 8 maggio (5 agosto) 2009, n. 31943, Sansoni, inedita.

³⁶⁶ In un'altra sentenza della Cassazione, in cui si conferma l'assoluzione del medico accusato di omicidio colposo, ci si sofferma sull'insufficienza della prova circa la sussistenza del nesso causale. I giudici di merito, infatti, hanno fornito logica e adeguata spiegazione in ordine alla possibile interferenza eziologica di altri fattori scatenanti lo shock anafilattico che ha poi portato al decesso del paziente (a provocare lo shock potrebbero essere stati piuttosto che l'istamina liberata dagli anestetici, altri mediatori dell'anafilassi diversi dall'istamina). Cfr. Cass. Pen., IV, 4 giugno (6 agosto) 2009, n. 32218, Sessa, inedita.

³⁶⁷ Si veda anche Cass. Pen., IV, 8 luglio (13 ottobre) 2009, n. 39952, Carone, inedita. Anche in questa pronuncia si conferma l'assoluzione di un medico, tratto a giudizio per non aver diagnosticato la torsione del testicolo che poi determinava la rimozione della gonade. Si ritiene, infatti, non superato il ragionevole dubbio sulla sussistenza o meno del nesso eziologico tra la mancata diagnosi e la lesione cagionata.

Si sofferma sulla locuzione “oltre ogni ragionevole dubbio” anche una recente pronuncia della IV Sezione³⁶⁸ in cui si ricorda che, seppur tale espressione sia stata mutuata dal diritto anglosassone, in realtà il concetto che esprime rappresenta un “principio immanente nel nostro ordinamento, costituzionale ed ordinario, secondo cui la condanna è possibile soltanto quando vi sia la certezza processuale della responsabilità dell'imputato”.

Il caso giudiziario trattato colpisce anzitutto per la peculiarità del fatto. Una quindicenne si reca al pronto soccorso lamentando forti dolori addominali che lei stessa attribuisce al probabile inizio del ciclo mestruale. Il medico di guardia, il dott. F., prescrive all'infermiere di farle un'iniezione di buscopan e dimette la ragazza senza visitarla. Qualche ora dopo la ragazza si reca nuovamente in ospedale e sempre il dott. F., diagnosticando un blocco intestinale, la invita ad acquistare dei microclismi di glicerina. Rientrata a casa però la quindicenne, recatasi in bagno, partorisce nel water un bambino che poi muore.

Sia il Tribunale di Gela che la Corte d'Appello di Caltanissetta condannano il medico per l'omicidio colposo del neonato³⁶⁹. Con la perizia disposta nel giudizio si era infatti accertato che “il prodotto del concepimento era nato vivo ed aveva goduto di un breve periodo di vita autonoma extrauterina”. I giudici di merito erano quindi concordi nel valutare viziato da colpa il comportamento tenuto da F. e nel ritenere eziologicamente connesso il decesso del feto a tale condotta.

Ricorrono per cassazione l'imputato, le parti civili e il responsabile civile. E' quest'ultimo, in particolare, a dolersi delle modalità con cui si è proceduto all'accertamento del nesso causale. Il ricorrente sostiene che le conclusioni dei periti si basano solo sul “dato clinico dell'esperienza” e non, come richiesto dalle Sezioni Unite, su leggi scientifiche di copertura. Inoltre, le conclusioni a cui essi sono pervenuti avrebbero solo il carattere della probabilità, residuando un tutt'altro che trascurabile 40% di possibilità di decesso del neonato

³⁶⁸ Cass. Pen., IV, 14 aprile (17 maggio) 2010, n. 18630, F. A. E., inedita.

³⁶⁹ In primo grado il sanitario era stato condannato anche per il reato di cui all'art. 328 c.p., dichiarato poi estinto per prescrizione nel giudizio d'appello.

anche in caso di intervento tempestivo: ciò non consentirebbe dunque di ritenere penalmente responsabile il dott. F. “al di là di ogni ragionevole dubbio”.

La Corte di Cassazione, chiarita la portata di tale locuzione e richiamati i principi delle Sezioni Unite, respinge il ricorso. Si condividono infatti le osservazioni dei giudici di merito secondo i quali alla quindicenne era mancata l'assistenza non soltanto nella fase del parto o del post-parto ma anche e soprattutto nella fase iniziale del travaglio, quando ancora il parto, anche se prematuro, si presentava regolare. Il distacco della placenta, infatti, era avvenuto soltanto nella fase conclusiva del travaglio, quella espulsiva. Quindi, se la giovane fosse stata visitata, monitorata ed assistita sin dal momento in cui si era recata per la prima volta in ospedale e fosse stata, in quell'occasione, effettuata una tempestiva diagnosi di distacco placentare con conseguente intervento di parto cesareo, le possibilità di sopravvivenza del feto sarebbero notevolmente aumentate sino a raggiungere un grado di rilevante certezza. Ciò perché i periti avevano anche accertato che non era emersa l'interferenza di fattori alternativi nella causazione del decesso. Per contro, era stato appurato che il feto pesava 1700 grammi e, in base alle leggi scientifiche richiamate, un neonato che pesa tra i 1250 ed i 1500 grammi, alla trentaduesima settimana, ha una possibilità di sopravvivenza che, in condizioni di assistenza ottimali (quali quelle che ci si poteva aspettare all'interno di un reparto ospedaliero), oscilla intorno al 90%.

Un giudizio di “probabilità logica” è alla base di un'altra sentenza³⁷⁰ in cui si reputa in linea con la Franzese l'accertamento sul nesso eziologico compiuto nei giudizi di merito. Ad essere tratti a giudizio sono tre medici ritenuti responsabili dell'omicidio colposo di Cr. A.. Quest'ultimo, sofferente di ernia del disco, era stato sottoposto ad un intervento chirurgico nel reparto di neurochirurgia; la mattina del giorno in cui doveva essere dimesso l'uomo accusava forti dolori alla bocca dello stomaco e, in serata, si verificava il decesso a causa di un infarto acuto del miocardio. Venivano condannati sia dal Tribunale di Monza che dalla Corte d'Appello di Milano il neurochirurgo P., che aveva eseguito l'intervento e che era responsabile del post-operatorio, la dott.ssa C.,

³⁷⁰ Cass. Pen., IV, 10 dicembre 2009 (16 febbraio) 2010, n. 6215, P., inedita.

medico specializzando³⁷¹, e la dott.ssa V., medico presente in reparto al momento del decesso. Tutti gli imputati ricorrevano per cassazione, ma solo il P. e la C. si dolevano per l'inosservanza e l'erronea applicazione degli artt. 40 e 41 c.p.: in particolare, l'impossibilità di accertare il momento di insorgenza dell'infarto, renderebbe, a loro giudizio, impossibile affermare l'esistenza del rapporto di causalità³⁷².

La Corte di Cassazione rigetta il ricorso. Vengono anzitutto ritenute inammissibili in sede di legittimità le censure relative al momento di insorgenza dell'infarto. Si evidenzia poi che, nel caso *de quo*, ad essere messa in discussione non è tanto la causalità materiale della condotta (non è oggetto di contestazione delle parti il fatto che il decesso sia stato cagionato da un infarto del miocardio) quanto la causalità della colpa (ossia se le condotte colpose degli imputati abbiano cagionato l'evento e se una condotta conforme alle *leges artis* l'avrebbe scongiurato), la Corte ritiene appagante e conforme ai principi delle Sezioni Unite la pronuncia impugnata³⁷³. Infatti, i giudici di merito hanno anzitutto richiamato la legge scientifica in base alla quale il trattamento dell'infarto, sia pure di rilevante

371 La Cassazione si sofferma sulla figura dello specializzando respingendo la tesi avanzata dalla dott.ssa C. secondo cui lo specializzando è presente in reparto solo per ragioni formative. La IV Sezione condivide invece il principio normativo di "autonomia vincolata" già in precedenza accolto dalla giurisprudenza di legittimità. Sulla base di tale principio lo specializzando, avendo conseguito una laurea in medicina e chirurgia, non può essere considerato un mero esecutore degli ordini del tutore o una presenza passiva nella struttura: ha dunque una propria autonomia, sia pur vincolata. Ciò comporta che, anche penalmente, le attività da lui compiute devono essere ricondotte alla sua responsabilità. E "se lo specializzando non è (o non si ritiene) in grado di compierle deve rifiutarne lo svolgimento perché diversamente se ne assume la responsabilità (c.d. colpa "per assunzione" ravvisabile in chi cagiona un evento dannoso essendosi assunto un compito che non è in grado di svolgere secondo il livello di diligenza richiesto all'agente modello di riferimento)".

372 La dott.ssa C. chiede inoltre che venga applicato il co. 2 dell'art. 41 c.p.: a suo parere, rispetto al suo comportamento, si sarebbe verificata l'interruzione del rapporto di causalità per la condotta dei medici che hanno successivamente trattato il caso in modo negligente e imperito. La Cassazione, facendo propria la teoria della causalità "umana", ritiene che la condotta dei medici che sono subentrati alla C. nella trattazione della patologia del paziente non può essere ritenuta abnorme o imprevedibile. Ciò perché "non è eccezionale la condotta di un medico che affronti senza l'osservanza delle regole dell'arte medica il caso sottopostogli; tanto più se il medico tragga spunto e giustificazione della sua condotta inosservante proprio nella precedente analoga condotta di altro soggetto".

373 Tra le sentenze del 2010 in linea con la Franzese si vedano anche: Cass. Pen., IV, 18 febbraio (8 marzo) 2010, n. 9199, D. L. R., inedita.; Cass. Pen., IV, 18 febbraio (16 marzo) 2010, n. 10454, C. F., in *Guida al diritto*, n. 15/2010, p. 87; Cass. Pen., IV, 2 marzo (26 marzo) 2010, n. 11811, M. A., inedita; Cass. Pen., IV, 9 febbraio (7 maggio) 2010, n. 17625, B. F., inedita; Cass. Pen., IV, 11 maggio (15 luglio) 2010, n. 27667, P. M., inedita.

gravità, diagnosticato con otto dieci ore di anticipo rispetto all'evoluzione mortale, in ambiente ospedaliero e con la disponibilità immediata dell'unità coronarica, ha elevatissime probabilità di successo. Tali probabilità, già elevate, si trasformano in certezza processuale sulla base degli elementi del caso trattato: l'età relativamente giovane del paziente (aveva 55 anni) e l'assenza di precedenti patologie di natura cardiaca. Ciò permette di concludere che, in base alla probabilità logica, se i sanitari coinvolti avessero osservato le regole cautelari da essi colpevolmente violate, il paziente si sarebbe salvato in termini di elevata credibilità razionale.

CAPITOLO III

Le sentenze di merito annullate dalla Cassazione per violazione della Franzese

1. I primi interventi della Cassazione per sanzionare il mancato rispetto della Franzese.

L'analisi fin qui compiuta ci ha permesso di rilevare che dopo l'emanazione della sentenza Franzese i giudici di merito sono stati tra i primi a recepire i criteri di giudizio elaborati dalle Sezioni Unite. Sono comunque numerose le pronunce in cui la Corte di Cassazione ha dovuto porre rimedio ad errori compiuti in sede di merito, sanzionando con l'annullamento le sentenze impugnate³⁷⁴.

³⁷⁴ Al di là di quelle analizzate nel prosieguo del paragrafo possono menzionarsi anche Cass. Pen., IV, 22 giugno (11 agosto) 2004, n. 34369, Lo Presti e Cass. Pen., IV, 28 ottobre (1 dicembre) 2004, n. 46586, Ardizzone, in *Cass. pen.*, 2006, n. 4, pag. 1468-1469; in *Guida al diritto*, 2005, n. 4, pag. 92-93; in *Riv. Pen.*, n. 1/2006, pag. 124; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 227. Per quanto attiene al primo dei casi menzionati, ci si occupa della morte di Urbano De Palma che, dopo aver subito l'asportazione di un tumore sottomandibolare ed essere stato dimesso dal reparto di terapia intensiva, viene ricoverato presso il reparto di otorinolaringoiatria. In tale reparto si alza più volte dal letto, togliendosi la maschera dell'ossigeno, per andare a fumare e il giorno successivo muore per ipossia e ipercapnia. Per tale decesso si configura la responsabilità in capo al dott. Lo Presti, colpevole di non aver trattenuto il De Palma nel reparto di terapia intensiva per almeno 48 ore; in tale reparto infatti sarebbero stati possibili quegli interventi immediati che ne avrebbero scongiurato la morte. La IV Sezione annulla con rinvio la sentenza impugnata dopo aver constatato che, i giudici di merito, avevano ommesso qualsiasi analisi finalizzata ad accertare la

Un caso³⁷⁵ molto interessante, conclusosi con l'annullamento della sentenza impugnata e il contestuale rinvio alla Sezione distaccata della Corte d'Appello di Sassari, è quello relativo al decesso della piccola Lucia Paddeo. La vicenda è alquanto complessa, poiché prende avvio circa sei anni prima rispetto al momento in cui si verifica *l'exitus*, ossia quando nella divisione di ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Oristano il prof. Esposito e il dott. Manca assistono al

sussistenza del nesso causale, non avendo valutato se la condotta del medico potesse essere stata tale da porsi quale condizione necessaria della morte del De Palma, secondo i criteri enunciati dalle Sezioni Unite, che vengono integralmente richiamati come linee guida per il successivo giudizio di rinvio.

La seconda delle pronunce richiamate si occupa invece del caso di Angelo Anania che, affetto da rettocolite ulcerosa, viene sottoposto ad una terapia farmacologica consistente nella somministrazione del farmaco Asacol. Viene visitato il 2 dicembre 2006 dalla dott.ssa Bollani, in data 30 gennaio 1997 e 24 giugno 1997 dal dott. Ardizzone e, infine, in data 7 gennaio 1998 dalla dott.ssa Molteni che dispone la sostituzione dell'Asacol con un altro farmaco (Salazopirina). Il 31 gennaio 1998 l'Anania viene ricoverato e gli viene diagnosticata una nefropatia tubulo interstiziale, comportante una malattia di 17 mesi con l'indebolimento permanente della funzione renale. Mentre il Tribunale di Milano assolve i tre imputati sul presupposto dell'assenza di colpa (per quanto attiene alla condotta della Bollani, sulla base del fatto che la stessa, nell'unica visita che effettuò, dispose la verifica della funzionalità renale da cui emergevano valori nella norma; per quel che riguarda l'Ardizzone e la Molteni, perché, pur avendo omesso di effettuare gli esami ematochimici diretti a verificare la funzionalità renale, non vi erano, ai tempi in cui sono accaduti i fatti, linee guida che imponessero tali verifiche, non essendovi dati scientifici univoci in ordine alla nefrotossicità del farmaco), la Corte d'appello milanese conferma l'assoluzione della Bollani, mentre ribalta la pronuncia del tribunale e condanna l'Ardizzone e la Molteni. I giudici d'appello, infatti, oltre a ritenere sussistente il nesso causale tra la condotta dei medici e l'insorgenza della nefrite (come peraltro già riconosciuto in primo grado), sostengono la prevedibilità dell'evento e dunque la colposità della loro condotta. Infatti si sostiene che, tenuto conto di alcune pubblicazioni scientifiche e di quanto scritto nel bugiardino (in cui si raccomandavano speciali precauzioni per l'utilizzo del farmaco nei confronti di pazienti con danno renale ed epatico), gli imputati non potevano ignorare gli effetti dell'Asacol. Pertanto, se essi avessero tempestivamente effettuato quegli esami, avrebbero evitato l'insorgenza della malattia o ne avrebbero perlomeno limitato le conseguenze negative. In sede di legittimità, invece, l'analisi delle posizioni dei due imputati porta a conclusioni differenti: mentre, infatti, per l'Ardizzone si reputa che sia stato correttamente svolto il giudizio controfattuale e siano stati pienamente rispettati i criteri della Franzese, lo stesso discorso non vale per la posizione della Molteni. Si ritiene, infatti, che la Corte di merito avrebbe dovuto indicare specificamente gli elementi processuali e i dati scientifici disponibili su cui poter ancorare saldamente il convincimento della sussistenza del nesso causale. In particolare, avrebbe dovuto individuare le risultanze processuali sulla base delle quali poter affermare, in termini di "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica" che se la dott. Molteni, in occasione del suo unico intervento, ventiquattro giorni prima rispetto alla diagnosi effettiva della patologia renale, avesse eseguito gli esami di laboratorio (in specie, creatinina e azotemia), ciò avrebbe impedito l'insorgenza della nefrite interstiziale, o avrebbe quanto meno evitato l'aggravamento della patologia. Proprio l'assenza di tali verifiche inficia la motivazione in ordine a questo punto, costringendo i giudici a disporre l'annullamento della sentenza con rinvio ad altra Sezione della Corte d'Appello di Milano.

³⁷⁵ Cass. Pen., IV, 22 giugno (26 ottobre) 2004, n. 41654, Esposito, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

parto Marisa Pippia. Ricoverata in mattinata presso tale struttura per la terza gravidanza ormai giunta al termine, la donna viene sottoposta a monitoraggio cardiotocografico che, in serata, rivela una severa sofferenza fetale asfittica, preceduta dalla rottura improvvisa delle membrane e dalla fuoriuscita di liquido amniotico, che si presentava tinto e di odore fetido. Preso atto dei risultati dell'esame e del precipitare della situazione, il dott. Manca alle 21.30 chiama al telefono il prof. Esposito, primario del reparto e reperibile per quella notte. Il prof. Esposito arriva in ospedale mezz'ora più tardi ma il parto cesareo ha inizio solo alle 22.30, essendosi egli dovuto occupare di un'altra emergenza. Alle 22.50 viene alla luce la piccola Lucia: dagli esami emerge immediatamente che la neonata risultava affetta da una grave alterazione del sistema nervoso centrale, responsabile di una gravissima compromissione psichica, motoria e sensitiva, che la costringerà a una vita vegetativa. A distanza di circa sei anni la bambina muore a causa di una "grave insufficienza respiratoria e cardiaca, intervenuta nel corso di una polmonite virale bilaterale e di una sepsi".

Tralasciando, per motivi di spazio, le osservazioni in ordine ai profili di colposità della condotta posta in essere dai due medici coinvolti, possiamo analizzare gli specifici profili causali. La tesi sostenuta dai consulenti dell'accusa faceva leva sul fatto che i danni al sistema nervoso centrale della neonata fossero stati cagionati dall'ipossia sofferta durante il travaglio di parto e che, a loro volta, i danni al sistema nervoso centrale fossero responsabili di quella compromissione del sistema immunitario che aveva azzerato le possibilità di Lucia di reagire alla polmonite virale e alla sepsi.

Il Giudice monocratico del Tribunale di Oristano assolve entrambi i sanitari perché, pur reputando la loro condotta assolutamente negligente, non è stata raggiunta la certezza che l'evento mortale fosse da collegare in modo certo a tali condotte omissive.

In appello il verdetto viene ribaltato, sia pure secondo prospettive differenti. Da un lato, infatti, il dott. Manca viene assolto per non aver commesso il fatto, ritenendo la sua condotta esente da ogni profilo di colpa; dall'altra parte, invece, il prof. Esposito viene condannato, reputandosi raggiunta la prova della

sussistenza del nesso eziologico tra il ritardo con cui egli ha proceduto al taglio cesareo e la morte della bambina.

Ricorre per Cassazione la difesa dell'Esposito che deduce, appunto, la carenza e la manifesta illogicità della motivazione, nonché la violazione di legge in ordine all'accertamento causale. La IV Sezione, con la sentenza a cui si sta facendo riferimento, accoglie il ricorso. I giudici, infatti, sottolineano come la Corte d'Appello di Cagliari “contrappone al criterio della certezza utilizzato dal giudice di primo grado per assolvere gli imputati.....quello, ritenuto più corretto, *della probabilità degli effetti della condotta*, mutuandolo dalla sentenza della Cass. Sez. 3 penale, 22/9/1993, n. 1594, che viene solo citata”. La Corte di merito ha quindi fatto proprio nell'accertamento eziologico quel criterio dell'aumento del rischio, seguito dalla giurisprudenza più risalente e ripudiato invece dalle Sezioni Unite, di cui si richiamano i passaggi più rilevanti e i principi di diritto, che vengono pienamente condivisi e riaffermati anche in questa pronuncia. Ai giudici non resta dunque che annullare la decisione gravata, considerando che in essa non si è adeguatamente affrontato “sia in fatto che in diritto, il problema dell'esistenza del nesso di condizionamento, atteso che, risolvendolo in senso affermativo, i giudici d'appello si sono limitati ad allinearsi, senza indicare le ragioni pertinenti al complesso caso in esame, alla teoria della *probabilità degli effetti della condotta* patrocinata da una giurisprudenza di legittimità risalente al lontano 1993, ormai, per come si è detto, superata”.

La Sezione distaccata della Corte d'Appello di Sassari³⁷⁶, quale giudice del rinvio, era quindi chiamata a colmare le lacune motivazionali della sentenza e, soprattutto, a verificare la sussistenza del nesso causale sulla base dei principi di diritto richiamati dalla IV Sezione. Tuttavia, nel corso di tale giudizio, la valutazione delle problematiche relative al nesso causale non viene compiuta in quanto si ritiene non sussista alcuna colpa in capo all'Esposito, non potendo attribuirsi a una sua responsabilità l'ora di inizio effettivo dell'intervento:

³⁷⁶ Corte d'Appello di Cagliari – Sezione Distaccata di Sassari, 10 marzo (15 marzo) 2005, n. 113, Pres. Cossu, Rel. Diez, imp. Esposito.

l'insussistenza delle condotte colpose rende dunque superflua l'analisi in ordine al nesso eziologico³⁷⁷.

Un altro caso che presenta particolare interesse è quello noto come “caso della distocia di spalla del nascituro”³⁷⁸. Pasquale Fatuzzo e Rosario Coltrone assistono durante il parto la gestante Mirella Di Martino; il feto si presenta con una distocia di spalla e la piccola Giulia Filia subisce una grave lesione dalla quale deriva “una paralisi del plesso brachiale superiore di sinistra con indebolimento permanente dell'organo di prensione”. Il Tribunale di Caltagirone assolve i due ginecologi dall'accusa di lesioni colpose, non ravvisando nella loro condotta alcun profilo di colpa. Il giudizio viene ribaltato dalla Corte d'Appello di Catania che non condivide la valutazione di correttezza sull'operato dei due medici, ritenendo invece che essi non avessero individuato tempestivamente l'insorgenza della distocia e, una volta diagnosticata l'anomalia, non avessero eseguito le manovre necessarie nel rispetto delle *leges artis*, compiendo invece manovre inidonee e controproducenti (in particolare, essi avrebbero effettuato delle trazioni della testa del feto anziché operare una rotazione a 180 gradi del corpo fetale per favorire il disimpegno della spalla abbassando la scapola).

Ai fini dell'analisi sull'applicazione dei principi della Franzese può sottolinearsi che, in sede di legittimità, si annulla la pronuncia d'appello proprio perché “non si è adeguata ai principi affermati in tema di rapporto di causalità dalle sezioni unite nella sentenza 10 luglio 2002 n. 30328, Franzese, apparendo invece che si sia ispirata a criteri meramente probabilistici”. Si legge infatti che porre in essere correttamente le manovre prescritte per affrontare la distocia avrebbe *probabilmente* consentito di evitare la lesione del plesso brachiale. A fugare i dubbi di un errato accertamento del nesso eziologico non pare sufficiente, per la Corte, un'altra contraddittoria affermazione in cui si fa riferimento “ad un

³⁷⁷ Ciò comporta anche che, in parziale riforma della pronuncia di primo grado appellata, l'assoluzione dell'imputato va operata ai sensi del 1° anziché del 2° comma dell'art. 530 c.p.p..

³⁷⁸ Cass. Pen., IV, 18 marzo (26 maggio) 2004, n., 24051, Fatuzzo, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4-5/2005, pag. 910-916 con nota di F. Sardella, “L'accertamento del nesso causale: la funzione teleologica e selettiva delle regole cautelari”; in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 641 e in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 1533 e ss., con nota di L. Gizzi “Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa”.

giudizio formulato in termini di certezza seppure basato su valutazioni di natura probabilistica”: pertanto la sentenza viene annullata.

Preme però evidenziare che l’interesse suscitato da questa pronuncia non risiede tanto nell’aspetto ora richiamato, quanto nell’altro profilo che ha indotto i giudici a disporre l’annullamento con rinvio. In uno dei motivi del ricorso i difensori, infatti, evidenziavano che “il rischio della lesione è insito nelle manovre necessarie per evitare la morte del feto che si presenti in posizione distocica e ciò anche quando le manovre vengano correttamente eseguite”. La IV Sezione accoglie tale censura, ricordando che “non è sufficiente che venga accertato che una determinata condotta, omissiva o commissiva, abbia determinato il verificarsi dell’evento (causalità della colpa: art. 43 c.p.) ma è altresì necessario che la previsione della regola di cautela fosse predeterminata ad evitare quell’evento (c.d. concretizzazione del rischio)”.

A mio parere, in tale affermazione va tuttavia ravvisato un errore laddove si identifica la c.d. concretizzazione del rischio come un elemento valutativo estraneo alla causalità della condotta ex art. 43 c.p., di cui invece rappresenta uno dei due momenti decisivi insieme alla valutazione del c.d. comportamento alternativo lecito³⁷⁹. Abbiamo, infatti, già ricordato che l’essenza della c.d. causalità della colpa (c.d. causalità giuridica, in contrapposizione alla causalità della condotta o causalità materiale ex art. 40 c.p.) si identifica nel duplice nesso che deve intercorrere tra condotta colposa ed evento³⁸⁰: da un lato, l’evento concreto deve essere, appunto, concretizzazione del rischio/pericolo che la norma cautelare violata mirava a prevenire, cioè l’evento verificatosi nella realtà deve rientrare tra quegli eventi che la norma cautelare violata mirava a prevenire³⁸¹.

³⁷⁹ La non divisibilità dell’affermazione appena riportata è sostenuta anche da L. Gizzi nella nota “Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa”, cit. p. 1537.

³⁸⁰ G. Marinucci, E. Dolcini, “Manuale di Diritto Penale. Parte Generale”, Milano, 2006, pag. 276; L. Gizzi, “Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa”, cit., p. 1538 e ss.

³⁸¹ Uno dei problemi più avvertiti nell’accertamento tra colpa ed evento è quello relativo al concetto di “evento” penalmente rilevante. Se, infatti, grazie alla pronuncia delle Sezioni Unite non vi sono più discussioni in ordine al fatto che l’evento ex art. 40 c.p. è solamente quello concreto, delineato nelle sue coordinate modali, spaziali e temporali, insomma l’evento *hic, nunc et quomodo*, le stesse certezze non sono state ancora raggiunte in relazione all’evento ex art. 43 c.p..

D'altra parte, una volta compiuto tale accertamento, bisogna anche appurare se la condotta rispettosa delle *leges artis* (c.d. comportamento alternativo lecito) avrebbe evitato, nel caso concreto, il verificarsi dell'evento³⁸².

Nel caso di specie, quindi, la Corte d'Appello avrebbe dovuto "verificare se le descritte regole di condotta del medico, in caso di distocia del feto, siano preordinate alla sola sopravvivenza del feto ovvero anche alla risoluzione senza danni della distocia e se i danni siano una conseguenza possibile anche della corretta manovra". Il giudice del rinvio sarà dunque chiamato a vagliare l'effettiva funzione della regola cautelare violata, poiché l'alternativa spesso presente tra gli

Soprattutto per quanto attiene alle malattie professionali causate dall'utilizzo di sostanze pericolose la dottrina (cfr. G. Marinucci, E. Dolcini, "Manuale di Diritto Penale. Parte Generale", cit., pag. 277) è tendenzialmente orientata a far riferimento non all'evento astratto descritto dalla norma incriminatrice bensì allo specifico evento concreto che rappresenti la realizzazione di uno specifico rischio. La giurisprudenza, invece, oscilla tra le due differenti opzioni. Emblematico in questo senso è il caso dell'impiego del CVM negli stabilimenti del Petrolchimico di Porto Marghera. Mentre il Tribunale [cfr. Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 – 29 maggio 2002, Cefis ed altri, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 267-316, con nota di F. Centonze – F. D'Alessandro; nota "Morire di lavoro a Portomarghera. Le ragioni dei giudici", in *Questione Giustizia*, 2002, n. 6/2002, pag. 1371 – 1382; in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1692-1696, con nota di R. Palavera, "Riflessioni in tema di causalità. Nota a Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 – 29 maggio 2002, Cefis ed altri"; in *Foro it.*, 2003, pag. 151-153, con nota di G. Fiandaca] negava la sussistenza della colpa sottolineando che, all'epoca dei fatti, non era nota l'idoneità del CVM a provocare quel particolare tipo di tumore rappresentato dall'angiosarcoma epatico, la Corte d'Appello (cfr. sito www.petrochimico.it) affermava che bastava, per ritenere sussistente la colpa, la conoscibilità, a quel momento, dell'evento astratto "idoneità a provocare malattie al fegato". Sulla questione si è poi pronunciata la Cassazione (cfr. Cass. Pen., 6 febbraio 2007, n. 4675, su www.cortedicassazione.it) che ha optato per una soluzione compromissoria, distinguendo tra regole cautelari aperte e regole cautelari chiuse. Se, trattandosi di "regola cautelare aperta, l'evento rientra nel tipo di eventi che la norma mira a prevenire – e purchè non sia completamente diverso da quelli presi in considerazione nella formulazione della regola di cautela e non costituisca uno sviluppo eccezionale della violazione – la condotta dell'agente è rimproverabile perché era prevedibile che esistessero conseguenze, eventualmente non ancora conosciute o descritte, del medesimo tipo".

³⁸² La distinzione tra i due criteri della concretizzazione del rischio e dell'evitabilità dell'evento, tuttavia, non pare ben chiara nella pronuncia Fatuzzo, in cui i due distinti profili, anziché rappresentare due fasi distinte, vengono di fatto confusi e sovrapposti. Si legge, infatti, che se le lesioni al feto sono una possibile conseguenza anche della manovra corretta, ai medici non potrebbe essere addebitato un evento che, anche con la corretta esecuzione della manovra, non sarebbe stato possibile evitare (o che comunque aveva le medesime probabilità di verificarsi). Dunque, seppur esplicitamente si fa riferimento alla concretizzazione del rischio, vi è chi ritiene che implicitamente si dà rilevanza al comportamento alternativo lecito, poiché la Corte sarebbe chiamata a verificare se la manovra eseguita a regola d'arte avrebbe evitato l'evento concretamente verificatosi. Cfr. L. Gizzi, "Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa", cit., p. 1539 e ss.

eventi cui la regola precauzionale è preordinata ha la funzione di segnare la linea di demarcazione tra i comportamenti leciti e le condotte penalmente rilevanti³⁸³.

2. Altre pronunce di annullamento datate 2005.

Un sostanziale adeguamento ai principi delle Sezioni Unite, da parte dei giudici di legittimità, si registra in una serie di pronunce in cui la Cassazione annulla le sentenze impugnate proprio per il mancato rispetto della Franzese³⁸⁴. Peraltro, il numero cospicuo di questo tipo di pronunce dimostra le difficoltà di adeguamento a quanto sancito nel 2002 da parte dei giudici di merito, che spesso pur formalmente richiamando i principi di diritto della Franzese, in realtà omettono di motivare su alcuni passaggi fondamentali.

Può anzitutto richiamarsi il caso relativo al decesso, avvenuto il 1 maggio 1998, della piccola Anna Di Benedetto, colpita, poco dopo la nascita, dalla malattia delle membrane ialine. Il Tribunale di Chieti, con sentenza confermata dalla Corte d'Appello dell'Aquila, condanna per il reato di omicidio colposo la pediatra Adele Patrizia Primavera, che aveva assistito la piccola dal momento del ricovero presso il reparto di pediatria. Al medico si imputa di non aver colto i segni premonitori della malattia e di essersi, per di più, allontanata dal reparto. Tra tali omissioni e l'evento letale i giudici di merito ritengono sussista il nesso causale, così come richiesto dalle Sezioni Unite.

Propone ricorso per Cassazione la difesa della Primavera deducendo vizi di motivazione e violazione di legge in relazione sia al nesso causale che alla colposità della condotta.

³⁸³ F. Sardella, "L'accertamento del nesso causale: la funzione teleologica e selettiva delle regole cautelari", cit., pag. 914.

³⁸⁴ Al di là di quelle espressamente analizzate nel prosieguo del paragrafo possono menzionarsi anche Cass. Pen., IV, 19 maggio (29 luglio) 2005, n. 28564, Pauletti, in *Riv. Pen.*, 2006, n. 10, pag. 1128; Cass. Pen., IV, 12 ottobre (7 dicembre) 2005, n. 44656, Di Certo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009; Cass. Pen., IV, 18 maggio (21 ottobre) 2005, n. 38823, Orestano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

Preliminarmente, la Corte ritiene che i giudici d'appello abbiano sufficientemente motivato in ordine alla sussistenza di una condotta colposa in capo all'imputata, consistita proprio nel mancato svolgimento di indagini diagnostiche e nel mancato apprestamento delle cure più opportune. Del tutto opposta è invece la valutazione in ordine all'accertamento causale. Si sottolinea, infatti, che i giudici di merito si sono soffermati sulla descrizione della condotta colposa, ipotizzando che l'applicazione di una maschera ad ossigeno avrebbe avuto "possibilità" di successo. Non hanno, però, fornito alcun elemento logico con cui superare l'affermazione del consulente tecnico circa l'impossibilità di sostenere che il doveroso compimento degli atti diagnostici avrebbe sicuramente scongiurato la verifica dell'evento, limitandosi ad affermare che ciò era "scontato", dal momento che "nessun sanitario può garantire la guarigione potendo sempre sopraggiungere fattori eccezionali".

La Cassazione, dunque, sottolinea che non è sufficiente individuare con certezza la causa della morte (insufficienza respiratoria acuta neonatale, in corso di pneumopatia da membrane ialine), escludendo l'interferenza di decorsi causali alternativi, essendo invece necessario procedere anche al compimento del giudizio controfattuale che, nel caso di specie, è stato invece del tutto pretermesso. Le conclusioni dei giudici aquilani vengono dunque definite del tutto apodittiche, nonché prive di ogni supporto scientifico. Si decide, pertanto, di annullare la sentenza con rinvio alla Corte d'Appello di Perugia che sarà chiamata ad accertare la sussistenza del nesso causale alla luce di quanto enunciato dalle Sezioni Unite.

Si conclude ugualmente con l'annullamento della sentenza impugnata e con un rinvio, stavolta al giudice civile competente in grado d'appello, anche un altro caso³⁸⁵ portato all'attenzione della IV Sezione. Nella sentenza, redatta da Carlo Giuseppe Brusco, si affronta il problema della responsabilità penale dell'infermiera Francesca Zanieri per la morte del cittadino spagnolo Moreno

³⁸⁵ Cass. Pen., IV, 2 marzo (1 giugno) 2005, Zanieri, in *La Giustizia Penale*, 2007, II, pag. 132 – 139 e in *Foro It.*, 2006, II, pag. 620-637 con nota di A. R. Di Landro, "La giurisprudenza in tema di responsabilità professionale segue i principi affermati dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese? Due nuovi esempi di causalità more iuridico demonstrata."

Alcalde, detenuto presso la casa circondariale di Prato. L'uomo, la sera del 5 settembre 1998, accusava un malore all'interno della sua cella e attirava l'attenzione dell'agente di custodia che, resosi immediatamente conto della gravità delle condizioni dell'uomo, richiedeva l'intervento dell'infermiera. La Zanieri, tuttavia, si limitava ad avvicinarsi alla porta della cella e, poiché Alcalde rispondeva con voce alta alle sue domande, anziché prestare immediato soccorso al malato procedeva alla distribuzione dei medicinali agli altri detenuti. Anche quando si riavvicinava alla cella e, poiché l'uomo era probabilmente già in stato di incoscienza non riusciva a dargli un bicchierino contenente del liquido, si allontanava nuovamente senza intervenire. Solo all'arrivo della dott.ssa Pieraccini il detenuto veniva trasportato in infermeria dove si avviavano quelle manovre rianimatorie che poi però si rivelavano del tutto inutili. Sia il Tribunale di Prato che la Corte d'Appello di Firenze reputavano gravemente colposa la condotta dell'infermiera ma, a differenza del giudizio di primo grado conclusosi con una condanna, in appello la Zanieri veniva assolta dall'accusa di omicidio colposo poiché si reputava non provata l'esistenza del rapporto di causalità tra le sue omissioni e il decesso per crisi cardiorespiratoria dell'Alcalde.

Il ricorso delle parti civili fa leva proprio sulla violazione e l'erronea applicazione dell'art. 40 c.p., nonché sul vizio di motivazione sempre in riferimento al nesso causale: in particolare, si sostiene che la Corte d'Appello “avrebbe contrapposto ai dati di fatto accertati mere congetture”, presentate come fattori alternativi di spiegazione del decesso.

La IV Sezione, dopo aver riportato ampi stralci della Franzese, passa a chiedersi se i giudici di merito vi si siano adeguatamente uniformati. La risposta a tale interrogativo è negativa: infatti, da un lato, è pur vero che i giudici fiorentini hanno correttamente rifiutato il “criterio probabilistico” seguito in primo grado, dichiarando di volersi uniformare al criterio della probabilità logica. D'altra parte però essi non hanno compiuto il necessario giudizio controfattuale. In modo alquanto puntuale e, a mio modesto avviso, degno di essere utilizzato come parametro per le future pronunce in materia, si individuano sinteticamente i passaggi in cui tale giudizio si sarebbe dovuto articolare. Nello specifico, si ritiene

che andava anzitutto accertato il momento in cui la diversa condotta richiesta era esigibile dalla Zanieri, verificando, in seconda battuta, quali manovre rianimatorie rientravano tra le sue competenze. Infine ci si doveva chiedere se l'evento si sarebbe ugualmente verificato qualora l'infermiera avesse immediatamente posto in essere le manovre rianimatorie e avesse richiesto l'immediato intervento del medico. Si indicano poi anche le circostanze concrete (ad esempio, l'aterosclerosi coronarica da cui era affetto il detenuto e che aveva già causato un infarto asintomatico) attraverso le quali si sarebbe potuta superare una risposta in chiave meramente percentualistica per giungere a quel giudizio di alta probabilità logica richiesto dalle Sezioni Unite.

Meritevole di censura si reputa anche quella parte del ragionamento seguito dalla Corte in cui si ipotizza l'esistenza di gravi complicazioni dell'infarto che avrebbero influito negativamente nello svolgimento del controfattuale. Infatti, le affermazioni del perito vengono interpretate in maniera contraddittoria dalla Corte e vi sono elementi che sembrano smentire proprio le ipotesi alternative prospettate: nello specifico, il giudizio controfattuale non deve essere compiuto in relazione alle due più gravi (ma non esistenti o provate) complicanze, dal sicuro o quasi esito letale, bensì in relazione alla più probabile esistenza di una fibrillazione ventricolare. Tale complicanza è infatti ritenuta più probabile alla luce dei dati statistici e delle caratteristiche di quello specifico paziente. Tutte le incongruenze e illogicità evidenziate portano all'annullamento della sentenza gravata.

Il problema dei fattori causali alternativi è al centro anche di un'altra interessante pronuncia che ha attirato l'attenzione dei media italiani per le sue peculiarità. Il caso³⁸⁶ ha infatti coinvolto l'intero reparto di ematologia dell'ospedale di Pesaro in cui, verso la metà del mese di dicembre del 1997, si

³⁸⁶ Cass. Pen., IV, 25 maggio (12 luglio) 2005, n. 25233, Lucarelli, in *Cass. Pen.*, n. 7-8/2006, pag. 2393-2421, con nota di F. D'Alessandro, "L'oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità"; ivi, 2006, pag. 3219 e ss, con nota di R. Bartoli, "Causalità omissiva e modello di accertamento *ex ante* – *ex post*"; in *Riv. pen.*, 2005, n. 12, pag. 1350 e ss.; ivi, 2006, n. 7-8, pag. 877; in *Guida al diritto*, 2005, n. 44, pag. 71 e ss., con nota di G. Amato, "Al giudice spetta il compito di verificare la presenza di eventuali fattori alternativi".

verificavano casi di epatite B che portavano al decesso di nove pazienti per epatite fulminante su undici casi accertati. All'esito delle indagini svolte si accertava che la fonte del contagio degli altri pazienti andava ravvisata in Piergiorgio Canestrari, anch'egli ricoverato presso il reparto diretto dal prof. Lucarelli, che veniva tratto a giudizio per rispondere del delitto di omicidio colposo plurimo insieme al dott. Fiorenzuola. Gli addebiti mossi ai due medici venivano individuati nella "mancanza di controllo e vigilanza sulle modalità dei prelievi ematici dai pazienti, sulle procedure seguite e sugli strumenti adoperati per i prelievi stessi, sulla conservazione e sterilizzazione degli strumenti sanitari, sulle condizioni di degenza dei pazienti, anche per il mancato isolamento del paziente Canestrari".

Il Tribunale di Pesaro mandava assolti i due imputati. I giudici di prime cure rilevavano anzitutto che non era stato possibile individuare il veicolo del contagio dell'epatite e ciò precludeva ogni ulteriore analisi in ordine alla sequenza causale da cui era derivato l'evento. Infatti, si rivelava impossibile individuare quali condotte e procedure scorrette avevano determinato la trasmissione del virus, così come impossibile era individuare i singoli soggetti operatori: "non essendo conosciuta la condotta scorretta posta in essere...risultava impraticabile il ricorso al giudizio logico controfattuale". Inoltre il Tribunale riteneva non priva di fondamento l'ipotesi causale alternativa avanzata dal prof. Lucarelli e consistente in un sabotaggio ad opera di Claudio Guiducci, un portantino in servizio presso il reparto fino all'agosto del 1997 e poi trasferito per screzi con alcuni colleghi.

In appello la pronuncia veniva in parte ribaltata: condanna per il prof. Lucarelli e assoluzione confermata per il dott. Fiorenzuola. In particolare, i giudici d'appello non condividevano l'ipotesi della configurabilità del sabotaggio che, a parer loro, rimaneva una mera congettura del Lucarelli. E rispetto al nesso causale ne ritenevano provata la sussistenza: si sottolineava infatti che il giudizio di colpevolezza può basarsi non solo sulla prova storica e diretta dei fatti ma anche sulla prova logica ex art. 192 c.p.p.. Proprio il ricorso a un procedimento logico portava la Corte d'Appello ad affermare che "uno soltanto poteva essere stato il meccanismo che aveva causato il contagio: vale a dire l'uso di veicoli contaminati per inosservanza delle precauzioni universali, solo questo e null'altro

rendendola possibile”. E di tale condotta antidoverosa è chiamato a rispondere il Lucarelli in qualità di primario del reparto.

La sentenza viene impugnata con ricorso per Cassazione dalla difesa del Lucarelli che deduce un’applicazione incongrua dei principi di diritto sanciti dalle Sezioni Unite nel 2002. La IV Sezione reputa fondate tali doglianze e, richiamato sia il dibattito precedente la pronuncia delle Sezioni Unite che i principi affermati nel 2002, si concentra principalmente sui due aspetti dai quali emerge una palese dissonanza rispetto ai principi guida in materia causale.

In primo luogo, si ricorda che le Sezioni Unite hanno ribadito che, nella ricostruzione del nesso eziologico, non si può in alcun modo prescindere dall’individuazione di tutti gli elementi relativi alla “causa dell’evento”, ossia la causa della morte o delle lesioni del paziente³⁸⁷. Sotto questo profilo non può pertanto ritenersi soddisfacente la sentenza impugnata: i giudici d’appello, infatti, non hanno individuato le modalità con cui si è trasmesso il virus nel reparto di ematologia. Essi non hanno risposto agli interrogativi relativi al mezzo o allo strumento di trasmissione del virus, a quale fu la specifica condotta sanitaria che determinò il contagio, a quali furono i medici o i paramedici coinvolti. L’individuazione della causa materiale del contagio rappresenta un elemento fondamentale anche per poter individuare in concreto l’omissione in cui sarebbe incorso il prof. Lucarelli, per poter individuare e specificare l’obbligo di vigilanza violato. Soltanto individuando le concrete modalità con cui si è verificato il contagio è poi possibile individuare su quale medico o paramedico il Lucarelli non ha esercitato l’opportuna vigilanza, quali sono gli strumenti infetti le cui condizioni di sterilizzazione il primario avrebbe dovuto verificare e invece non

³⁸⁷ L’importanza dell’individuazione della causa dell’evento lesivo emerge anche dalla pronuncia della Cass. Pen., IV, 27 settembre (29 novembre) 2005, n. 43100, Lecce, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009. I giudici di legittimità, chiamati a pronunciarsi su ricorso della parte civile, confermano l’assoluzione pronunciata dai giudici d’appello, in riforma della sentenza di primo grado. La Corte condivide infatti le argomentazioni dei giudici di merito i quali hanno esaurientemente argomentato in ordine all’impossibilità di individuare con certezza la causa della morte di un paziente che si era rivolto alla guardia medica, dott. Lecce, per un malore durante la notte. L’incertezza sulle cause del decesso comporta inevitabilmente, alla luce dei principi della Franzese, l’assoluzione dell’imputato, vista la conseguente impossibilità di escludere l’interferenza di fattori causali alternativi.

l'ha fatto. E tale passaggio è a sua volta indispensabile per poter poi procedere al giudizio controfattuale e valutare se, ipotizzandosi la condotta doverosa omessa, l'evento *hic et nunc* si sarebbe o meno verificato.

L'altro passaggio della sentenza meritevole di particolare attenzione è quello relativo all'esclusione certa dell'interferenza di "fattori alternativi a quella causa dell'evento ipotizzata come riconducibile alla condotta colposa addebitata all'agente". Si sottolinea, infatti, che, con un richiamo puntuale a testimonianze, dati cronologici e risultanze processuali, i giudici di prima istanza avevano ritenuto ragionevole e non del tutto infondata la tesi del sabotaggio prospettata dal Lucarelli. La valutazione dei giudici d'appello si è invece orientata in senso diametralmente opposto, reputandosi priva di fondamento l'ipotesi del sabotaggio, senza però confutare le articolate e coerenti argomentazioni del primo giudice.

In conclusione, dunque, i giudici di legittimità ritengono che, l'assenza di un rigoroso accertamento della "causa" dell'evento lesivo e l'impossibilità di escludere con la certezza richiesta dalle Sezioni Unite l'interferenza di un differente fattore causale alternativo, impongano l'annullamento della sentenza impugnata con rinvio alla Corte d'Appello di Perugia che dovrà attenersi nel giudizio ai richiamati principi della Franzese.

3. Le sentenze annullate nel corso del 2006.

Anche a distanza di quattro anni dalla pronuncia delle Sezioni Unite, la Corte di Cassazione si è trovata di fronte a sentenze che affrontano il problema del nesso causale senza tenere in alcun conto i principi in essa stabiliti: la risposta dei giudici di legittimità è stata quella di cassare tali provvedimenti ³⁸⁸.

³⁸⁸ Oltre ai due casi analizzati in questo paragrafo può citarsi anche Cass. Pen., IV, 4 ottobre (4 novembre) 2006, n. 36618, Capalbo ed altra, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009. La Corte, infatti, accoglie il ricorso presentato dalla dott.ssa Capalbo, proprio con riferimento alla censura sul nesso causale. Il medico era stata condannato, insieme ad una collega, per il decesso di Valentina Gallo, affetta da una malformazione congenita consistente in una breccia nel diaframma, patologia rara ma facilmente diagnosticabile e guaribile con un intervento chirurgico non complesso. La IV Sezione ritiene, tuttavia, che la sentenza impugnata non abbia rispettato i canoni individuati dalle Sezioni Unite, poiché una serie di elementi processuali impediscono di affermare che, con *certezza*, l'applicazione di un sondino naso-gastrico, intervento omesso poco prima di circa due ore dall'evento letale, avrebbe evitato l'*exitus*. Nel successivo giudizio di rinvio la Corte

Rientra in tale gruppo di pronunce il c.d. caso del cotiledone (cioè di un frammento della placenta) succenturiato³⁸⁹. Tale cotiledone, nel corso del travaglio di parto della gestante Santa Ricatti, cagionava un'asfissia acuta intrauterina che determinava sia il decesso del piccolo Giuseppe Bizzoca che, poche ore dopo il parto, quello della Ricatti, a causa di un arresto circolatorio per shock ipovolemico conseguente ad un'emorragia genitale.

Veniva tratto a giudizio nanti il Tribunale di Trani, Sezione distaccata di Barletta, il ginecologo Luzzi. Al medico, che aveva assistito al parto, si rimproverava di non essere intervenuto tempestivamente di fronte al manifestarsi della sofferenza fetale (in particolare, non interveniva prontamente col taglio cesareo e non ricorreva a farmaci per accelerare il parto) e di non aver seguito i protocolli sanitari neppure al manifestarsi degli evidenti segni di emorragia nella Ricatti. Si riteneva che tra tale colpevole condotta del Luzzi e gli eventi letali sussistesse un legame eziologico. Anche la Corte d'Appello di Bari confermava la sentenza di condanna di primo grado, riducendo però la pena inflitta al ginecologo.

Nel ricorso per Cassazione, per quanto attiene al profilo della responsabilità, la difesa del Luzzi si duole per l'inosservanza e l'erronea applicazione degli artt. 42, 43, 40, 41 c.p. e 2236 c.c.. Sostiene, infatti, la non prevedibilità ed evitabilità dell'evento che aveva portato alla morte del piccolo Bizzoca e che, nell'assistenza alla Ricatti, la condotta del Luzzi sarebbe stata improntata ai canoni della correttezza e della perizia.

La IV Sezione reputa il ricorso parzialmente fondato. Vengono rigettate le censure difensive relative al capo di imputazione per il decesso della Ricatti, poiché si ritiene adeguata e coerente ai principi di diritto e giurisprudenziali la

d'Appello di Venezia ribadisce la condanna della dott.ssa Capalbo con una motivazione che, facendo leva su specifiche risultanze peritali dettagliatamente riportate, dimostra la sussistenza del nesso eziologico tra la sua condotta e l'evento; pertanto, l'ulteriore ricorso per cassazione presentato dalla difesa del medico, viene respinto. Cfr. Cass. Pen., III, 18 ottobre (18 novembre) 2007, Capalbo, n. 42383, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

³⁸⁹ Cass. Pen., IV, 19 gennaio (18 maggio) 2006, n. 16995, Luzzi, in *Giurispr. It.*, 2007, n. 6, pag. 1513-1516, con nota di F. Pavesi, "Causalità omissiva e responsabilità del medico".

motivazione nella parte in cui delinea le responsabilità dell'imputato per non aver adottato alcuna delle misure terapeutiche rese necessarie dall'evolversi della situazione.

Viene invece annullata con rinvio la sentenza gravata nella parte relativa all'imputazione di omicidio colposo ai danni di Giuseppe Bizzoca. Al di là, infatti, delle perplessità suscitate dal giudizio sulla colpa³⁹⁰, è sotto il profilo dell'accertamento causale che si riscontrano le maggiori incongruenze. Dopo aver ricordato che l'interpretazione giurisprudenziale in materia è stata, per lungo tempo, caratterizzata da notevole e costante evoluzione, la sentenza si sofferma sull'intervento dirimente delle Sezioni Unite, di cui tuttavia non sembra aver tenuto conto la Corte d'Appello pugliese. Infatti, la sentenza impugnata si è ispirata a criteri meramente probabilistici, laddove si sostiene che il parto cesareo "ove tempestivamente e correttamente praticato, avrebbe probabilmente salvato la vita del bambino". Il riferimento a tale orientamento è ancora più esplicito in quella parte della sentenza in cui si legge che "...in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta dell'imputato e l'evento, al criterio della certezza degli effetti della condotta, si può sostituire quello della probabilità, anche limitata, di tali effetti e dell'idoneità della condotta a produrli. Ne consegue che il rapporto di causalità sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non già la certezza, bensì soltanto serie ed apprezzabili possibilità di successo, tali che la vita del paziente sarebbe stata con una certa probabilità salvata".

Senza dunque neppure indicare le eventuali ragioni del dissenso rispetto alla Franzese, i giudici d'appello hanno giudicato come se tale sentenza non fosse mai stata pronunciata, richiamando e facendo proprio l'antico orientamento delle "serie ed apprezzabili probabilità di successo", che, come ben sappiamo, è stato

³⁹⁰ Si ritiene, infatti, che i giudici di merito non abbiano approfondito adeguatamente il profilo soggettivo. In particolare, vengono indicati una serie di elementi da cui emergerebbe una repentinità tale dell'evento morte che, se tale ipotesi trovasse conferma, si dovrebbe dubitare della possibilità di prevederlo e, anche in caso di evento prevedibile, della possibilità di evitarlo. Si tratta, dunque, di una valutazione talmente importante da necessitare di ulteriori approfondimenti.

ripudiato dalle Sezioni Unite in favore di un criterio di certezza processuale e di alta probabilità logica. Corretta è stata pertanto la decisione della IV Sezione che, annullando la sentenza, chiede ai giudici del rinvio di compiere tutte quelle valutazioni e quegli accertamenti completamente pretermessi dalla Corte d'Appello di Bari³⁹¹.

Si conclude con una pronuncia di annullamento della sentenza impugnata, con rinvio alla Corte d'Appello di Perugia, anche il giudizio su un altro caso affrontato dalla IV Sezione nel 2006³⁹².

Luigi Giacomini, medico di base, veniva condannato in primo grado e in appello per il delitto di omicidio colposo ai danni di Zeno Angeli. Quest'ultimo, il pomeriggio di venerdì 5 febbraio 1999, avvertendo dolori alla bocca dello stomaco e crampi al petto, si era recato dal proprio medico di fiducia che però lo rassicurava diagnosticandogli una banale forma influenzale che, in quel periodo, si stava manifestando proprio con disturbi allo stomaco. Il medico, comunque, gli prescriveva un elettrocardiogramma e una visita cardiologica, da eseguirsi senza alcuna urgenza. L'Angeli trascorreva il weekend in casa e il lunedì, a causa del persistere del malessere, non rientrava a lavoro ma chiamava il Giacomini, che gli prescriveva un altro farmaco per i dolori allo stomaco. Il giorno successivo però le condizioni precipitavano e l'Angeli, trasportato al pronto soccorso con un quadro

³⁹¹ In sede di giudizio di rinvio, la Corte d'Appello di Bari, nel 2006, dichiarava non doversi procedere nei confronti dell'imputato in ordine all'omicidio colposo del Bizzocca, essendosi il reato estinto per prescrizione; riduceva la pena inflitta per la morte della Ricatti e confermava il risarcimento in favore delle parti civili. Contro tale pronuncia la difesa del Luzzi presentava un nuovo ricorso per Cassazione, dolendosi del mancato rispetto di quanto statuito dalla sentenza di annullamento. La III Sezione respinge tale ricorso (cfr. Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2008 - 10 marzo 2009, n. 10512, Luzzi, inedita), ritenendo che le censure manifestate si risolvano in un'indebita richiesta di rivalutare e ricostruire i fatti, e sottolineando come i giudici del rinvio abbiano correttamente applicato le statuizioni della sentenza della Cassazione, affrontando correttamente il problema dell'accertamento causale. Nella sentenza, infatti, ad una corretta e dettagliata ricostruzione dei principi di diritto applicabili nel caso di specie, segue l'indicazione precisa di tutti gli elementi fattuali concreti idonei ad affermare, in termini di elevato grado di credibilità razionale, che la morte del piccolo Bizzocca non si sarebbe verificata qualora fosse stato tempestivamente effettuato il taglio cesareo, escludendosi l'interferenza di altri fattori causali alternativi.

³⁹² Cass. Pen., IV, 6 giugno (10 luglio) 2006, n. 23881, Giacomini, in *Guida al diritto*, 2006, n. 36, pag. 68 e ss., con nota di G. Amato, "L'eventuale sottovalutazione dei sintomi deve essere accertata dai giudici di merito".

di infarto del miocardio inferiore, veniva sottoposto ad un intervento chirurgico che non ne scongiurava comunque il decesso.

I giudici del merito censurano la condotta del Giacomini, ritenendo che la sintomatologia manifestata dal paziente, i dolori e quel diffuso senso di malessere, avrebbero dovuto indurlo a porre una diagnosi differenziale, poiché non si trattava di sintomi univoci di una sindrome influenzale: egli aveva invece sottovalutato tale quadro clinico, comunque preoccupante, e ciò aveva determinato un'errata diagnosi. Si ritiene inoltre fuori discussione la sussistenza del nesso causale, il cui accertamento si reputa in linea con quanto statuito dalle Sezioni Unite: la corretta diagnosi e un immediato approccio terapeutico, infatti, avrebbero comportato "elevatissime percentuali di sopravvivenza, quasi confinanti con la certezza".

I presupposti su cui si è fondato tale giudizio di condanna vengono criticati dalla difesa del Giacomini che propone ricorso per cassazione. Riassumendo, l'articolata censura difensiva si appunta anzitutto su un'errata ricostruzione dei fatti, in particolare per quanto attiene l'esatta individuazione del momento in cui è insorto l'infarto, su un'errata valutazione della colposità della condotta e, infine, sulla violazione di legge e vizio di motivazione relativamente alla ritenuta sussistenza del nesso causale.

Come anticipato, la IV Sezione reputa fondate le doglianze relative alla colpa e al nesso causale.

Sotto il profilo della colpa si parte dalla constatazione che, per poter addebitare al sanitario l'omessa o l'erronea diagnosi di una patologia, è necessario dimostrare con certezza, e al di là di ogni ragionevole dubbio, che egli abbia sottovalutato sintomi che, univocamente e oggettivamente, avrebbero dovuto indirizzarlo verso la diagnosi della patologia poi rivelatasi letale. Ciò non si è verificato nel caso di specie. Infatti, la stessa Corte d'Appello ammette che, da un lato, la sintomatologia manifestata dall'Angeli poteva essere manifestazione di una patologia del tutto differente da quella cardiaca; dall'altro, che l'infarto miocardico acuto è difficile da diagnosticare, anche da parte di specialistici in cardiologia, poiché è capace di simulare molte affezioni di altri organi e apparati. L'analisi sul punto si conclude, dunque, affermando che "non si rilevano quali

siano gli elementi di significativa, oggettiva ed univoca valenza probatoria...indispensabili per poter legittimamente affermare che l'imputato pose in essere una condotta con le caratteristiche proprie di una fattispecie oggettiva penalmente rilevante, e violò, quindi, una regola precauzionale”.

Passando ad affrontare il problema causale, la Corte si dilunga, come accade quasi sempre, sul contrasto giurisprudenziale pre-Franzese e sui criteri elaborati dalle Sezioni Unite per dirimerlo. Individua, quindi, con analitica precisione, i tre principali profili che la portano ad escludere che la sentenza impugnata, pur dichiarando esplicita fedeltà al modello Francese, ne abbia poi sostanzialmente rispettato i principi.

In primo luogo si sottolinea la frammentarietà, l'incoerenza e l'illogicità della motivazione relativamente all'individuazione del momento in cui insorse l'evento infartuale. I giudici di merito accolgono la ricostruzione del consulente del p.m. e delle p.c. che fissano tale momento intorno alle 14.30 del 5 febbraio, cioè circa due ore prima rispetto al momento in cui il Giacomini visitò il paziente. Tuttavia la Corte non risponde adeguatamente alle argomentazioni difensive che, contrastando tali affermazioni, collocano l'infarto in una fase successiva: in particolare si fa riferimento a obiettivi dati di fatto (il paziente si reca dal medico guidando lui stesso l'auto; rimane a casa nel weekend senza contattare né il medico, né la guardia medica), a regole scientifiche universalmente riconosciute (nella specie, la regola secondo cui nell'infarto l'andamento dei valori dell'enzima Cpk si presenta in salita nelle ore successive all'evento e poi in discesa per qualche giorno), e agli esiti degli esami strumentali (l'elettrocardiogramma eseguito il 10 febbraio aveva evidenziato un'insorgenza di un infarto retrodatabile anche solo a un giorno prima, quindi sicuramente in un momento successivo alla visita). L'incertezza su questo punto, e dunque un'incertezza sulla causa dell'evento, impedisce di articolare qualsiasi giudizio di responsabilità penale. Le Sezioni Unite hanno infatti ribadito che l'accertamento sulla “causa” dell'evento, rappresenta il primo ineludibile passaggio nell'iter per la ricostruzione del nesso eziologico, e dunque “solo conoscendo in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia, è poi possibile

analizzare la condotta (omissiva) colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale..”. D’altra parte non si vede come possa individuarsi una condotta doverosa che avrebbe potuto impedire un evento, se prima non si conosce, in modo certo, la causa dell’evento stesso.

A tale profilo si aggiunge poi un ulteriore vizio logico e motivazionale in relazione alle modalità con cui si è compiuto il giudizio controfattuale. Il ragionamento della Corte di merito si fonda su due presupposti: uno fattuale, secondo cui l’infarto sarebbe insorto intorno alle 14.30 del 5 febbraio, e uno scientifico, in base al quale la terapia più idonea ed efficace per contrastare un infarto, ossia quella trombolitica o fibrinolitica, determina una drastica riduzione della mortalità se viene effettuata nelle prime 4/6 ore dall’insorgenza della patologia. Posto ciò la Corte avrebbe dovuto dimostrare che, se il Giacomini avesse diagnosticato l’infarto supposto in atto, sarebbe stato possibile sottoporre l’Angeli presso il più vicino pronto soccorso alla terapia trombolitica o fibrinolitica, proprio nell’arco delle tre ore ancora disponibili. Di tale accertamento controfattuale, cardine dell’iter delineato dalla Franzese, non v’è invece traccia nella sentenza dei giudici d’appello³⁹³.

Infine, un ulteriore profilo motivazionale censurato dalla Cassazione si rinviene nella errata interpretazione delle risultanze peritali³⁹⁴. Nella consulenza tecnica si legge infatti che con la corretta e tempestiva diagnosi ci sarebbero state “buone” probabilità di evitare l’evento letale, anche se non quantificate statisticamente (tant’è che lo stesso consulente, nel corso dell’audizione

³⁹³ Si attribuisce, invece, il giusto ruolo al giudizio controfattuale in un’altra pronuncia (Cass. Pen., IV, 19 ottobre (22 novembre) 2006, n. 38464, Montante, in *Studium Iuris*, 2007, n. 12, pag. 1389-1390), in cui si conferma l’assoluzione pronunciata nei due gradi di merito per due medici accusati di aver cagionato l’amputazione della gamba di un paziente a causa di un ritardo nella diagnosi. Si sottolinea che, eliminando il ritardo dei due medici, l’evento amputazione non sarebbe comunque venuto meno, essendo esso una conseguenza, nota e prevedibile, dell’intervento di rivascularizzazione che sarebbe stato comunque necessario (il rimprovero mosso ai due medici era infatti solamente quello di averlo ritardato) e che aveva avuto in concreto un esito favorevole. Si ritiene, pertanto, che il ritardo nella diagnosi non abbia costituito una vera e propria *condicio sine qua non* dell’evento, ponendosi solo come mera occasione dell’evento, che si sarebbe comunque verificato anche senza tale ritardo.

³⁹⁴ E’ bene precisare che il giudice, nella sua qualità di *peritus peritorum*, ben potrebbe allontanarsi dalle conclusioni dei periti, ma per farlo dovrebbe fondare il proprio autonomo convincimento sulle evidenze disponibile, fornendo sul punto un’adeguata motivazione.

qualificava tali probabilità come “molte”) . A ben vedere si tratta però di quei parametri criticati dalle Sezioni Unite, e non si vede come, partendo da tali affermazioni, la Corte sia poi arrivata a sostenere che “appare indiscusso il nesso di causalità tra la condotta omissiva addebitata al prevenuto e l’evento letale derivatone”, ossia che ci sarebbero state “elevatissime percentuali di sopravvivenza, quasi confinanti con la certezza”. Tali espressioni vengono qualificate dai giudici di legittimità come enunciazioni meramente assertive, prive di un sostegno probatorio, sia fattuale che scientifico, e pertanto del tutto prive di adeguato spessore motivazionale.

4. Le pronunce di annullamento del 2007.

Sono ancora una volta l’incompletezza dell’accertamento causale e l’erroneo svolgimento del giudizio controfattuale a portare la Cassazione ad annullare una sentenza della Corte d’Appello di Trieste con cui era stato condannato il dott. Caruso³⁹⁵. Dario Sbogar si recava al Pronto Soccorso di Gorizia a causa di un malore diagnosticato come “cardiopalmò tachiaritmico” dal dott. Caruso, il quale gli somministrava una fiala di EN da 5 mg. Il medico, al momento delle dimissioni, non informava il paziente dei possibili effetti collaterali delle benzodiazepine (tra cui il colpo di sonno) e della conseguente necessità di non mettersi alla guida per almeno 12 ore. Sbogar, messosi alla guida della propria autovettura dopo circa cinque ore, veniva colto da un colpo di sonno ed entrava in collisione con un’altra autovettura, procurandosi lesioni gravi. Sia in primo grado che in appello i giudici di merito condannavano il Caruso, ritenendo

³⁹⁵ Cass. Pen., IV, 17 ottobre 2006 – 17 gennaio 2007, n. 1025, Caruso, in *Studium Iuris*, 2007, n. 10, pag. 1147-1148. Oltre a quelle successivamente citate si concludono con l’annullamento della sentenza impugnata anche: Cass. Pen., IV, 9 novembre 2006 (25 gennaio 2007), n. 2624, Falcone, annullata limitatamente alle statuizioni civili per intervenuta prescrizione del reato; Cass. Pen., IV, 19 settembre 2006 (8 febbraio 2007), n. 5256, Curella, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.– in cui si ritiene non raggiunta la certezza processuale in ordine all’evitabilità dell’exitus; Cass. Pen., IV, 12 aprile (26 giugno) 2007, Comitini, n. 24859 e Cass. Pen., IV, 4 maggio (6 settembre) 2007, Di Legge, n. 34075, entrambe in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009 – mancato svolgimento del giudizio controfattuale.

sussistente sia la colpa del medico sia il nesso causale tra tale omesso avvertimento ed il successivo colpo di sonno che aveva determinato l'incidente.

La difesa di Caruso proponeva ricorso per Cassazione deducendo, oltre a censure procedurali, illogicità manifesta della motivazione e violazione dell'art. 192 c.p.p. in ordine all'accertamento della colpa del medico e in relazione alla prova dell'esistenza di un nesso causale tra l'omesso avvertimento e l'incidente provocato da Sbogar.

La Corte, reputando correttamente accertata la prova relativa alla colpa del medico, riteneva invece fondata la censura relativa alla carenza dell'accertamento del nesso causale. Infatti, sia il Tribunale che la Corte d'Appello, avevano correttamente individuato la c.d. legge scientifica di copertura, in base alla quale si è affermato che gli effetti del farmaco somministrato possono produrre un'alterazione delle condizioni di guida, come peraltro indicato nello stesso foglietto illustrativo. Tuttavia tale osservazione non è sufficiente per poter affermare con certezza processuale che la condotta di omessa informazione del Caruso sia stata effettivamente *condicio sine qua non* del verificarsi del sinistro. E' infatti necessario, individuata la c.d. causalità generale, "passare ad un secondo momento di valutazione, e cioè all'accertamento in concreto del nesso di causalità, alla verifica se nello specifico caso considerato l'evento ha avuto luogo per effetto di quella legge di copertura"³⁹⁶. I giudici di primo e secondo grado avrebbero dovuto tenere conto della complessiva condotta di guida dello Sbogar da cui emergeva un comportamento di guida vigile e attento, a ben vedere non del tutto compatibile con gli effetti collaterali del farmaco (alleviare lo stato d'ansia e indurre progressivamente sonnolenza). Proprio l'incompletezza dell'accertamento e il mancato svolgimento del giudizio c.d. bifasico (prima legge scientifica di copertura e poi accertamento in concreto) portava la Cassazione ad annullare la sentenza impugnata, con rinvio a un'altra

³⁹⁶ Cfr Cass. Pen., IV, 28 febbraio (18 maggio) 2007, n. 19353, Montalbano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009: altro caso in cui i giudici di merito, pur richiamando la Franzese, omettono una valutazione degli elementi concreti, nella specie l'analisi dei tempi entro i quali l'intervento medico avrebbe scongiurato il decesso del paziente.

sezione della Corte d'Appello di Trieste, chiamata a riconsiderare le richieste probatorie e a chiarire se il comportamento di guida dello Sbogar fosse stato effettivamente determinato dalla somministrazione delle benzodiazepine³⁹⁷.

Nella trappola di limitarsi a un'indagine astratta³⁹⁸, smarrendo in una gran mole di dati scientifici i più concreti elementi del giudizio controfattuale, cadono anche i giudici della Corte d'Appello di Catania che si sono occupati del decesso di una bambina per la sindrome di Reye³⁹⁹. La piccola I. M., affetta fin dalla nascita da una malattia genetica (sindrome di Charcot Marie), all'età di nove anni viene ricoverata, dal 10 al 20 giugno 1996, presso il reparto di pediatria per la comparsa di anomalie comportamentali e movimenti incontrollati. I dott.ri Margani, Emma e Puleo diagnosticano corea reumatica con insufficienza mitralica e un soffio al cuore: prescrivono dunque, tra l'altro, la somministrazione di cortisone, che al momento delle dimissioni viene però sostituito da un prodotto a base di acido acetilsalicilico (Cemirit). Nei giorni seguenti la piccola manifesta malessere ed eruzioni cutanee: la madre la porta in ospedale ma il dott. Margani non reputa necessario anticipare il controllo fissato per il 28 giugno. Durante tale controllo i tre medici decidono di ridurre il dosaggio del Cemirit ma la bimba

³⁹⁷ Nel giudizio di rinvio la Corte d'appello di Trieste, rivalutando i fatti, assolveva l'imputato ritenendo che le benzodiazepine non avessero influito in alcun modo sulla condotta di guida dello Sbogar. Contro tale sentenza presentava nuovo ricorso, ai soli fini civili, lo Sbogar, deducendo vizio di contraddittorietà e non ottemperanza della motivazione al principio di diritto enunciato dalla Corte di Cassazione nella pronuncia del 2007. La Cassazione, preso atto dell'intervenuta prescrizione del reato, rinvia, ai soli fini civili, ritenendo fondato il ricorso. Infatti i giudici d'appello, limitandosi a una rilettura degli elementi già precedentemente valutati, non hanno operato quell'integrazione probatoria che avrebbe consentito di svolgere un'analisi completa sul concreto comportamento di guida dello Sbogar. Vd. Cass. Pen., III, 1 aprile (12 maggio) 2009, n. 19985, Caruso, inedita.

³⁹⁸ A dimostrazione delle difficoltà dei giudici di merito nel compimento del giudizio controfattuale si veda anche Cass. Pen., IV, 24 maggio (20 settembre) 2007, Tassinaro, n. 35115, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 6, pag. 709, relativa al decesso di una donna a cui non veniva diagnosticata una fatale dissecazione aortica. La Cassazione annulla la sentenza impugnata, sottolineando che il giudizio di altissime possibilità di sopravvivenza, formulato dai giudici d'appello, si risolveva in un'affermazione fondata sul mero dato percentualistico (dato peraltro frainteso in quanto impropriamente riferito alle possibilità di sopravvivenza e non, come corretto, al tasso di mortalità dell'intervento chirurgico), senza alcun controllo delle peculiarità del caso concreto e senza che sia stato dato conto di un'avvenuta valutazione di tutta l'evidenza disponibile né dell'esclusione di eventuali fattori interagenti nella causazione dell'evento.

³⁹⁹ Cass. Pen., IV, 23 marzo (1 giugno) 2007, Margani, Emma e altri, n. 21588, in *Foro It.*, 2008, n. 3, II, pag. 181-183 con nota di A. R. Di Landro, "Interruzione del nesso causale e accertamento della causalità modello Franzese".

continua ad aggravarsi. Il 3 luglio il Margani, informato telefonicamente del peggioramento, consiglia il ricovero in ospedale, dove alla piccola, assistita unicamente dal dott. Emma, viene diagnosticata la Sindrome di Reye (SDR). Disposto il trasferimento presso la più adeguata struttura ospedaliera di Palermo, la piccola vi giunge ormai in coma irreversibile e là morirà dopo circa quindici giorni.

Mentre il Tribunale di Enna condannava per omicidio colposo tutti e tre i medici coinvolti nella vicenda, la Corte d'Appello⁴⁰⁰ assolveva, per non aver commesso il fatto, i dott.ri Margani e Puleo, ed emetteva pronuncia di non doversi procedere per intervenuta prescrizione nei confronti di Emma. I giudici di secondo grado, infatti, pur individuando diversi profili di colpa nel comportamento del primario Puleo (deceduto nel corso del processo) e del dott. Margani escludevano che tali comportamenti avessero avuto rilievo causale rispetto all'exitus. Ciò perché ritenevano che il rilievo causale di dette condotte sarebbe venuto meno per effetto dell'errore terapeutico posto in essere dal dott. Emma durante il secondo ricovero, quando essi erano invece assenti dal servizio: ciò costituirebbe un'interruzione del nesso causale ai sensi dell'art. 41 cpv c.p.. Questo profilo della decisione è fatto oggetto di ricorso per cassazione da parte del procuratore generale, il quale sottolinea che la successiva condotta colposa di un altro medico non è idonea ad interrompere il nesso causale. La Corte di Cassazione accoglie tale censura ed evidenzia che la motivazione della sentenza d'appello si fonda su un'errata lettura dell'art. 41 c.p.. Dopo un'analisi dettagliata delle origini e della struttura generale di tale norma, la Corte richiama il dibattito sviluppatosi in dottrina e giurisprudenza intorno al significato da attribuire alla locuzione "cause sopravvenute da sole sufficienti a determinare l'evento", ricordando che uno dei campi in cui tale tema è stato più discusso è proprio quello dell'errore terapeutico del medico, quale concausa dell'evento letale a seguito di lesioni colpose o dolose. La Cassazione si allinea a quello che è l'orientamento più rigoroso il quale, sulla scorta della teoria della causalità umana, reputa interruttivo solo il

⁴⁰⁰ Corte App. Caltanissetta, 24.6.2004, Imp. Margani, Emma, e altri, in *Foro It.*, 2006, II, pag. 181-192.

fattore atipico, imprevedibile, rarissimo ed eccezionale. Si richiamano perciò un nutrito numero di precedenti giurisprudenziali in cui si è “escluso che, nel caso di lesioni personali seguite da decesso della vittima dell’azione delittuosa, l’eventuale negligenza o imperizia dei medici possa elidere il nesso di causalità tra la condotta lesiva dell’agente e l’evento morte. La colpa dei medici, infatti, anche se grave, non può ritenersi causa autonoma ed indipendente rispetto al comportamento dell’agente che, provocando il fatto lesivo, ha reso necessario l’intervento dei sanitari. Infatti, la negligenza o imperizia dei medici non costituisce di per sé un fatto imprevedibile, eccezionale, atipico rispetto alla serie causale precedente di cui costituisce uno sviluppo evolutivo normale anche se non immancabile”⁴⁰¹. Si ritiene pertanto che il processo causale innescato dal Margani con l’incontrollata somministrazione di salicilato⁴⁰² sia giunto al suo epilogo più drammatico senza che sia intervenuto alcun fattore nuovo ed eccezionale, tale da poter escludere il nesso eziologico: tale profilo della decisione viene quindi annullato con rinvio ad un’altra sezione della Corte d’appello di Caltanissetta.

La pronuncia d’appello viene censurata anche dalla difesa del dott. Emma, sia sotto il profilo causale che sotto quello colposo. La Cassazione respinge le doglianze attinenti alla colpa, reputando improprio il richiamo operato all’art. 2236 c.c.⁴⁰³, mentre accoglie il ricorso per ciò che attiene alla dimostrazione del nesso causale. I giudici di legittimità, infatti, individuano nella

⁴⁰¹ Cfr. Cass. Pen., 9 ottobre (31 ottobre) 1995, La Paglia, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 2539 e in *Foro It.*, Rep., 1996, voce *Reato in genere*, n. 30; Cass. Pen., 12 novembre 1997, Van Custem, in *Cass. Pen.*, 1998, pag. 2916, n. 1579 e in *Foro It.*, Rep., 1998, voce *Reato in genere*, n. 18; Cass. Pen., V, 10 marzo 1983, Di Martino, in *Giur. pen.*, 1984, II, c. 163 e in *Foro It.*, Rep., 1984, voce *Reato in genere*, nn. 27, 34. L’unico caso in cui, negli ultimi quarant’anni, la Cassazione ha dichiarato l’interruzione del nesso eziologico a fronte di un errore medico attiene a una vicenda in cui, a fronte di un rischio – base non particolarmente grave (frattura del femore causata da sinistro automobilistico) si innestava un errore medico gravissimo (erronea individuazione del gruppo sanguigno), che determinava un pericolo prima inesistente, conducendo il rischio originario a conseguenze esorbitanti. Vd. Cass. Pen., 27 gennaio 1976, Nidini, in *Foro It.*, Rep., 1976, voce *Reato in genere*, n. 21.

⁴⁰² I periti sottolineano che i più accreditati studi pediatrici hanno individuato nella somministrazione di salicilato ai bambini al di sotto dei dodici anni uno specifico fattore causale della sindrome di Reye, pur trattandosi di patologia statisticamente rara. Ciò dovrebbe indurre i medici ad accompagnare alla somministrazione di tale farmaco un monitoraggio attento e costante ed una maggior sensibilizzazione dei familiari ai rischi connessi.

⁴⁰³ Si ribadisce, infatti, che in ambito penale deve escludersi ogni rilievo all’art. 2236 c.c., poiché la colpa deve comunque essere valutata sulla base della regola generale contenuta nell’art. 43 c.p..

succinta motivazione due importanti vizi. In primo luogo, si mette in evidenza l'assoluta ambiguità linguistica che connota il compimento del giudizio controfattuale: non è infatti per niente chiaro se una diagnosi corretta e tempestiva ed una terapia adeguata avrebbero evitato la morte della piccola "probabilmente" o "certamente". La Cassazione, dopo essersi soffermata sul dibattito pre-Franzese e sulla stessa decisione delle Sezioni Unite, sottolinea come sia stato lo stesso concetto di probabilità logica a generare una certa confusione tra gli addetti ai lavori, che non sempre si districano bene tra certezza processuale, probabilità meramente statistica e probabilità logica. Suggerisce perciò, per sfuggire a tali incomprensioni linguistiche, il ricorso alla locuzione "forte corroborazione dell'ipotesi". Ma è proprio qui che emerge l'ulteriore vizio della pronuncia impugnata: nell'accertamento causale, infatti, i giudici di merito pur soffermandosi diffusamente sui dati scientifici raccolti (gravità della malattia, effetti sul fegato e sul cervello, tecniche diagnostiche, difficoltà terapeutiche) e sulle condizioni della paziente, non hanno utilizzato tali elementi ai fini del compimento del giudizio controfattuale, non hanno cioè utilizzato tali elementi ai fini della valutazione delle possibilità di successo della corretta terapia. Manca, infatti, un'analisi di tali dati concreti e una lettura degli elementi scientifici raccolti che consenta di ritenere processualmente certa l'efficacia salvifica del comportamento colposamente omissivo. I giudici individuano con precisione i passaggi logici che avrebbero dovuto scandire il giudizio controfattuale: "occorre comprendere qual è solitamente l'andamento della patologia; qual è normalmente l'efficacia delle terapie; quali sono i fattori che influenzano il successo degli sforzi terapeutici; in quale guisa tali fattori si mostrano nel caso concreto; qual è lo stadio dell'affezione nella quale si collocano le condotte colpose omissive del medico". Ed è proprio quest'analisi a mancare nella pronuncia impugnata che viene dunque annullata perché pecca di astrattezza, limitandosi ad applicare in modo automatico e senza le opportune verifiche il sapere scientifico generale.

Non è possibile cogliere un completo svolgimento del giudizio controfattuale neppure nella decisione con cui la Corte d'Appello di Genova

condanna il dott. Isola per l'omicidio colposo di Pietro Scapolla⁴⁰⁴. Quest'ultimo, sottoposto a colecistectomia in data 11 Ottobre 1999, dopo essere stato dimesso dall'ospedale presenta episodi febbrili a partire dal 31 dello stesso mese. Il 12 novembre viene visitato a domicilio dal dott. Isola che lo invia al Pronto Soccorso per accertamenti. Da tali accertamenti emerge una lieve leucocitosi, mentre dalla radiografia toracica e dall'ecografia addominale non si rileva nulla di particolare. Persistendo lo stato di ipertermia, il dott. Isola esegue una nuova visita domiciliare tre giorni dopo e anche in quella occasione tranquillizza il paziente, limitandosi a modificare l'inefficace terapia antibiotica. Il 17 novembre, manifestatosi l'ennesimo episodio febbrile, Scapolla viene ricoverato e il 21 si verifica il decesso causato da setticemia da stafilococco aureo. In primo grado il medico era stato assolto dall'accusa: i giudici non rilevavano profili di colpa nella condotta da lui tenuta nel corso della visita del 12 novembre mentre, pur considerando sicuramente censurabile la condotta da lui tenuta in occasione della visita successiva, ritenevano non raggiunta la certezza processuale che un intervento corretto, effettuato in quel momento, avrebbe evitato l'evento morte. Ribaltando la pronuncia di primo grado la Corte d'Appello di Genova condannava il dott. Isola, individuando profili di colpa già nella condotta eccessivamente rassicurante tenuta il 12 novembre e ritenendo che un intervento adeguato, in tale momento, avrebbe potuto essere utile per evitare l'exitus. Si instaura il giudizio in Cassazione su ricorso della difesa del sanitario e i giudici di legittimità accolgono l'istanza annullando con rinvio la sentenza impugnata. Anzitutto si sottolinea che, pur potendo il giudice dell'impugnazione discostarsi dalle risultanze del giudizio di primo grado, incombe su di lui l'obbligo di motivare il proprio dissenso, esplicitando gli elementi su cui si basa. Tale obbligo di motivazione non è stato assolto nel caso *de quo*. I giudici d'appello, infatti, hanno individuato un profilo di colpa nella condotta tenuta dal dott. Isola il 12 novembre, senza però spiegare ed indicare con precisione gli elementi di fatto su cui si basa tale giudizio. Come anticipato, la Cassazione censura la sentenza anche per quanto attiene alla

⁴⁰⁴ Cass. Pen., IV, 7 giugno (3 ottobre).2007, n. 36162, Isola, in *Resp. civ. e prev.*, 2008, n. 5, pag. 1135-1138, con nota di P. Piras, "Omessa diagnosi di setticemia e nesso causale".

valutazione sulla sussistenza del nesso causale tra la mancata diagnosi e la sepsi del paziente: i giudici genovesi, infatti, hanno affrontato la questione in modo superficiale, tralasciando il giudizio controfattuale e sostituendo al concetto di “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica” quello della semplice “possibilità”. Nella sentenza si legge che, con un intervento il 12 novembre, “si sarebbero guadagnati 3-4 giorni che, indubbiamente, potevano essere utili ad evitare l’esito infausto” e che ciò “avrebbe potuto influenzare positivamente la prognosi in quanto non è escludibile che si potesse ribaltare completamente la situazione”. E’ del tutto evidente che, in sostanza, con tali affermazioni, i giudici di merito si rifanno a quell’orientamento meramente probabilistico/possibilistico antecedente alla Franzese⁴⁰⁵, e del tutto correttamente quindi la Cassazione annulla la pronuncia in nome della “certezza processuale” affermata prima dalle Sezioni Unite e poi dallo stesso legislatore⁴⁰⁶.

5. Le più interessanti sentenze del 2008.

⁴⁰⁵ Altro caso in cui, ancor più esplicitamente, i giudici di merito fondano la propria decisione su ormai superati parametri probabilistici è quello affrontato dalla sentenza della Cass. Pen., IV, 3 maggio (8 giugno) 2007, n. 22513, Tarricone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009. La vicenda vede coinvolto un ortopedico che omette di procedere ad una manovra di ricollocazione del capitello radiale prima di apporre il gesso per una frattura, causando alla paziente un prolungamento della malattia di trenta giorni. La Corte d’appello, nell’affrontare il problema causale, afferma “essere pacifico in giurisprudenza che, in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, ...trova applicazione non il criterio della <certezza> bensì quello della <probabilità> degli effetti della condotta” e che “tale presupposto risulta soddisfatto qualora l’opera del sanitario, ove correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe solo avuto seria ed apprezzabile probabilità di successo, potendosi – come già detto – al criterio della certezza degli effetti della condotta sostituire quello della probabilità (anche limitata) e dell’idoneità della stessa a produrli”. Inevitabile, di fronte a tali affermazioni che ignorano l’evoluzione giurisprudenziale dal 2002 in poi, l’annullamento della pronuncia da parte dei giudici di legittimità.

⁴⁰⁶ La persistenza di un ragionevole dubbio, in base all’evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante dell’omissione del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell’evento lesivo ed il conseguente mancato raggiungimento della certezza processuale (i consulenti del p.m. indicavano nel 50% le probabilità di una positiva evoluzione delle condizioni del paziente) ha portato la Cassazione ad annullare senza rinvio, perché il fatto non sussiste, una pronuncia della Corte d’appello di Brescia. Cfr. Cass. Pen. IV, 6. dicembre 2006, (18 maggio 2007), n. 19334, Rossetto, in *Dir. Pen. e proc.*, 2007, n. 10, pag. 1286-1287. Sempre sul ragionevole dubbio e la certezza processuale Cass. Pen., IV, 17 ottobre (20 dicembre) 2007, n. 47152, Federico, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

Nonostante gli anni e gli innumerevoli approfondimenti, ad opera non solo della giurisprudenza più autorevole ma anche di dotti contributi dottrinari, la sentenza Franzese continua ad essere spesso mal interpretata. Quando a cadere in errore sono i giudici di merito è la Corte di Cassazione che vi pone rimedio, annullando le sentenze viziate⁴⁰⁷ e indicando, con chiarezza, al giudice del rinvio i parametri fissati dalle Sezioni Unite.

Un caso in cui la Cassazione rinviene evidenti carenze motivazionali in relazione al nesso causale è quello che vede condannata per l'omicidio colposo di Giovanni Bonelli la dott.ssa Politi, endoscopista⁴⁰⁸. L'uomo, sottoposto ad un intervento protesico dell'aorta addominale, presentava inizialmente un decorso post-operatorio normale che si complicava però dopo una ventina di giorni con la comparsa di febbre: veniva quindi ricoverato, sottoposto ad ecografia e Tac e poi dimesso in buone condizioni. A distanza di quasi due mesi veniva ricoverato d'urgenza a causa di un episodio di ematemesi e sottoposto ad una esofago-gastro-duodenoscopia (EGDscopia), esame eseguito dall'imputata. Nonostante le successive dimissioni, Bonelli veniva nuovamente ricoverato e sottoposto ad intervento chirurgico di resezione del tratto protesico infetto dell'aorta, di sutura della fistola duodenale e di bypass afillo bifemorale. L'intervento tuttavia non era sufficiente a scongiurare il decesso.

Sia i giudici di primo grado che quelli d'appello dichiaravano la dott.ssa Politi colpevole del reato di omicidio colposo. Alla predetta si imputava di non aver compiuto la completa esplorazione del duodeno, con ciò causando un ritardo

⁴⁰⁷ Particolare è la sentenza Cass. Pen., IV, 7 maggio (30 giugno) 2008, n. 26111, Catananti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009. In questo caso, infatti, contrariamente a quanto accade nella maggior parte delle pronunce analizzate, ad essere annullata è una sentenza di assoluzione pronunciata dalla Corte d'appello, dopo una condanna in primo grado. I giudici di legittimità accolgono i ricorsi presentati dal Procuratore Generale e dalla parte civile, contro la sentenza che assolveva il dott. Catananti dall'accusa di omicidio colposo per non aver tempestivamente diagnosticato la dissecazione aortica che causava il decesso di Pasquale Spirli. Essi reputano non sufficientemente motivata la decisione, considerando anche che in primo grado i giudici avevano richiamato appropriatamente e logicamente la Franzese per dimostrare la sussistenza del nesso eziologico tra condotta colposa ed evento.

⁴⁰⁸ Cass. Pen., IV, 18 aprile (3 giugno) 2008, n. 22187, Politi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

nella diagnosi e nell'intervento, che era stato eseguito in emergenza e non in elezione, con un paziente in condizioni fisiche già scadute.

La Cassazione, intervenuta su ricorso dell'imputata, condivide le valutazioni operate in sede di merito in ordine alla colposità della condotta della Politi; richiamando infatti il parametro dell'agente modello, ossia dell'endoscopista scrupoloso, si afferma che nella condotta del sanitario si intrecciano profili di superficialità, negligenza e imperizia⁴⁰⁹.

Evidenti carenze motivazionali vengono invece individuate nella parte della sentenza che affronta il rapporto di causalità. A parere della Corte è stato, infatti, del tutto omesso il giudizio controfattuale: i giudici di merito non hanno stabilito se, qualora la Politi avesse tenuto la condotta doverosa (effettuazione dell'esame completo e diagnosi dell'infezione), la morte non si sarebbe verificata o si sarebbe verificata in epoca significativamente posteriore. Nella perizia si legge, infatti, che l'intervento chirurgico sarebbe stato comunque necessario ed altamente rischioso, essendo la complicità manifestata dal Bonelli gravissima e legata ad elevata mortalità. I giudici avrebbero quindi dovuto stabilire che possibilità di vivere avrebbe avuto il Bonelli se l'intervento fosse stato eseguito qualche giorno prima, previa adeguata preparazione del paziente. Sicuramente, per i giudici di legittimità, non può ritenersi sufficiente affermare, come si legge nella sentenza impugnata, che il ritardo causato dalla Politi "aveva creato un aumento del rischio di morte pari almeno al 50%": le Sezioni Unite, infatti, hanno con decisione preso le distanze dalla teoria dell'aumento del rischio, chiarendo che è sul giudizio controfattuale che deve fondarsi il ragionamento inerente il nesso eziologico. Proprio questa lacuna motivazionale⁴¹⁰ determina la decisione

⁴⁰⁹ In particolare, superficialità ed imperizia per aver posto in correlazione l'episodio di ematemesi e melena con il modesto sanguinamento dell'ulcera esofagea, e negligenza ed imperizia per non aver proseguito l'indagine endoscopica nelle zone più vicine alla protesi.

⁴¹⁰ In altri due interessanti casi si rinvergono lacune tali da determinare l'annullamento, da parte della Cassazione, della sentenza impugnata. La prima ipotesi riguarda una podologa, la dott.ssa Freni, che effettuando interventi a lei non consentiti e, per di più, in maniera imperita, cagionava un'infezione nel piede di un paziente, ritardando la possibilità per gli altri medici coinvolti di accertare la presenza di un carcinoma spinocellulare. Per la Cassazione la Corte territoriale non avrebbe dimostrato che effettuata tempestivamente la diagnosi si sarebbe potuta evitare, con certezza processuale, l'amputazione del piede e pertanto la sentenza viene annullata. Cfr. Cass. Pen., IV, 19 marzo (11 aprile) 2008, Freni, n. 15298, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli,

della Cassazione di annullare la sentenza impugnata: la questione causale tuttavia resterà irrisolta poiché il reato è ormai prescritto.

Altro caso di prescrizione, che continua però a rivestire importanza per i suoi riflessi civili, è quello relativo al decesso di Raffaella Bacci, per il quale si afferma la responsabilità penale del dott. Gianfranco Rizzato⁴¹¹. La donna, sottoposta nel 1988 a lobectomia che confermava la presenza di un tumore carcinomatoso del lobo superiore, negli anni successivi si sottoponeva a periodici controlli da parte dell'imputato. L'addebito mosso al medico era quello di non aver diagnosticato, nella visita di controllo del 16 aprile 1997, una recidiva che veniva accertata solo nel periodo a cavallo tra il dicembre e il gennaio successivo. A quel punto la donna, nonostante il parere contrario di diversi terapeuti italiani, si sottoponeva a Parigi ad un intervento chirurgico di escissione della massa tumorale; nel postoperatorio si manifestavano però complicazioni tali che tre giorni più tardi la Bacci decedeva.

Dopo la condanna in primo grado e la dichiarazione di non doversi procedere per prescrizione pronunciata in appello, la difesa del Rizzato presentava ricorso per Cassazione, dolendosi, tra l'altro, delle modalità con cui era stato accertato il nesso causale. Secondo il ricorso difensivo, infatti, non si era dato sufficiente peso all'assoluta inutilità terapeutica dell'intervento parigino, sostenuta anche dai consulenti del p.m.; l'intervento rappresenterebbe dunque un percorso causale "anomalo, atipico e completamente avulso dall'antecedente rappresentato dall'omessa diagnosi di ripresa della malattia", rilevante ex art. 41 c.p.. Lacunoso e erroneo sarebbe anche il giudizio controfattuale, che non avrebbe tenuto conto delle risultanze scientifiche emerse in maniera inequivocabile dalle perizie espletate.

P.Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009. Sempre con un annullamento si conclude la vicenda processuale che vede condannato per omicidio colposo il ginecologo Mennella, responsabile della tardiva diagnosi di un adenocarcinoma ovarico. Anche in questo caso la Cassazione ritiene non sufficientemente approfondita ed accertata la ricorrenza del nesso di causalità. Cfr. Cass. Pen., IV, 29 gennaio (11 marzo) 2008, Mennella, n. 10824, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

⁴¹¹ Cass. Pen., IV, 8 luglio (11 agosto) 2008, Rizzato, n. 33309, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

Le doglianze or ora descritte vengono accolte nel giudizio di legittimità. Parametro di riferimento nella valutazione della sussistenza del nesso causale è ancora una volta la Franzese. E il primo elemento che induce a riflettere è quel ricorso al “buon senso” operato dai giudici di merito; si legge, infatti, che per risolvere il problema causale serve “un approccio di buon senso prima ancora che critico dal punto di vista scientifico”. A tacere del fatto che è del tutto discutibile il buon senso cui concretamente ricorrono i giudici⁴¹², balza agli occhi che ciò si pone, già in linea di principio, in netta contrapposizione con l’approccio scientifico e obiettivo richiesto dalle Sezioni Unite. L’erroneità della premessa si ripercuote ovviamente su tutto il ragionamento successivo: anzitutto manca ogni riferimento alla legge scientifica di copertura in concreto applicata, ossia una legge che affermi che il comportamento alternativo omissivo, ma supposto come realizzato, avrebbe scongiurato l’evento lesivo così come si è verificato in concreto, *hic et nunc*. Lacunosa è inoltre la risposta dei giudici di merito in ordine al rilievo sul nesso causale dell’intervento chirurgico effettuato a Parigi, posto che le sue dirette complicità avevano poi portato alla morte della Bacci: tale intervento, invece, non viene tenuto in giusta considerazione nel momento in cui si opera il giudizio controfattuale. Infine, il giudice non si è neppure posto il problema di indicare il grado di probabilità⁴¹³ con cui l’omessa diagnosi, se

⁴¹² Si afferma infatti che “se non ci fosse stato, all’epoca della visita, più nulla da fare (né quanto all’aspetto chirurgico, né sotto il profilo terapeutico) per salvare la vita della Bacci o, quantomeno, per ritardarne la morte, non vi era ragione che i sanitari, succedutisi nel tempo, svolgessero tutta quell’attività di controllo”. Tuttavia, ben si sa che i medici prestano assistenza a persone affette da mali incurabili, posto che i progressi della scienza potrebbero portare a svolte impreviste, o comunque si cerca di garantire ai pazienti le migliori condizioni di vita possibili.

⁴¹³ Si compie un richiamo meramente apodittico ed assertivo a una “maggiore probabilità di sopravvivenza della paziente” in un’altra sentenza di merito annullata dalla Cassazione. Cfr. Cass. Pen., IV, 17 gennaio (20 febbraio) 2008, Macri, n. 7742, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009. Imputati per il decesso di una donna, causato da uno scompenso cardiaco con conseguente edema polmonare acuto, erano i medici Tonini e Macri, colpevoli di non aver diagnosticato un infarto del miocardio acuto. In Cassazione si annulla la sentenza di condanna perché non si ritiene di poter ritenere raggiunta la prova della responsabilità degli imputati al di là di ogni ragionevole dubbio. La sentenza, richiamando un precedente [cfr. Cass. Pen., IV, 14 dicembre 2006 - 2 febbraio 2007, Guarneri, n. 4177 in Cass. Pen., 2008, n. 5, pag. 1875-1886 con nota di C. Brusco, “Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell’accertamento della causalità” e in Guida al diritto, 2007, n. 10, pag. 66] individua con precisione quasi schematica il percorso motivazionale che il giudice deve seguire per ricostruire il nesso causale; tale percorso non è però stato rispettato dai giudici di merito che hanno invece affrontato il

tempestivamente effettuata, avrebbe evitato il decesso o, perlomeno, allungato la vita della donna. Tutte queste carenze sono tali da giustificare l'accoglimento del ricorso difensivo, con conseguente annullamento della sentenza limitatamente alle statuizioni civili e rinvio al giudice civile competente.

6. Ancora interventi di annullamento da parte dei giudici di legittimità.

La sostanziale violazione dei criteri di diritto elaborati ai fini dell'accertamento del nesso eziologico è alla base di un'interessante pronuncia del 2009 in cui la IV Sezione pronuncia, ancora una volta, l'annullamento della sentenza di merito impugnata⁴¹⁴.

Ad essere tratto a giudizio nanti il Tribunale di Torino è un medico in servizio di guardia medica, il dott. Antonio Ferlito, chiamato a rispondere dell'omicidio colposo di Pinuccia Scarfò⁴¹⁵. I giudici, con una pronuncia poi confermata dalla Corte d'Appello torinese, affermano la responsabilità penale dell'imputato per i fatti verificatisi la mattina del 9 luglio 2001. Quella mattina Renzo Crestani, presso la cui abitazione si trovava la Scarfò, contattava telefonicamente il 118 e il dott. Ferlito, al quale riferiva che la donna presentava una copiosa emorragia dalla vagina e ripetuti episodi di perdita di coscienza, ma rifiutava il trasferimento in ospedale. Il Ferlito, secondo i giudici di merito, sottovalutò la sintomatologia descritta e non si adoperò ad intervenire con rapidità, ponendo in essere con la sua omissione una condizione necessaria per il verificarsi dell'exitus che avvenne intorno alle 15/15.30 della stessa giornata.

Ricorre per Cassazione il Ferlito, deducendo vizio motivazionale sia in ordine all'accertata sussistenza di un profilo di colpa nella sua condotta, sia in relazione all'assenza di elementi idonei a fondare il giudizio di sussistenza del nesso causale.

problema in modo superficiale, richiamando come detto, un astratto concetto di maggiori probabilità di sopravvivenza, senza però argomentare adeguatamente tali affermazioni.

⁴¹⁴ Si veda, oltre a quelle analizzate nel prosieguo, anche Cass. Pen., IV, 28 aprile (7 luglio) 2009, n. 27824, Amoroso, inedita.

⁴¹⁵ Cass. Pen., IV, 4 marzo (11 marzo) 2009, n. 10819, Ferlito, in *Riv. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 447.

Rispetto al primo punto la Cassazione respinge ogni doglianza. Analizzati i fatti, si constata la violazione di una regola cautelare da parte del medico che, pur avvertito della gravità della situazione, non si era adeguatamente attivato per porre in essere quei presidi terapeutici idonei a scongiurare la morte della paziente. Nessun dubbio residua neppure sul fatto che, in capo al Ferlito, fosse configurabile una posizione di garanzia, sorta in virtù della relazione terapeutica tra medico e paziente, che dunque lo obbligava ad agire a tutela della vita e della salute della Scarfò.

Le censure della Corte si appuntano, invece, sulla ricostruzione del nesso causale così come operata dai giudici di merito. Dopo aver puntualmente richiamato il dibattito e la spaccatura giurisprudenziale poi composta dall'intervento delle Sezioni Unite, la IV Sezione individua i due profili che portano ad escludere che l'iter argomentativo seguito nella pronuncia gravata sia in sintonia con i principi affermati nella Franzese.

In primo luogo si reputa del tutto frammentaria, incoerente ed illogica la motivazione in ordine all'individuazione della causa della morte. Si legge, infatti, che “non risulta ben definito e chiarito, in tutti i suoi aspetti, il quadro complessivo delle patologie, anche gravi, da cui era affetta la Scarfò, cirrosi epatica e pancreatite, specie per quel che riguarda la prevalenza dell'una rispetto all'altra dal punto di vista della gravità < quoad vitam >, e la riferibilità del fenomeno emorragico all'una o all'altra”.

A ciò si aggiunge il fatto che la Corte ha del tutto omesso una valutazione adeguata dei dati scientifici, sulla scorta delle emergenze fattuali disponibili. Essa infatti si è erroneamente appiattita sulle valutazioni del perito il quale si è avvalso di un criterio meramente probabilistico, ancorato a quei giudizi di “buone probabilità” o di “ottime probabilità”, che son stati invece ritenuti insufficienti proprio dalle Sezioni Unite. A suffragare l'erroneità del ragionamento operato in sede di merito si può citare anche il passaggio conclusivo di tale pronuncia, laddove si fa addirittura riferimento a buone probabilità di diminuzione del rischio di morte in caso di intervento corretto, rievocandosi

dunque la famigerata teoria dell'aumento/diminuzione del rischio, oggetto di netto ripudio da parte delle Sezioni Unite.

Un censurabile richiamo a tale teoria la Corte di Cassazione lo individua anche in una pronuncia della Corte d'appello di Torino, che viene anch'essa annullata in sede di legittimità⁴¹⁶. Il caso verte intorno alla responsabilità di un farmacista, Viganò, per aver consegnato un antibiotico a base di cefalosporine senza la necessaria prescrizione medica, limitandosi a raccomandare alla cliente di richiedere l'autorizzazione del medico. Il medico fornisce il suo consenso telefonicamente ma il farmaco determina una reazione allergica che, causando un edema polmonare acuto, porta al decesso del paziente. Nei due giudizi di merito vengono condannati sia il Viganò che il medico, mentre viene assolta, per mancanza di colpa, la moglie del paziente che aveva provveduto personalmente ad eseguire l'iniezione rivelatasi letale.

Propone ricorso per cassazione il solo Viganò, il quale appunta le sue censure in ordine all'accertamento causale, sottolineando che la dazione senza ricetta del farmaco, pur censurabile sotto il profilo amministrativo, non può essere ritenuta causa sufficiente e determinante l'evento morte. Tale censura è ritenuta fondata dai giudici di legittimità i quali reputano l'apparato motivazionale della sentenza impugnata quantomeno debole per non dire del tutto erroneo rispetto ai principi da seguirsi in materia. Dopo un breve richiamo ai concetti di alta probabilità logica, certezza processuale e condizione necessaria, così come delineati dalle Sezioni Unite, i giudici di legittimità si chiedono se la fattispecie concreta sia stata valutata alla luce di tali principi. La risposta a cui giungono è negativa. Infatti, in realtà, i giudici di appello si sono limitati ad affermare che è indiscutibile il nesso di causalità tra la dazione del farmaco e la morte del paziente, senza però indicarne le ragioni fondanti. In particolare essi hanno del tutto omesso di effettuare il giudizio controfattuale che li avrebbe portati alla conclusione logica che, "pur ipotizzandosi realizzata la condotta doverosa della consegna da parte del Viganò del Panzid con accompagnamento della regolare prescrizione medica, il paziente sarebbe ugualmente deceduto per effetto della

⁴¹⁶ Cass. Pen., IV, 18 giugno (24 settembre) 2009, n. 37478, Viganò, inedita.

reazione allergica al farmaco”. La sentenza viene quindi annullata e, rinviando per la decisione al giudice competente, vengono fissati, in linea con la Franzese, i principi di diritto cui egli dovrà attenersi⁴¹⁷.

Tali principi si ritiene non siano stati rispettati neppure nella decisione con cui la Corte d’Appello di Roma, riformando la sentenza di assoluzione di primo grado, reputava civilmente responsabile per il delitto di omicidio colposo Giovanni Fiorini⁴¹⁸. Quest’ultimo, medico del Pronto Soccorso, non diagnosticava tempestivamente una dissecazione aortica distale e non disponeva le necessarie indagini strumentali; tale ritardo diagnostico portava ad un ritardo nell’esecuzione dell’intervento chirurgico e quindi al decesso del paziente per insufficienza multiorgano.

In primo grado, pur non essendoci dubbi sull’imprudenza e imperizia che connotava la condotta del Fiorini, si riteneva non acquisibile la prova che “ove non si fosse realizzato il pur colpevole ritardo di 10 – 13 ore nella diagnosi, la morte del De Giacomo sarebbe stata evitata; i periti di ufficio evidenziano che, in una situazione clinica, quale quella in cui si trovava il De Giacomo, ben scarse sarebbero state le possibilità di salvezza anche ove la diagnosi ed il conseguente necessitato intervento chirurgico fossero stati più tempestivi”. Il giudice d’appello, invece, ha ritenuto che senza il colpevole ritardo vi sarebbe stata un’alta probabilità logica di evitare il decesso, considerato che il paziente era poco più che quarantenne e non aveva danni sensibili agli organi vitali.

La Cassazione, chiamata a esprimere il suo parere su ricorso dell’imputato, annulla la decisione d’appello. Dopo aver ricordato che il giudice, in quanto *peritus peritorum*, è libero di scegliere tra le varie tesi prospettate dai periti e dai consulenti di parte, purchè ne dia adeguata e congrua motivazione, sottolinea che non gli è invece consentito sostituirsi a tali soggetti prescindendo

⁴¹⁷ Gli stessi identici principi sono utilizzati dalla Corte di Cassazione anche in un’altra pronuncia, come parametro che fonda la decisione di annullamento a causa del non corretto accertamento del nesso causale (cfr. Cass. Pen., IV, 10 novembre - 15 dicembre 2009, n. 47880, Iorio in *Cass. Pen.*, 2009, n. 11, pag. 4288 – 4290). Anche in questo caso, in cui si discute della responsabilità di un primario di ortopedia, si reputa la motivazione meramente assertiva, priva di un aggancio agli elementi concreti e incapace di rispondere alle specifiche censure difensive.

⁴¹⁸ Cass. Pen., IV, 28 ottobre (1 dicembre) 2009, n. 45920, Fiorini, inedita.

del tutto dai dati scientifici e formulando mere congetture alternative⁴¹⁹. E questo è quello che è avvenuto in questo caso. A fronte di affermazioni dei periti che, con chiarezza, sostenevano lo stato estremamente grave in cui versava il paziente al momento del ricovero, i giudici d'appello prospettano invece una situazione clinica ancora non compromessa ed idonea ad evolversi positivamente, senza però che tali affermazioni siano supportate da un adeguato riscontro probatorio. Le osservazioni di ordine scientifico si basano su congetture e non su dati scientifici: ciò impedisce di ritenere raggiunta la certezza processuale in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra condotta del Fiorini e morte del paziente.

7. Le sentenze più recenti.

Si conclude con un esito negativo anche la verifica di conformità tra i principi delle Sezioni Unite e una pronuncia della Corte d'Appello di Venezia, impugnata dall'imputato e dal responsabile civile, in un caso deciso dalla IV Sezione della Corte di Cassazione con sentenza depositata in data 28 maggio 2010⁴²⁰.

⁴¹⁹ Un altro caso in cui i giudici di merito fondano la propria decisione di condanna in contrasto con quanto sostenuto dal perito d'ufficio è quello affrontato da Cass. Pen., IV, 9 luglio (15 settembre) 2009, n. 35659, Morana, inedita. Morana, medico del pronto soccorso, era stato condannato, sia in primo grado che in appello, perché, non diagnosticando una notevole dilatazione aneurismatica dell'aorta ascendente, aveva cagionato il decesso di un giovane. Il perito d'ufficio aveva però escluso, nella sua relazione, il nesso di causalità tra la condotta e l'evento, sulla scorta della riconosciuta difficoltà dell'intervento chirurgico di riparazione dell'aorta e della base della carotide e dell'elevato grado di mortalità che consegue a tali interventi. I giudici di merito, tuttavia, richiamando la Franzese, sostenevano che il numero di insuccessi dell'intervento chirurgico riguardava soggetti di età elevata e di conseguenza con condizioni di salute precarie o con altre gravi patologie; pertanto ritenevano provata la sussistenza del nesso eziologico tra condotta ed evento. La Cassazione, su ricorso dell'imputato e del responsabile civile, annulla la sentenza perché, oltre a non ritenere provata la colpa del Morana, la reputa non sufficientemente motivata in ordine al nesso causale. La Corte territoriale, infatti, "omette di spiegare su quali elementi scientifici o in forza di quali criteri abbia raggiunto il convincimento che, una volta eseguito il giudizio controfattuale di diagnosi di aneurisma in cui la dissecazione dell'aorta era particolarmente estesa al punto di interessare anche la carotide con il conseguenziale accrescimento della già insita peculiare difficoltà dell'intervento chirurgico...questa potesse non solo con certezza scemare in virtù della mera giovane età e delle condizioni generali del paziente..., ma per giunta il livello di difficoltà si sarebbe contratto a tal punto da renderne probabile, al di là di ogni ragionevole dubbio, la sopravvivenza del medesimo". Non si ritiene dunque superato il ragionevole dubbio, come invece richiesto dalle Sezioni Unite.

⁴²⁰Cass. Pen., IV, 8 aprile (28 maggio) 2010, n. 20370, Z. D., inedita.

Ci si occupa del decesso di V., affetto da cardiopatia dilatativa e sottoposto ad un intervento chirurgico, eseguito dal dottor D.A., per l'asportazione di un diverticolo esofageo (cd. di Zencher). Nel postoperatorio si rilevava un sanguinamento eccessivo della ferita, con progressiva irritazione della mucosa tracheo-bronchiale a causa del sangue che progressivamente infiltrava i tessuti periesofago-tracheali; ciò cagionava l'insorgenza di insufficienza respiratoria e la necessità di rioperare il paziente per arrestare il sanguinamento.

In linea con le *leges artis* si reputava la condotta tenuta dal dott. D.A., mentre, sia in primo grado che in appello, si condannava il dott. Z.. Era lui infatti il medico di guardia presente in reparto dopo il secondo intervento operatorio. Egli aveva ommesso di rilevare e registrare i parametri relativi alle condizioni cliniche del V., il quale versava in condizioni di insufficienza respiratoria, ed aveva ommesso di mantenere l'intubazione del paziente e di effettuare una emogasanalisi che avrebbe svelato la necessità della nuova intubazione. Tali omissioni erano ritenute eziologicamente rilevanti nel determinare il decesso del paziente.

Nel ricorso per cassazione avverso la sentenza di condanna sia la difesa dell'imputato che il responsabile civile deducono vizio di motivazione circa la sussistenza del nesso causale tra la condotta contestata al sanitario e la morte del V..

I giudici di legittimità reputano tali doglianze fondate e articolano la loro convinzione su due distinti presupposti. Dopo aver richiamato ampi stralci della Franzese e della giurisprudenza ad essa precedente, sottolineano che l'iter argomentativo seguito dai giudici di merito trascura anzitutto un primo punto fermo fissato dalle Sezioni Unite: l'individuazione di tutti gli elementi concernenti la "causa dell'evento". Infatti, è solo attraverso la conoscenza in tutti gli aspetti fattuali e scientifici del momento iniziale e della successiva evoluzione della malattia, che è poi possibile analizzare la condotta colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale. Invece, nella sentenza dei giudici lagunari, non risulta "ben definito e chiarito, in tutti i suoi aspetti il quadro complessivo delle patologie, anche gravi, da cui era affetto il V., con particolare

riferimento alla cardiopatia ed al grado di insufficienza respiratoria che il V. presentava al momento in cui lo Z. avrebbe dovuto eseguire l'emogasanalisi: ciò dal punto di vista della gravità "quoad vitam", in relazione alle prospettive salvifiche di una intubazione da valutare sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, universale o statistica”.

Il secondo profilo critico viene individuato nell'assenza di dati scientifici che consentano di affermare che sarebbe stata la condotta del dott. Z. a determinare il decesso di V., escludendo con certezza l'interferenza di differenti fattori causali. Nelle relazioni dei periti d'ufficio, infatti, non v'è traccia di tali informazioni. In particolare, non si sarebbe approfondito il problema del ruolo eziologico della “progressiva infiltrazione ematica nei tessuti respiratori, onde poter verificare, su basi scientifiche, se l'insufficienza respiratoria manifestata dal paziente, al momento in cui avrebbe dovuto essere eseguita l'emogasanalisi, era tale da poter essere ancora efficacemente contrastata e ridotta con l'intubazione al punto da evitare il decesso del paziente con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica”.

Sono dunque il mancato approfondimento in ordine alla causa dell'evento e l'impossibilità di escludere la rilevanza di fattori causali alternativi a porre la sentenza impugnata in contrasto con le modalità di accertamento fissate dalle Sezioni Unite. La pronuncia viene quindi annullata senza rinvio, ai fini penali, poiché è intervenuta la prescrizione del reato e con rinvio al giudice civile competente, ai fini della decisione delle relative questioni civili.

Il giudice civile del rinvio viene chiamato in causa anche in un'altra pronuncia⁴²¹ che porta la Cassazione ad annullare la sentenza impugnata sempre per l'erroneità nell'accertamento del nesso causale⁴²².

Ad essere tratto a giudizio per rispondere del delitto di lesioni colpose era stato il dott. Brenna, medico di guardia del pronto soccorso presso cui si era recata Teresa Tramacere. Al sanitario si imputava l'omessa diagnosi di un infarto ischemico che aveva poi determinato una lesione cerebrale dell'emisfero sinistro;

⁴²¹ Cass. Pen., IV, 17 dicembre 2009 (14 gennaio) 2010, n. 1489, Brenna, inedita.

⁴²² E' bene precisare che, in questo caso, ai fini penali, il ricorso viene rigettato, essendo già stata dichiarata in appello l'intervenuta prescrizione del reato.

egli, infatti, sottoscriveva un referto medico in cui diagnosticava in un primo momento una nevrosi d'ansia e successivamente una psicosi acuta. Prescriveva dunque una terapia farmacologica ansiolitica, omettendo ogni ulteriore accertamento diagnostico e, solo quando le condizioni si aggravavano, disponeva il ricovero in ospedale.

A fronte di un comportamento ritenuto colposo sia in primo grado che in appello⁴²³, le due sentenze di merito giungono a conclusioni divergenti in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra l'errore diagnostico-terapeutico e le lesioni riportate dalla donna.

I giudici di primo grado, richiamata la Franzese, ritengono non raggiunta la certezza processuale. Infatti, sulla base delle risultanze peritali, sottolineano che l'evento lesivo è diretta conseguenza della lesione cerebrale dell'emisfero sinistro causata dall'insulto ischemico e non è affatto dipeso dalle condotte del medico. Tutt'al più "è il perdurare delle lesioni stesse ad essere eziologicamente connesso alle condotte omissive dei medici, ma su questo profilo non è stato acquisito alcun dato scientifico certo che possa far sostenere che l'effettuazione di una terapia riabilitativa o di farmaco antiaggreganti o anticoagulanti avrebbe cambiato il decorso della malattia".

A conclusioni opposte giunge la Corte d'Appello di Milano, servendosi anch'essa del richiamo alle Sezioni Unite per ammantare di legittimità l'iter logico-giuridico seguito nel compiere l'accertamento. Si sottolinea, infatti, che gli errori, le omissioni e l'errata terapia hanno ritardato la guarigione protraendo lo stato di malattia, e hanno inoltre determinato effetti collaterali tali da renderla ancor più intensa e dolorosa. Ed è proprio la Franzese ad aver chiarito che va considerata causale rispetto all'evento non solo quella condotta idonea a scongiurare l'evento in sé e per sé, ma anche quella che avrebbe determinato uno spostamento temporale o una differente entità lesiva.

⁴²³ Nelle perizie si legge infatti che l'indirizzo diagnostico seguito dal sanitario è stato del tutto ingiustificato. "In sostanza non sembrano sussistere in nessun momento della storia (in fase acuta e durante il ricovero stesso) elementi che rendano comprensibile e giustificabile l'errore diagnostico".

La Corte di Cassazione, chiamata a decidere su ricorso del Brenna, censura la pronuncia d'appello proprio nella parte in cui afferma la sussistenza del nesso causale. A differenza di quanto fatto dai giudici di prime cure, infatti, i giudici del gravame non hanno tenuto nella giusta considerazione quanto affermato dai periti nelle loro relazioni. Alle argomentazioni dei periti, ancorate su una gran mole di dati clinici e scientifici, la Corte d'Appello ha contrapposto le proprie affermazioni del tutto apodittiche e assertive, prive di quel fondamento scientifico che, secondo le Sezioni Unite, deve costituire il parametro di riferimento nel giudizio causale. Solo così, infatti, si riesce a sfuggire ad un concetto di causalità "individuale", fondata sull'intimo sapere del singolo giudice.

La motivazione dei giudici d'appello viene censurata anche sulla base del consolidato principio giurisprudenziale in base al quale "il giudice d'appello che riformi totalmente la decisione di primo grado ha l'obbligo di delineare le linee portanti del proprio, alternativo, ragionamento probatorio e di confutare specificamente i più rilevanti argomenti della motivazione della prima sentenza, dando conto della relativa incompletezza o incoerenza, tali da giustificare la riforma del provvedimento impugnato (Cass., Sez. Un., 12.7.2005, n. 33748)"⁴²⁴.

Sono quindi ancora una volta i giudici di legittimità ad indicare, ai loro colleghi del merito, la strada da seguire per una migliore applicazione dei principi sanciti dalle Sezioni Unite nel 2002.

⁴²⁴ Lo stesso principio viene richiamato anche da Cass. Pen., IV, 20 maggio (23 giugno) 2010, n. 23942, V. S., inedita.

CAPITOLO IV

Le sentenze che si discostano dai parametri delle Sezioni Unite

1. Le sentenze Amato e Albissini: causalità *ex ante* e causalità *ex post*.

Immediatamente successiva alla sentenza Franzese è una pronuncia della IV Sezione penale che ben testimonia le difficoltà incontrate dai giudici di merito e di legittimità nell'applicazione dei principi fissati dalle Sezioni Unite nel 2002.

Il caso⁴²⁵ riguarda la condanna ex art. 590, primo e secondo comma, c.p. del dott. Isidoro Amato, aiuto presso il reparto di chirurgia, a cui era stata contestata l'erronea diagnosi di colica renale fatta al paziente Massimiliano Mosca, in realtà affetto da una torsione del testicolo destro. La mancata tempestiva diagnosi della patologia testicolare da parte del dott. Amato, comportava la necrosi del testicolo e la conseguente asportazione con contestuale impianto di una protesi testicolare. La Corte, rilevata con assoluta certezza l'erroneità della diagnosi formulata inizialmente dall'imputato⁴²⁶, conferma la

⁴²⁵ Cass. Pen., IV, 25 settembre (22 novembre) 2002, n. 39637, Amato, in *Riv. pen.*, 2003, pag. 110-120.

⁴²⁶ Per quanto attiene all'accertamento, in sede penale, della colpa del sanitario la sentenza si inserisce nell'orientamento ormai dominante in base al quale esso va effettuato "alla stregua del disposto dell'art. 43 c.p., non anche – giova specificare – in base agli elementi dettati dall'art. 2236 c.c., sia perché l'applicazione di tale ultima norma non può avvenire con interpretazione

sentenza di condanna reputando sussistente il nesso causale tra tale omissione e la successiva lesione.

I giudici, per la verità, non richiamano neppure formalmente i principi della *Franzese*, limitandosi ad affrontare la specifica problematica dell'eventuale interruzione del nesso causale. La difesa di Amato, infatti, aveva censurato quella parte della pronuncia di merito in cui non si considera che la condotta dell'imputato si era arrestata con lo svolgimento della consulenza chirurgica richiesta dal pronto soccorso e che, subito dopo, il paziente era stato affidato al reparto di chirurgia e visitato più volte da altri medici del reparto, mentre il dott. Amato da quel momento non aveva svolto altri interventi medici sul paziente. Correttamente i giudici di legittimità hanno respinto tali censure difensive, ribadendo quello che è ormai comunemente considerato un imprescindibile limite al principio di affidamento che regola le attività in equipe. Giurisprudenza⁴²⁷ e dottrina, infatti, sono concordi nell'affermare che il principio di affidamento non può essere invocato da colui che versa in colpa, ossia che non può valere ad interrompere il nesso di causalità "la circostanza che l'agente, che versi in colpa per aver violato determinate norme di condotta, possa confidare che altri, che gli succeda nella medesima posizione di garanzia, ponga rimedio alla condotta colposa: se tanto non avviene, difatti, l'evento stesso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi, appunto, come fatto eccezionale sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento...; e la seconda e successiva condotta colposa potrà, semmai, dar luogo a cooperativa responsabilità nella causazione dell'evento anche dell'agente succeduto nella originaria posizione di garanzia"⁴²⁸.

analogica, vietata per il carattere eccezionale della disposizione rispetto ai principi generali, sia perché essa è esclusa dalla sistematica disciplina del dolo e della colpa in diritto penale, ove il grado della colpa è previsto soltanto come criterio per la determinazione della pena (art. 133 c.p.) o come circostanza aggravante...ma in nessun caso per determinare la stessa sussistenza dell'elemento psicologico del reato; il minor grado di colpa, cioè, non può avere giammai efficacia scriminante". Tra le tante possono citarsi, in senso conforme, Cass. Pen., IV, n. 9367/1981; id., n. 2734/1984; id., n. 8360/1987; id., n. 11733/1987; id., 10289/1990; id., n. 4028/1991; id., n. 1693/1998.

⁴²⁷ Nella sentenza Amato si richiamano, quali precedenti conformi, Cass. Pen., IV, n. 8006/1999 e Cass. Pen., IV, n. 1444/1998.

⁴²⁸ Cass. Pen., IV, 25 settembre (22 novembre) 2002, n. 39637, Amato, cit., pag. 119.

Sotto questo profilo, dunque, la pronuncia appare del tutto condivisibile. Tuttavia, la correttezza di tale scelta risulta inficiata da un vizio di fondo relativo alla fase precedente dell'accertamento del nesso causale tra l'evento lesivo e la mancata diagnosi, a cui seguiva il mancato accertamento della patologia e la mancata effettuazione di più approfonditi esami. La Corte, infatti, per accertare il nesso eziologico, si limita a richiamare la sentenza di primo grado in cui si è affermato che, se la corretta diagnosi fosse stata effettuata al momento della visita del dott. Amato, l'operazione chirurgica eseguita nell'immediatezza avrebbe ancora avuto possibilità di successo nell'ordine del 40 %. Individuata, dunque, la legge scientifica di copertura idonea a inquadrare il coefficiente probabilistico *ex ante*, la corretta applicazione dei criteri delle Sezioni Unite avrebbe richiesto un accertamento ulteriore, ossia la concretizzazione di tale legge generale nel caso concreto. Se, infatti, vi erano 60 possibilità su cento che il tempestivo intervento chirurgico non avrebbe comunque evitato la necrosi e la conseguente asportazione del testicolo, i giudici avrebbero dovuto individuare gli elementi emersi *ex post* in sede di analisi medico – legale (ad esempio, l'età del paziente, l'entità della torsione del testicolo, le condizioni generali di salute, ecc) sulla base dei quali poter affermare che il caso del sig. Mosca rientrava, con alto grado di probabilità logica e certezza processuale, proprio nel 40 % dei casi che hanno avuto un esito positivo. Di tale valutazione *ex post* non pare invece esservi traccia nella pronuncia Amato.

La stessa censura può essere mossa nei confronti di un'altra pronuncia, sempre della Sezione IV, e sempre datata novembre 2002⁴²⁹. In realtà, le valutazioni in ordine al caso Albissini sono alquanto divergenti: da un lato, infatti, vi è chi⁴³⁰ vede in tale decisione la prima concreta applicazione di quanto enunciato dalle Sezioni Unite, sottolineando peraltro che la condivisione degli

⁴²⁹ Cass. Pen., IV, 3 ottobre (15 novembre) 2002, n. 38334, Albissini, in *Riv. pen.*, 2003, pag. 110-116; in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 597-609 con nota di G. F. Iadecola, "Colpa medica e causalità omissiva: nuovi criteri di accertamento"; in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 1180; in *Guida al diritto*, n. 6, 2003, pag. 67-76 con nota di G. Amato, "Con la verifica dell'applicazione al caso concreto le leggi statistiche perdono peso processuale".

⁴³⁰ Sostengono tale filone interpretativo G. F. Iadecola, "Colpa medica e causalità omissiva: nuovi criteri di accertamento", cit., pag. 605 e G. Amato, "Con la verifica dell'applicazione al caso concreto le leggi statistiche perdono peso processuale", cit.

assunti posti dalle Sezioni Unite pare piena e totale, poiché non ci si limiterebbe a prestare un mero ossequio ai principi di diritto ivi affermati, ma si aderirebbe allo spirito e all'essenza stessa della sentenza Franzese. Vi è però chi⁴³¹ sottolinea che neppure in questo caso si è andati al di là di un richiamo meramente formale, e scrutando i vari passaggi della decisione, arriva ad affermare che, nella sostanza, la Corte non si discosta più di tanto da quell'orientamento giurisprudenziale meno recente in base al quale si reputavano sufficienti anche “serie ed apprezzabili probabilità di successo”.

Una presa di posizione tra queste due opposte interpretazioni è possibile solo se si passa all'analisi dettagliata della pronuncia *de qua*.

Il dott. Albissini, dopo aver eseguito alcuni esami radiografici, non individua, o comunque omette di descrivere nel relativo referto radiologico, la presenza di una opacità ovulare di media intensità, in regione apico – sottoclaveare sinistra, del diametro di circa 1,5 cm, modicamente ispessita e dai margini irregolari; il medico non reputa necessario neppure disporre ulteriori indagini di tipo stratigrafico e tomografico. Tale opacità si rivelerà essere una formazione neoplastica polmonare che, dopo circa un anno e sei mesi, raggiungerà le dimensioni di 4 cm. Il dott. Albissini viene condannato dal Pretore di Taranto per omicidio colposo, poiché si ritiene che le sue omissioni, impedendo la precoce diagnosi della malattia e l'attuazione dei più opportuni interventi chirurgici, abbiano cagionato tre anni più tardi il decesso del paziente, a seguito della formazione di metastasi a livello encefalico ed epatico.

La IV Sezione, prima di affrontare la doglianza relativa al nesso causale, richiama il pluridecennale dibattito giurisprudenziale in ordine ai criteri di accertamento del rapporto eziologico in materia di responsabilità professionale del medico, per poi registrare l'intervento delle Sezioni Unite nel 2002, a cui dichiara di volersi adeguare. Infatti, i giudici di legittimità decidono di valutare il percorso motivazionale seguito dai giudici di merito proprio confrontandolo con l'iter

⁴³¹ F. Stella “Causalità omissiva, probabilità, giudizi controfattuali. L'attività medico chirurgica.”, in *Cass. pen.*, 2005, 2005, pag.1083.

indicato nella sentenza Franzese, per giungere poi alla conclusione della piena sintonia tra la decisione impugnata e i principi enunciati dalle Sezioni Unite.

Indubbiamente una piena sintonia si può registrare per quanto attiene all'interpretazione del concetto di "certezza" richiesto ai fini della prova della sussistenza del nesso: correttamente, infatti, si precisa che non si tratta di una certezza assoluta, bensì di una sorta di certezza tra virgolette o, per meglio dire, di una "certezza processuale", che può essere desunta dal giudice valutando tutti gli elementi del caso concreto. Non osta pertanto al raggiungimento di tale certezza la mancanza di autopsia⁴³², purchè sia comunque possibile l'individuazione della *causa mortis* che, nel caso in questione, è stata individuata nel processo di metastatizzazione che dalla sede polmonare si era sviluppato dapprima nella regione encefalica e successivamente a livello epatico.

Corretto, e in linea con le Sezioni Unite, è anche il passaggio della sentenza in cui si verifica l'eventuale interferenza di altri fattori causali nella produzione dell'evento lesivo: sulla base della perizia, infatti, pur considerando che il paziente era affetto da altre patologie di indiscussa gravità, si esclude con certezza che il decesso potesse essere stato causato da una patologia diversa dalla neoplasia.

La Corte, poi, conclude affermando che la diagnosi della patologia polmonare, se effettuata al momento della visita del dott. Albissini, vale a dire in epoca in cui la lesione era di ridotte dimensioni e non era accompagnata da manifestazioni di invasività, "avrebbe consentito assai probabilmente (pur in costanza di una prognosi comunque infausta) – con il ricorso a tempestivi rimedi chirurgici e terapeutici come la resezione polmonare – una sopravvivenza a

⁴³² Si colloca, sulla stessa linea, anche una successiva sentenza di merito (cfr. Trib. Santa Maria Capua Vetere – Sez. Dist. Caserta, 13 maggio (17 giugno) 2004, Giud. Francica, in *Guida al diritto*, 2004, n. 33, pag. 86-87 e in *Ventiquattrore Avvocato*, 2004, n. 1, pag. 83), che precisa come non sia necessario individuare il nesso di causalità in termini di certezza oggettiva, essendo sufficiente la *certezza processuale*, ossia una certezza acquisita dal giudice sulla base dell'evidenza disponibile all'esito dell'istruttoria e a seguito della ricostruzione e interpretazione logica degli elementi di prova. In particolare, si precisa che ciò rende possibile affermare la responsabilità del medico anche quando non sia stata eseguita l'autopsia ovvero qualora questa sia stata male eseguita: ciò anche tenuto conto dei principi del libero convincimento del giudice, dell'atipicità della prova in diritto processual-penalistico e dello stesso concetto di prova indiziaria ex art. 192 c.p.p..

cinque anni, maggiore quindi rispetto a quella di anni tre intervenuta in concreto”. In particolare la Corte ritiene che l’espressione “assai probabilmente” utilizzata dai giudici di merito, sia perfettamente in linea con i concetti di “alta o elevato grado di credibilità razionale/probabilità logica”, poiché rinviene il proprio fondamento nella regola di esperienza, nonché scientifica, che l’efficacia di una diagnosi tumorale, ai fini di una più lunga sopravvivenza, è direttamente collegabile alla sua tempestività e precocità. Si riporta, in proposito, la legge statistica che indica in un coefficiente pari al 48% i casi in cui una diagnosi precoce porta fino a 5 anni le probabilità di sopravvivenza del paziente.

Individuata dunque la probabilità *ex ante* ci si sarebbe attesi da parte dei giudici di legittimità l’individuazione anche delle probabilità *ex post*: per meglio dire, i giudici partendo da tale legge statistica di copertura, avrebbero dovuto individuare le ragioni per le quali il paziente considerato non sarebbe rientrato in quel 52% di casi di persone che non sarebbero comunque sopravvissute nonostante la tempestività dell’intervento. Eppure, nella stessa sentenza, si era dato particolare rilievo a quel passaggio innovativo della pronuncia delle Sezioni Unite in cui si sottolinea l’impossibilità di basare la decisione sulla sussistenza del nesso causale considerando semplicemente il parametro rappresentato dalle leggi statistiche, essendo invece necessaria una precisa valutazione del caso esaminato, per giungere ad un giudizio di probabilità logica, dopo aver preso in esame tutte le concrete emergenze fattuali che potrebbero minare, in un senso o nell’altro, il valore di credibilità della legge di copertura.

Come nel caso *Amato*, manca dunque anche in questa sentenza l’individuazione delle probabilità *ex post*. Se è vero, infatti, che un’indagine *ex post* è stata compiuta per mettere in evidenza l’insorgenza delle metastasi che hanno poi condotto a morte il paziente, è altrettanto vero che non è dato individuare gli elementi fattuali che hanno indotto i giudici a ritenere che il caso esaminato non rientra in quel 52% di casi in cui le metastasi rappresentano la normale evoluzione della malattia tumorale.

Quel che emerge dalla lettura della sentenza è dunque che il giudizio controfattuale è ancorato a valutazioni di tipo meramente probabilistico –

statistico, non emergendo alcuna valutazione in riferimento alle caratteristiche del caso specifico. Peraltro non è dato sapere se tale valutazione di probabilità logica sia stata compiuta dai giudici di merito: quel che è certo è che, in ogni caso, la Corte di legittimità nel respingere le doglianze della difesa dell'Albissini reputa sufficiente, ai fini della sussistenza del nesso causale, il richiamo al 48 % di probabilità *ex ante*.

Le considerazioni fin qui svolte portano a ritenere che anche in questa pronuncia una parte importante dell'iter delineato dalle Sezioni Unite, come modello da seguire per i giudici ai fini dell'accertamento causale, sia stato pretermesso.

2. La sentenza Marinari e il caso Loi: il ricorso alle massime d'esperienza.

Proseguendo nell'analisi della giurisprudenza di legittimità ci si imbatte in una pronuncia del 2003, sempre della IV Sezione.

Il caso⁴³³ è quello relativo alla morte di Federico Ghisleni, un bambino di sei anni che viene sottoposto ad un routinario intervento chirurgico di appendicectomia alle ore 15.20 del 17.5.1995. L'operazione si conclude venti minuti più tardi, senza particolari complicazioni. Alle 16.15 il bambino viene trasferito in reparto dove, dopo circa un'ora e un quarto, manifesta una violenta crisi respiratoria, con cianosi sul viso, secrezioni schiumose alle vie aeree ed edema cerebrale. Dagli esami eseguiti nell'immediato emerge un quadro clinico disperato con la diagnosi di coma irreversibile. Il bambino muore il 21 dello stesso mese.

Il Tribunale di Lecco condanna per il delitto di omicidio colposo ai danni del piccolo Ghisleni il dott. Marinari, primario anestesista e componente dell'equipe che ha eseguito l'intervento di appendicectomia. La causa del coma, infatti, viene ricondotta ad una ipossiemia ed ipercapnia, determinate dal mancato

⁴³³ Cass. Pen., IV, 17 settembre 2002 (21 maggio 2003), n. 22341, Marinari, in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 141; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 768, pag. 2379-2387, con nota di P. F. Piras, "Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche".

controllo degli effetti dell'azione di depressione sull'attività respiratoria da parte dei farmaci utilizzati nell'anestesia; viene respinta la tesi avanzata dalla difesa secondo cui il bambino presentava invece uno stato infettivo acuto e asintomatico. Al Marinari si addebita quindi di non aver decurarizzato il paziente e di non aver sottoposto ad adeguato controllo le sue condizioni cliniche, ritenendosi peraltro che un comportamento corretto avrebbe scongiurato con elevata probabilità la morte del piccolo. In appello, pur attribuendosi, sulla base di una nuova perizia, alla iposodiemia la causa del coma irreversibile, la Corte d'appello di Napoli conferma la sentenza di condanna, condividendo le affermazioni relative alla colpa e al nesso causale espresse in primo grado.

Per quanto attiene, nello specifico, al profilo eziologico la sentenza sembra collocarsi sulla scia della pronuncia delle Sezioni Unite⁴³⁴: i giudici, infatti, manifestano una chiara adesione al criterio della *condicio sine qua non*, sottolineando peraltro che il giudice non è comunque chiamato a ricostruire l'intera catena causale degli antecedenti, non deve dunque ricostruire l'intero meccanismo di produzione dell'evento, in modo tale da raggiungere una "certezza assoluta" sotto il profilo scientifico. Al giudice si richiede infatti il raggiungimento della "certezza processuale", ossia un accertamento "con alto grado di probabilità".

Tuttavia anche in questo caso la IV Sezione, per di più stavolta in maniera inequivocabilmente consapevole, sembra trascurare l'importanza di alcuni passaggi nell'accertamento causale. Si legge nella sentenza del 2003 che "è vero che i giudici di merito non hanno precisato quali fossero le apprezzabili possibilità che il bambino si salvasse, se il Marinari avesse fatto ciò che avrebbe dovuto fare. Ma, quei giudici, avendo detto, basandosi sulla perizia, che il bambino si sarebbe salvato con alto grado di probabilità, hanno detto tutto ciò che, secondo loro, v'era da dire in questo caso: non v'era dubbio che il bambino si sarebbe salvato con alto grado di probabilità"⁴³⁵. Manca dunque, per espressa ammissione degli stessi giudici di legittimità, il richiamo a specifici parametri di

⁴³⁴ P. F. Piras, "Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche", cit., pag. 2385.

⁴³⁵ Cass. Pen., IV, 17 settembre 2002 (21 maggio 2003), n. 22341, Marinari, in *Cass. Pen.*, 2004, n. 768, pag. 2384.

tipo statistico, e non è dunque dato sapere come i giudici di merito abbiano poi effettivamente compiuto quel giudizio di probabilità logica, basato sulle emergenze del caso concreto, così come delineato e tratteggiato dalle sezioni unite nella sentenza del 2002.

In relazione al parametro in base al quale va operato il giudizio controfattuale la sentenza Marinari si segnala però soprattutto perché adotta come base del giudizio non una legge scientifica bensì una generalizzata regola di esperienza. Infatti, dalla lettura della sentenza, emerge subito la mancanza dell'enunciazione di una legge di copertura in base alla quale poter sostenere, ad esempio, che la somministrazione del farmaco X avrebbe scongiurato in un certo numero di casi gli effetti depressivi del farmaco Y utilizzato per l'anestesia. L'enunciato che consente ai giudici di poter affermare che, in assenza dell'omissione del Marinari, non si sarebbe verificata la morte del piccolo Federico è in realtà rappresentato da quella regola di esperienza in base alla quale, l'osservazione diligente e perita del post-operatorio ha per effetto quello di scongiurare mortali complicazioni dovute all'uso dei farmaci anestetici.

Sotto questo profilo, dunque, la IV Sezione ha fatto corretta applicazione di quanto enunciato dalle stesse Sezioni Unite che, nel delineare l'ipotesi, tutt'altro che infrequente, della mancanza di una legge scientifica idonea a spiegare il verificarsi dell'evento, hanno stabilito la sostanziale equivalenza tra tali leggi e le generalizzate regole d'esperienza.

L'ammissibilità del ricorso a massime d'esperienza, qualora non siano disponibili generalizzazioni di tipo scientifico, a carattere universale o statistico, è stata sostenuta anche in una sentenza estranea all'ambito della responsabilità medica. Si tratta di un caso⁴³⁶ giudiziario assai drammatico e peculiare, relativo alla morte di alcuni paracadutisti durante un'esercitazione militare di aviolancio. La causa degli incidenti viene individuata, dai giudici di merito, nell'adozione di

⁴³⁶ Cass. Pen., V, 15 ottobre 2002 (13 febbraio 2003), Loi e altri, in *Giust. Pen.*, 2003, II, pag. 648-649; in *Foro It.*, 2003, II, pag. 406 – 408; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 141; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2347-2379, con nota di R. Blaiotta, "Incidenti da aviolancio, problemi causali nuovi, attività rischiose"; in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 – 49 con nota di F. Stella, "Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)".

tecniche di lancio non congrue rispetto al grado di addestramento dei militari impegnati nell'operazione e al tipo di attrezzature di cui essi erano dotati. Una delle doglianze manifestate dalle difese degli imputati si fondava proprio sull'assenza di una legge scientifica di copertura idonea a ricollegare con certezza le incongrue condizioni di lancio con la morte dei paracadutisti. La Corte osserva che, in effetti, tenuto anche conto degli aspetti di novità del problema, non sono rintracciabili leggi scientifiche *ad hoc*, ma supera l'obiezione difensiva sottolineando che, in questi casi, sono utilizzabili le regole di esperienza purchè dietro di esse vi sia comunque una base scientifica, e non siano dunque frutto di mere congetture o intuizioni personali dell'organo giudicante⁴³⁷.

3. Altre pronunce discutibili datate 2003.

In seguito all'intervento delle Sezioni Unite, le sentenze Marinari e Loi non rappresentano casi isolati di ricorso a massime di esperienza in sostituzione di leggi scientifiche⁴³⁸.

⁴³⁷ Proprio questo specifico profilo della sentenza Loi è stato però oggetto di una serrata critica da parte di Federico Stella nel suo scritto "Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)", cit., pag. 35 e ss. L'autore sostiene che "la sentenza Loi riprende il riferimento al fondamento scientifico delle massime di esperienza, alla <cultura> e al metodo scientifico, ma lo fa in un contesto in cui il <fondamento scientifico> non sta più ad indicare che le massime di esperienza utilizzabili devono essere l'espressione abbreviata e familiare di leggi scientifiche; queste ultime, infatti, restano sempre <fuori dal recinto>. Il riferimento al fondamento e al metodo scientifico resta così sospeso nel vuoto, resta *privo di contenuto*: l'essenza del metodo scientifico sta infatti nel controllo critico, tramite l'osservazione e i tentativi di falsificazione delle ipotesi chiamate leggi scientifiche. In questo modo, la sentenza raggiunge il risultato che voleva ottenere: il fondamento scientifico delle massime d'esperienza e il metodo scientifico sono tali *in quanto ritenuti dal giudice*, sulla base di un controllo da lui eseguito *in via esclusiva*". In contrasto con quanto enunciato dalla sentenza Loi si pone anche una successiva pronuncia di merito. Si tratta di Trib. Trento, 11 marzo 2004, n. 38, est. Pacussi, imp. N.ed altri, in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 649-665. Il caso riguarda due medici colpiti da linfoma non Hodgkin che si ritiene possa esser stato causato dall'esposizione in ospedale a radiazioni ionizzanti, a causa dell'inosservanza delle norme antinfortunistiche. Il Tribunale, tuttavia, esclude la sussistenza del nesso causale poiché non esiste una legge di copertura scientifica che ricollegli la malattia ad un singolo fattore inducente. Si afferma, dunque, che "il giudizio deve arrendersi e/o sospendersi ...allorquando...mancano conferme scientificamente documentate all'ipotesi (non dimostrata) di associazione tra esposizioni ambientali e un particolare tipo di tumore".

⁴³⁸ Si veda P. F. Piras, "Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche", cit., pag. 2387, che cita tra le tante Cass. Pen., IV, 22 novembre 2002, Giardina, in *C.E.D. Cass.*, Marzo 2003, n. 222933; Cass. Pen., IV, 5 dicembre 2002, Labellarte, inedita; Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2002 (3 febbraio 2003), Perilli, in *C.E.D. Cass.*, Agosto 2003, n. 224178; Cass. Pen., V, 19 marzo (15 maggio) 2003, n. 30055, Ghiozzi, in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 718 e in *C.E.D. Cass.*, Ottobre 2003, n.

Una delle sentenze in cui invece si richiama una legge scientifica di tipo statistico, riconosciuta a livello internazionale, è quella relativa al caso De Paula⁴³⁹. Il dott. De Paula, viene condannato in primo grado e poi assolto in appello dall'accusa di omicidio colposo in danno di Giuliana Ancinelli. La donna, affetta da carcinoma malpighiano, era stata inizialmente indirizzata ad un intervento chirurgico ma all'ultimo momento, tenuto conto di una pregressa ischemia miocardica, veniva sottoposta a trattamento radioterapico, all'esito del quale il tumore appariva debellato. Tuttavia, a distanza di tempo, si manifestava una recidiva della malattia, che portava al decesso della donna. Al dott. De Paula veniva imputato di non aver comunicato alla donna e ai suoi familiari la ricomparsa del tumore, impedendo così per due anni il ricorso ad altri sanitari o l'adozione di rimedi alternativi.

A parere dei giudici di legittimità, in primo grado, si è correttamente richiamata quella legge statistica in base alla quale le persone affette da quel tipo di tumore, se adeguatamente e tempestivamente curate, hanno probabilità di sopravvivenza nella misura dell'85 %. Si censura perciò l'assoluzione operata dai giudici d'appello basandosi su un'asserita inutilità dell'intervento chirurgico nonché della terapia chemioterapica, a fronte dell'ineluttabilità dell'evento. La Corte, infatti, in perfetta adesione con le Sezioni Unite, ricorda che nel giudizio controfattuale si fa riferimento all'evento *hic, nunc et quomodo*. Pertanto "anche a fronte di un evento ineluttabile non può escludersi la responsabilità del medico che non si attivi né porti a conoscenza della malattia, ciò incidendo sulla durata della vita.....in quanto anche l'accelerare la morte equivale a cagionarla, e sicuramente l'inerzia ha escluso ogni possibilità di allungamento della vita, in quanto, esclusa la possibilità di reiterazione della radioterapia, c'erano altre scelte praticabili.....in un giudizio controfattuale emerge infatti l'altissima probabilità, vicina alla certezza, e da considerarsi quindi una certezza processuale, di

224529; Cass. Pen., IV, 14 aprile 2003, Cardillo, in *C.E.D. Cass.*, Ottobre 2003, n. 224581; Cass. Pen., IV, 14 aprile 2003, Cinque e altri, inedita; Cass. Pen., IV, 2 maggio 2003, Guglielmi, inedita.
⁴³⁹ Cass. Pen., IV, 21 gennaio (14 aprile) 2003, De Paula, in *Giust. Pen.*, 2004, II, pag. 67-71; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 471; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 770, pag. 2392-2393.

allungamento della vita con le cure alternative previste dal progresso medico per contrastare il male, ed anche un allungamento in misura temporale non eccessiva è giuridicamente rilevante. In ogni caso l'omissione ha inciso sulla qualità della vita stessa, decisamente degradata per effetto dell'omissione di ogni intervento che poteva operare favorevolmente su di essa”.

La lettura della sentenza di legittimità, tuttavia, non consente neppure in questo caso di fugare ogni dubbio rispetto ad un'integrale applicazione della Franzese: non è, infatti, dato sapere se i giudici di merito partendo dal parametro nomologico pari all'85 %, abbiano poi “concretizzato” tale coefficiente probabilistico prendendo in considerazione l'evidenza disponibile e la peculiare situazione medica della sig. Ancinelli per giungere ad affermare che, con un'altissima probabilità, pari quasi alla certezza, le terapie idonee e tempestive avrebbero scongiurato l'exitus.

Per una concezione rigida della causalità penalmente rilevante sembra optare il Tribunale di Ravenna in una decisione del settembre 2003⁴⁴⁰. Tuttavia, a ben vedere, le cose non stanno proprio così e, ancora una volta, il richiamo *ad abundantiam* a quanto sancito dalle Sezioni Unite, finisce per rappresentare un rispetto meramente formale dei principi ivi stabiliti.

La dott.ssa Mura e altri suoi colleghi venivano tratti a giudizio per rispondere dell'accusa di omicidio colposo ai danni di Edward Minguzzi, paziente dalla lunga storia psichiatrica e affetto da un disturbo di personalità di tipo borderline. Il ragazzo, assistito presso la “residenza aperta” di Brisighella, si suicidava durante un'uscita dalla struttura, uscita che era stata autorizzata dagli stessi medici che lo avevano in cura. Va premesso che i giudici di primo grado escludono ogni profilo di colpa in capo agli imputati, sia in relazione ad una presunta omessa sorveglianza, che in relazione all'autorizzazione ad uscire dalla residenza di Brisighella senza la presenza di alcun accompagnatore. I consulenti e i periti, infatti, hanno sostenuto la correttezza sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico della condotta dei prevenuti, anche alla luce dell'evoluzione

⁴⁴⁰ “Trib. Ravenna – Sez. Faenza – 29 settembre 2003, est. Messini D'Agostini, imp. Mura, in *Giur. mer.*, 2004, pag. 1217; in *Foro It.*, 2004, II, pag. 566 – 581, con nota di G. Fiandaca.

legislativa in tema di assistenza psichiatrica, a seguito dell'entrata in vigore della l. 180/78, nota anche come legge Basaglia, che ha comportato il passaggio da un'assistenza al malato di tipo sostanzialmente contenitivo ad un sostegno di carattere prettamente terapeutico.

Tuttavia i giudici decidono comunque di soffermarsi sul problema causale, che pure non ha ripercussioni pratiche sulla vicenda, proprio in virtù della mancanza di ogni profilo di colpa. Si legge nella sentenza che, per accertare la sussistenza del nesso eziologico, ci si deve chiedere se un provvedimento di sospensione del permesso sarebbe stato idoneo ad impedire il verificarsi del suicidio del Minguzzi. A tale domanda i giudici danno una risposta negativa, sottolineando che “con una sospensione del permesso di uscire (da solo), Edward ben avrebbe potuto togliersi la vita, allontanandosi per breve tempo dal gruppo, ovvero dopo aver fatto ritorno alla residenza, senza bisogno neppure di attendere la revoca del provvedimento punitivo, atteso che da quella struttura, ove era volontariamente ricoverato, il giovane avrebbe trovato il modo di uscire senza grandi difficoltà; ma soprattutto – se tali erano il suo stato d'animo e la sua intenzione – Edward avrebbe potuto compiere il tragico gesto con modalità diverse, magari analoghe a quelle già sperimentate sei mesi prima, del tutto svincolate dalla sospensione del permesso, evento evitabile solo con una non consentita custodia del paziente, che non poteva essere sottoposto a <stretta sorveglianza>”.

Ed è proprio dalla lettura di questo passo, dall'analisi del ragionamento ivi compiuto dai giudici ravennati, che emerge in tutta evidenza una macroscopica incongruenza rispetto alla Franzese. Infatti, le Sezioni Unite hanno chiaramente affermato che l'azione o l'omissione devono essere rapportate non all'evento inteso in senso generale ed astratto (nel caso di specie, ad esempio, al suicidio realizzato in qualsiasi tempo, luogo o con le più disparate modalità), bensì all'evento individuale e concreto, definito nelle sue concrete coordinate modali, spaziali e temporali⁴⁴¹.

⁴⁴¹ La scelta delle Sezioni Unite è peraltro in linea con le più autorevoli correnti dottrinali. Si vedano, tra i tanti, Fiandaca-Musco, “Diritto Penale. Parte Generale”, 4° ed. agg., Bologna, 2006,

Altro profilo che, a mio parere, non può reputarsi del tutto in linea con l'insegnamento delle Sezioni Unite è quello in cui i giudici ravennati sostengono che “la responsabilità professionale nel settore degli interventi psichiatrici va doverosamente affrontata in modo diverso (ed assai più rigoroso, con un più grave onere probatorio a carico dell'accusa) rispetto agli altri campi della medicina, avuto riguardo sia alla ricordata evoluzione legislativa sia – ancor prima – al minor grado di <certezza> che nella psichiatria notoriamente si è sinora raggiunto rispetto alle conoscenze acquisite negli altri settori della stessa scienza”.

Questo tipo di ragionamento, infatti, si scontra inequivocabilmente con l'affermazione della Franzese secondo cui, pretese difficoltà di prova, non possono mai legittimare un'attenuazione del rigore nell'accertamento del nesso di condizionamento necessario, e dunque una nozione debole della causalità. La valutazione in ordine alla sussistenza o meno del nesso eziologico va dunque operata secondo gli ordinari criteri processuali, valevoli per qualsiasi altro elemento del reato: si tratta di criteri di tipo oggettivo, nei quali non vi è spazio per giudizi “di valore”, che in passato facevano il loro ingresso nelle aule dei tribunali per i continui richiami all'importanza della salute e della vita umana.

4. La sentenza Guida e la sentenza Ferrari: l'ossequio meramente formale alle Sezioni Unite.

Anche la Corte di legittimità, in un caso per certi versi simile a quello affrontato dal Tribunale ravennate, si discosta in modo alquanto discutibile dagli insegnamenti delle Sezioni Unite. Non a caso, secondo la stessa rassegna della giurisprudenza di legittimità, curata dall'Ufficio del Massimario della Suprema Corte di Cassazione, la sentenza che andiamo ad analizzare⁴⁴² rappresenta “un

pag. 206; F. Stella, “Giustizia e modernità. La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime”, Giuffrè, Milano, 2002, pag. 328 e ss.

⁴⁴² Si tratta di Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), Guida, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 231–249; *ivi*, pag. 1246–1263, con nota di M. Maspero, “Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra”; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 626-630; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2854-2871, con nota di M. Zanchetti, “Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione”; in *Guida al diritto*, 2004, n. 15, pag. 96; in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 556-557; *ivi*,

particolare caso di deviazione dal *dictum* delle Sezioni Unite”, essendo caratterizzata soltanto da “un formale ossequio all’insegnamento della citata pronuncia Franzese”⁴⁴³.

I fatti oggetto della pronuncia possono essere così sintetizzati. Il dott. Augusto Guida, medico curante di Clara Piccinetti e direttore della casa di cura *open door* presso cui la donna era ricoverata a causa di una sindrome depressiva psicotica, affida la paziente alla volontaria Maria Morandi per accompagnarla in una passeggiata al di fuori della clinica. La Piccinetti si fa condurre nell’abitazione dell’accompagnatrice, situata al quarto piano e, recatasi da sola in bagno, si getta dalla finestra, procurandosi un forte politraumatismo da cui deriva l’immediato decesso.

Il Tribunale monocratico di Como⁴⁴⁴, con sentenza integralmente confermata dalla Corte d’Appello di Milano, che fa proprie le argomentazioni fattuali e giuridiche ivi contenute, condanna per il delitto ex art. 589 c.p. il dott. Guida, individuando nella sua condotta i profili di colpa consistiti nell’aver affidato la paziente ad un’accompagnatrice priva di competenze infermieristiche, senza aver fornito all’operatrice specifiche e dettagliate informazioni sullo stato mentale della donna (in particolare sui tre precedenti tentativi di suicidio). Un’ulteriore censura viene ravvisata nella decisione di aver consentito che la paziente uscisse dalla clinica pur non avendo ancora superato la fase di latenza del trattamento psicofarmacologico antidepressivo, con conseguente aumento del rischio suicidario.

I difensori del Guida propongono ricorso per Cassazione contestando, in particolare, le modalità di accertamento del nesso eziologico e lo stravolgimento dei principi della Franzese. La IV Sezione, tuttavia, respinge le doglianze,

2004, pag. 1143 e ss, con nota di G. F. Iadecola; in *Foro It.*, 2004, II, pag. 566 – 581, con nota di G. Fiandaca.

⁴⁴³ Corte Suprema di Cassazione, Ufficio del Massimario, Rassegna della giurisprudenza di legittimità: la giurisprudenza delle Sezioni Unite penali della Corte di Cassazione (anni 2002-2004), Roma, 15 gennaio 2005. *Contra*: G. F. Iadecola, “Nota a Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), Guida”, cit., pag. 1148.

⁴⁴⁴ Trib. Como, 13 novembre 2000 (9 febbraio 2001), in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 907-955, con nota di Maspero, “Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?”.

difendendo la correttezza del ragionamento logico-giuridico che ha portato all'affermazione di responsabilità del medico.

Anzitutto è interessante notare come la Corte ritenga non necessaria l'applicazione dei principi dettati dalle Sezioni Unite. Si legge infatti che la sentenza Franzese “non è ... direttamente invocabile nel caso di specie, dove, a tacer d'altro, il profilo della colpa che interessa presenta anche e prevalentemente i caratteri della colpa commissiva (per aver l'imputato consentito l'uscita dalla casa di cura della paziente)”. Tale affermazione tuttavia non è assolutamente condivisibile, sia sotto un profilo fattuale che sotto un aspetto giuridico. Quanto al primo aspetto, infatti, la Corte contraddice sé stessa nella parte in cui ha individuato la colpa del dott. Guida essenzialmente nel non aver fornito complete e adeguate informazioni all'accompagnatrice, riconoscendo l'impossibilità di configurare in capo allo psichiatra un obbligo di trattenere la paziente all'interno della clinica contro la sua volontà⁴⁴⁵. In secondo luogo non è stato mai messo in discussione il fatto che, nell'accertamento causale, lo standard probatorio dell'oltre ogni ragionevole dubbio, così come delineato dalle Sezioni Unite, sia valido tanto per la causalità commissiva che per quella omissiva⁴⁴⁶.

Peraltro, a prescindere da tale osservazione preliminare, la IV Sezione afferma che si è comunque fatta corretta applicazione dei principi di certezza processuale e di “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica” enunciati nel 2002. In realtà, però, una lettura attenta della sentenza mette in dubbio tale ferma conclusione.

In primo luogo pare condivisibile la doglianza dei difensori del Guida secondo i quali, la pronuncia avrebbe snaturato il principio fondante della

⁴⁴⁵ In particolare si legge: “Non può sostenersi...che la Corte di merito abbia basato la decisione su una ricostruzione dei rapporti tra medico e paziente non autorizzata dalla L. 180/1978. E' vero il contrario, giacché la scelta del sanitario di accedere all'uscita dalla struttura della paziente è stata dal giudicante valutata positivamente. E non poteva essere altrimenti giacché la coercizione del malato avrebbe potuto ammettersi solo in presenza delle condizioni per il trattamento sanitario obbligatorio, qui all'evidenza insussistenti”. Le considerazioni che precedono evidenziano che la sentenza si segnala anche per i profili relativi alla responsabilità dello psichiatra in seguito all'avvento della l. 13 maggio 1978, n. 180.

⁴⁴⁶ Abbiamo anzi ricordato le posizioni, per vero isolate, di autorevoli studiosi della materia (cfr. P. Veneziani, L. Maserà), secondo i quali, in realtà, la Franzese può trovare una completa applicazione solo in ipotesi di condotta attiva.

decisione delle Sezioni Unite: come abbiamo più volte ripetuto, tale pronuncia ha sancito l'identificazione del concetto di causa penalmente rilevante con quello di *condicio sine qua non*, di condizione necessaria, e ha contestualmente espresso un netto rifiuto del criterio dell'aumento o della mancata diminuzione del rischio. A quest'ultimo criterio, infatti, le Corti di merito e, per espresso richiamo, la stessa Cassazione, danno di fatto applicazione. La motivazione in ordine alla causalità si riduce, infatti, all'affermazione secondo cui, l'uscita dalla casa di cura della Piccinetti, avrebbe determinato un *aumento del rischio* che la paziente ponesse in essere un ennesimo gesto di autosoppressione. Tale *rischio* di recidiva non vi sarebbe stato se il dott. Guida avesse adeguatamente informato, come avrebbe dovuto e potuto, l'assistente volontaria delle condizioni del paziente. Non è dunque ben chiaro come la Cassazione possa reputare correttamente motivata una sentenza in cui nulla si dice sulla sussistenza processualmente certa del nesso causale che non si riduca a un mero riferimento all'aumento del rischio di verificarsi dell'evento, un evento reputato prevedibile ed evitabile.

Anche rispetto ai concetti di prevedibilità ed evitabilità, non può sottacersi che dalla pronuncia emerge una certa confusione: infatti, laddove si afferma che “si è fatta corretta applicazione dei principi in tema di nesso di causalità, con particolare attenzione alla prevedibilità ed evitabilità dell'evento dannoso”, si sta dimenticando che i criteri di prevedibilità ed evitabilità dell'evento dannoso attengono alla valutazione della colpa, o meglio all'accertamento del duplice nesso tra condotta colposa ed evento, accertamento che deve essere tenuto ben distinto da quella relativo alla causalità materiale⁴⁴⁷.

Un altro profilo che evidenzia una netta distanza dalla Franzese è quello che attiene al parametro di riferimento utilizzato per compiere il giudizio controfattuale che deve essere rappresentato da una legge di copertura, sia essa una legge scientifica, sia essa una generalizzata regola d'esperienza. I giudici, dunque, nell'accertare la causalità, avrebbero dovuto chiedersi se esiste una legge della psichiatria secondo la quale sempre o quasi sempre, la mancata adozione di

⁴⁴⁷ M. Zanchetti, “Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione”, cit., pag. 2869.

un esteso sistema di vigilanza, compreso il divieto di allontanarsi dalla casa di cura, è seguito dal suicidio dei malati. La risposta a tale domanda la si trova nei manuali di psichiatria, in cui non vi è traccia di una legge a carattere statistico, e men che meno universale, che ricollegli i casi di suicidio all'assenza di sistemi di vigilanza più o meno estesi⁴⁴⁸. Viene dunque a mancare la stessa base scientifica su cui fondare una valutazione di causalità c.d. generale, senza la quale si rischia di ricadere nell'apprezzamento soggettivo e individualizzante del giudice.

Tutte le osservazioni compiute ci portano a concludere che, quel tributo formalmente reso nella parte conclusiva della sentenza Guida al concetto di condizione necessaria e al criterio della certezza processuale, resta un ossequio meramente formale, espressione di un orientamento giurisprudenziale che svilisce, fino a svuotarlo, il contenuto più profondo della Franzese.

Un altro caso, a mio parere emblematico, di come si possa richiamare la Franzese, dichiarando di uniformarsi ai principi in essa sanciti, per poi invece violarne sistematicamente lo spirito e l'essenza, è quello affrontato nella sentenza Ferrari⁴⁴⁹.

Il caso vede come sfortunato protagonista il piccolo Giorgio Giovelli, di un anno e tre mesi, che manifesta ripetuti episodi di diarrea, vomito e perdita di peso. Secondo la ricostruzione dei fatti operata dai giudici di merito, il pediatra, dott. Ferrari, non informa i genitori, che l'avevano contattato telefonicamente, dei rischi di disidratazione. Egli inoltre avrebbe eseguito con ritardo la visita domiciliare, nel corso della quale, peraltro, non rilevava alcuni dati fondamentali per porre la corretta diagnosi di disidratazione, ritardando così anche il ricovero presso un'idonea struttura ospedaliera. Da tali colpevoli ritardi erano derivate al bambino lesioni personali, consistite in tetraparesi spastico distonica, paralisi

⁴⁴⁸ Maspero, "Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?", cit., pag. 941. Si riportano, inoltre, i dati statistici in base ai quali, l'applicazione ventennale della legge Basaglia e del relativo trattamento *open door*, privo dei sistemi di vigilanza, non è stato seguito dall'aumento del numero dei suicidi.

⁴⁴⁹ Cass. Pen., IV, 23 giugno (13 ottobre) 2004, n. 40183, Ferrari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

pseudobulbare con anartria e disfagia, ritardo cognitivo, epilessia generalizzata in esito di danno anossico cerebrale.

Tra i motivi di doglianza avanzati dal difensore del Ferrari nel ricorso per Cassazione, vi è anche quello di un'errata interpretazione, da parte dei giudici merito, della nota sentenza Franzese. La IV Sezione tuttavia, richiamati i passaggi essenziali della pronuncia del 2002, respinge il ricorso ritenendo che “la sentenza di appello ha ben fatto uso dei principi espressi dalle SS. UU. , compiendo un'indagine: a) sulla circostanza se l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato con minore intensità lesiva, se il medico non avesse omesso la condotta opportuna; b) se vi sia stata l'interferenza di altri fattori alternativi esterni, per sincerarsi che l'omissione del medico sia stata condizione necessaria dell'evento; c) sull'esclusione di qualsiasi ragionevole dubbio sull'efficienza causale della condotta omissiva contestata al sanitario”.

Se si scorre la motivazione, però, balzano agli occhi delle incongruenze. Indubbiamente condivisibile è la sentenza di merito nella parte in cui procede all'esclusione di fattori interagenti, ritenendo che non sia possibile addossare alcuna responsabilità ai parenti del piccolo Giorgio, che hanno anzi agito con tempestività. In linea con la Franzese appare anche il riconoscimento della possibilità di utilizzare, nel compiere il giudizio controfattuale, non solo le leggi di copertura che indicano percentuali di guarigione pari o prossime al 100%, ma anche leggi dai coefficienti statistici medio - bassi. Nulla quaestio, dunque, sul fatto che si sia adoperata una legge scientifica secondo la quale, anche in caso di intervento tempestivo e corretto da parte del Ferrari, l'evento lesivo avrebbe potuto verificarsi con possibilità pari al 25% (come ritenuto dalla Corte territoriale) ovvero pari al 30% (come indicato dal ricorrente).

Ciò che invece, a mio giudizio, è contestabile è il fatto che ci si sia fermati a tale valutazione statistica. Infatti, pur sottolineando che la Franzese ha “ridimensionato” il ruolo delle leggi statistiche⁴⁵⁰, richiedendo un giudizio di c.d. probabilità logica, né i giudici di merito, né la Cassazione indicano sulla base di

⁴⁵⁰ Si legge, infatti, “alla mera operazione matematica va sostituita una metodologia concreta in cui la statistica e le leggi scientifiche possono essere di supporto, ma non decisive”.

quali emergenze del caso concreto si è raggiunta la certezza processuale che il piccolo Giorgio si sarebbe salvato e che, dunque, non sarebbe rientrato in quel 25-30% dei casi in cui anche le cure più adeguate non avrebbero scongiurato le lesioni. Ciò che è certo è che non può esser ritenuto sufficiente, ai fini di una congrua motivazione, affermare che: “il giudice di appello ha correttamente ritenuto le omissioni di un tempestivo intervento di infusione di sostanza reidratante, da effettuare in ambiente ospedaliero, e l'imperizia di diagnosticare, anche per negligenza, e cioè sottovalutazione del caso, in tempo più rapido le insidiose forme della malattia, si pongono come antecedenti causali penalmente rilevanti ex art. 40 c.p.”.

5. L'impossibilità di valutare la conformità alla Franzese: la sentenza Verri e il caso Tranquilli.

Nel panorama giurisprudenziale analizzato non mancano neppure sentenze in cui l'assoluta brevità e superficialità delle motivazioni impediscono a chi legge di valutare la correttezza dell'accertamento compiuto dai giudici. Emblematica in proposito è la sentenza Verri, depositata il 7 maggio 2004⁴⁵¹. La dinamica dei fatti alla base della pronuncia ricorda il celebre caso della levatrice citato dal Carrara⁴⁵²: Annabella Verri, ostetrica, viene condannata per l'omicidio del nascituro Federico Stagnani, poiché, nonostante il monitoraggio del tracciato cardiocografico segnalasse dati univocamente indicativi di una sofferenza fetale, la donna ometteva di avvertire tempestivamente i sanitari e di sollecitare il loro intervento. La difesa della donna censurava la condanna, deducendo sia l'insussistenza di una posizione di garanzia in capo alla Verri⁴⁵³, sia lo scorretto accertamento del nesso causale. Riguardo a quest'ultimo profilo, la IV Sezione, richiamato il definitivo orientamento delle Sezioni Unite, a cui afferma di voler

⁴⁵¹ Cass. Pen., IV, 29 gennaio (7 maggio) 2004, n. 21709, Verri, in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 775; in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 4024 e in *Giust. Pen.*, 2005, II, pag. 565 e ss.

⁴⁵² Carrara, “Opuscoli di diritto criminale”, 6 ed., III, Firenze, 1910, cit.

⁴⁵³ A tale doglianza la Corte risponde individuando la fonte della posizione di garanzia nell'art. 8 del D.M. 15.09.1975 e nell'art. 4 del D.P.R. 07.03.1975, n. 163, dai quali emerge che “l'ostetrica che abbia avuto sotto la propria assistenza e controllo una partoriente, deve sollecitare tempestivamente l'intervento del medico appena emergano fattori di rischio per la madre e comunque in ogni caso di sofferenza fetale”.

aderire, si limita ad affermare che “le argomentazioni sul punto articolate nell’impugnata sentenza soddisfano ampiamente le esigenze di verifica testé prospettate, alla luce delle inequivoche osservazioni tecniche fornite dai consulenti del P. M. con adeguato richiamo a principi scientifici e sanitari, che questa Corte ritiene esaustivamente condivisibili”.

E’ del tutto evidente che l’ermeticità di tale affermazione, temperata solo in parte dalla specificazione in ordine all’esclusione di fattori causali alternativi⁴⁵⁴, non consente, a chi legge solamente la sentenza di legittimità, di individuare i presupposti medici, scientifici e fattuali sui quali si fonda la piena condivisione delle argomentazioni utilizzate dai giudici di merito. A mio parere, dunque, una motivazione di questo tipo rende estremamente arduo, se non impossibile, capire se, sia in sede di merito che nella fase di legittimità, siano stati o meno rispettati i principi di diritto fissati dalle Sezioni Unite⁴⁵⁵. E quel che ai miei occhi pare tanto più censurabile è che questo tipo di valutazione sia preclusa non soltanto ai cultori della materia, ma soprattutto alle stesse parti coinvolte nel processo, in primis gli stessi imputati, a cui invece dovrebbe essere garantita una più congrua e articolata risposta alle censure avanzate nel ricorso.

⁴⁵⁴ Riguardo a quest’ultimo profilo, infatti, si legge che la sentenza impugnata è del tutto pertinente e completa nella parte in cui “esclude la concorrenza di fattori causativi nel meccanismo causativo dell’evento letale, evidenziando che il bambino non presentava patologie o malformazioni di sorta”.

⁴⁵⁵ Osservazioni e perplessità analoghe suscita la lettura di un’altra sentenza, sempre della Sez. IV (si tratta di Cass. Pen., IV, 18 marzo - 28 maggio 2004, n. 24049, Montemagno e altri, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009). Il caso attiene alle lesioni cagionate a una donna sottoposta ad un intervento chirurgico di asportazione della cisti ovarica destra., a causa dell’incompleta asportazione della cisti stessa. Successivamente alle dimissioni la paziente presenta peritonite, completa necrotizzazione dell’ovaio destro e parziale necrosi della metà distale dell’appendice, del sigma retto e dell’epiplon che rendono necessario un nuovo intervento chirurgico. Tra le varie censure avanzate dai difensori degli imputati, si lamenta anche la nullità della sentenza perché i giudici di merito non avrebbero effettuato il giudizio controfattuale. La Corte, ed è questo il passaggio motivazionale su cui si appuntano le mie critiche, sostiene che “è quindi vero che la Corte di merito non ha espressamente compiuto il giudizio controfattuale...ma questo giudizio si ricava implicitamente dal complesso della motivazione”. Quel che ci si deve dunque chiedere è: può considerarsi coerente col preminente ruolo attribuito dalle Sezioni Unite al giudizio controfattuale il fatto che esso sia svolto in maniera del tutto implicita?

Un altro caso che suscita analoghe perplessità è quello che vede protagonista il ginecologo Tranquilli⁴⁵⁶, tratto a giudizio con l'accusa di lesioni personali gravissime ai danni di Marzia Catena, per aver ritardato la diagnosi di gravidanza extrauterina. Il Giudice Monocratico del Tribunale di Ancona confermava solo in parte l'impianto accusatorio, addebitando al medico solo il profilo di colpa consistente nell'errata lettura del tracciato ecografico eseguito il 6 luglio 1998 e dunque lo riteneva responsabile solo dell'evento anemico post-emorragico e non dell'asportazione della tuba ovarica sinistra che, a quel punto, appariva inevitabile. In appello, invece, anche tale più grave evento lesivo veniva addebitato al medico, poiché si riteneva che l'esatta diagnosi potesse essere posta già prima del momento dell'esecuzione dell'ecografia, ossia al momento della visita del 24 giugno, se solo il medico avesse valutato correttamente i dati relativi al tasso di crescita dell'ormone BHCG.

La difesa dell'imputato censura tale decisione sottolineando che la Corte di merito si sarebbe affidata al proprio soggettivo convincimento, anziché al parere del perito d'ufficio, nel definire colposa la condotta del ginecologo in relazione all'interpretazione dei valori ormonali e nel ritenere tale condotta causalmente legata all'evento dell'asportazione della tuba; senza peraltro tener conto dell'implicazione di possibili altri fattori interagenti in via alternativa. Anche rispetto al secondo addebito (relativo all'erronea lettura del tracciato ecografico), i giudici di merito non avrebbero condotto l'indagine causale in termini di alto grado di credibilità razionale, non specificando neppure il momento preciso di insorgenza e del fatto emorragico e del fatto anemico.

La IV Sezione, nella sentenza qui richiamata, dopo essersi soffermata analiticamente sugli elementi idonei a ritenere colposa anche la condotta del Tranquilli relativa alla prima visita eseguita a giugno, indicando tutti gli elementi idonei a fondare il sospetto di una gravidanza extrauterina, passa ad analizzare il

⁴⁵⁶ Cass. Pen., IV, 6 dicembre 2005 (16 febbraio 2006), Tranquilli, n. 5971, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

profilo causale. Anche tali doglianze difensive vengono respinte, ritenendosi che la sentenza gravata sia in linea con la Franzese, come emergerebbe dalle stesse “proposizioni usate in sentenza dai giudici di appello, i quali, avendo escluso l’interferenza di altri fattori alternativi, hanno sottolineato di aver raggiunto la certezza processuale sull’esistenza del rapporto di causalità”. Nessun dubbio vi sarebbe neppure circa il momento di insorgenza dell’emorragia interna, collocato con certezza prima del 7 luglio 1998.

Sebbene, a una prima lettura, le risposte dei giudici di legittimità possano apparire esaustive, in realtà non mancano gli interrogativi irrisolti. Non è infatti dato sapere quali siano e, sulla base di quali elementi, sia stata esclusa l’interferenza di fattori alternativi; non viene indicata chiaramente quella legge di copertura in base alla quale la tempestiva diagnosi avrebbe scongiurato, e in che percentuale, le lesioni; non sono indicate le emergenze del caso concreto in base alle quali poter affermare con certezza che l’evoluzione sarebbe stata positiva. Quindi, anche se non si può dire che vi sia stata una palese violazione della Franzese, a mio giudizio, di fronte ad un’esplicita censura relativa all’accertamento causale, le risposte fornite dalla Corte non possono, neppure in questo caso, reputarsi del tutto soddisfacenti, essendo invece auspicabile una risposta più dettagliata e precisa.

6. Sentenze che si allontanano da alcuni parametri della Franzese.

A distanza di anni dall’intervento delle Sezioni Unite si continuano a riscontrare, sia nelle pronunce di merito che in quelle di legittimità, decisioni palesemente contrastanti rispetto alle regole definite dalle Sezioni Unite. Ciò accade anche quando i giudici mostrano di conoscere quanto affermato nel 2002, anzi ne richiamano perfino le direttive principali non riuscendo però a coglierne la reale portata. Emblematica in tal senso è una decisione del Tribunale di Massa⁴⁵⁷

⁴⁵⁷ Trib. Massa, sez. dist. Di Carrara, 15.1.2005, Est. Ferri, Imp. S.C., in *Riv. Pen.*, n. 12/2005, pag. 1376-1383. Il caso verrà poi deciso in Cassazione con la sentenza della Sez. IV, 14 ottobre (9 dicembre) 2008, Cristallini, n. 45501, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

che vede imputata la dott.ssa S. C., medico specialista in radiologia, per le lesioni personali gravissime cagionate a G. G.. Si legge nella sentenza che la G. G. si era recata dalla dott.ssa per sottoporsi ad un esame clinico di eco mammaria bilaterale, all'esito del quale il medico si era limitata a diagnosticare un' "area ipoecogena verosimilmente dovuta a cisti", invitando la paziente a ripetere il controllo dopo un anno. Dopo soli cinque mesi, però, la donna coglieva segni preoccupanti con l'autopalpazione e si sottoponeva a un nuovo esame che evidenziava una formazione tumorale. G. G. subiva dunque l'asportazione totale della mammella destra con immediata ricostruzione; inoltre, considerato che la malattia aveva interessato anche il fegato, causando lesioni epatiche secondarie, veniva sottoposta a un ciclo di chemioterapia.

Il Giudice individua in modo esente da censure i profili da cui emerge, sulla base di approfondite indagini peritali, l'imprudenza e la negligenza del comportamento tenuto dalla dott.ssa S. C., indicando con precisione il comportamento doveroso omesso, sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico. Del pari condivisibile è il modo con cui si risponde alla censura difensiva secondo la quale quello che aveva colpito la G. G. era un tumore maligno di tipo esplosivo, che quindi era sorto successivamente alla visita e agli esami effettuati dall'imputata: per escludere questo fattore causale alternativo si richiama la legge scientifica secondo cui "quel tipo di tumore alla mammella scientificamente nella maggior parte dei casi (99%) non è esplosivo ma graduale". A tale dato scientifico si accompagnano poi le valutazioni dei periti in relazione alle immagini dell'ecografia, da cui emergevano chiaramente dei segni meritevoli di attenzione.

Corretta è anche la considerazione dell'evento penalmente rilevante. Si sottolinea, infatti, che seppure le omissioni dell'imputata non hanno "indotto una modificazione della storia naturale della malattia *quoad vitam*", hanno comunque inciso sulla pianificazione della strategia terapeutica, influenzando la prognosi temporale e la qualità della vita della signora G. G.. L'evento lesivo viene dunque correttamente collocato nella sua dimensione spaziale e temporale, dandosi inoltre

preminente rilievo alle modalità della sua verifica, in perfetta adesione a quanto espresso dalla Franzese.

Il Giudice, tuttavia, se ne discosta notevolmente laddove, pur richiamando i ragionamenti delle Sezioni Unite, di fatto mostra piena adesione a quel criterio, ripudiato nel 2002, delle serie ed apprezzabili probabilità di successo. L'adesione a tale parametro di accertamento viene inoltre legittimata proprio sulla base delle medesime argomentazioni che tanto avevano avuto seguito nella giurisprudenza degli anni Novanta: si sottolinea, infatti, l'importanza del bene tutelato, ossia la vita umana, e si rimarcano le differenze di natura tra causalità attiva e causalità omissiva. Dunque anche questa sentenza, al di là dei profili meritevoli di piena condivisione, rappresenta l'ennesimo passo indietro rispetto al percorso intrapreso dalle Sezioni Unite.

Il passo del gambero è stato compiuto anche dalla Corte di legittimità in una pronuncia⁴⁵⁸ che per la verità ha suscitato commenti alquanto divergenti. Da un lato, infatti, vi è chi l'ha indicata come “un esempio di scuola di concreta applicazione della <cultura delle prove>”⁴⁵⁹, dall'altro vi è chi, invece, la considera “un passo indietro rispetto alla ricostruzione delle Sezioni Unite”⁴⁶⁰. Tale profonda diversità di giudizi è frutto di una separata analisi dei diversi profili della decisione.

Il caso sottoposto all'attenzione della IV Sezione vede imputato il dott. Nobili, medico chirurgo vascolare, che ha assistito in seguito ad un grave incidente stradale in cui aveva riportato gravi lesioni Anna Riva. La donna

⁴⁵⁸ Si tratta di Cass. Pen., IV, 25 novembre 2004 – 25 maggio 2005, n. 19777, Nobili, in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 1063-1070, in *Cass pen.*, 2006, pag. 2126-2139, con nota di F. Centonze, “La cultura delle prove e la causalità omissiva nella giurisprudenza della quarta sezione della Suprema Corte di Cassazione”, in *La Giustizia Penale*, 2006, II, pag. 462; in *Riv. It. med. leg.*, n. 4/2006, pag. 963/976 con nota di A. Fiori, Marchetti, “L'accertamento del nesso causale in sede penale, con certezza allo stato delle conoscenze scientifiche del momento storico” e in *Foro It.*, 2006, II, pag. 620-637 con nota di A. R. Di Landro, “La giurisprudenza in tema di responsabilità professionale segue i principi affermati dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese? Due nuovi esempi di causalità more iuridico dimostrata”.

⁴⁵⁹ F. Centonze, “La cultura delle prove e la causalità omissiva nella giurisprudenza della quarta sezione della Suprema Corte di Cassazione”, cit., pag. 2133.

⁴⁶⁰ G. Amato, “Al giudice spetta il compito di verificare la presenza di eventuali fattori alternativi”, in *Guida al diritto*, 2005, n. 44, pag. 71 e ss..

decedeva, ventisei giorni dopo il ricovero, a causa di una “trombo/embolia polmonare da trombosi venosa della vena femorale e iliaca sinistra”. Il dott. Nobili veniva condannato sia in primo che in secondo grado. Si riteneva, infatti, che il medico, in occasione dell’unica visita della paziente avesse colposamente sottovalutato il quadro clinico della Riva, non disponendo i necessari accertamenti diagnostici, in particolare l’esame doppler agli arti inferiori, che avrebbe consentito di accertare la trombosi venosa e di praticare la corretta terapia. Richiamandosi i principi dettati dalle Sezioni Unite, si riteneva sussistente anche il nesso causale tra tale omissione e l’*exitus*, sulla base della considerazione che “gli esperti sono stati concordi nell’indicare in una diagnosi certa e tempestiva seguita da una terapia adeguata i consueti strumenti atti ad evitare l’esito infausto nella maggior parte delle trombosi venose profonde”.

Propone ricorso per cassazione la difesa del Nobili che deduce inosservanza ed erronea applicazione della legge penale, in relazione all’art. 40 c.p., nonché manifesta contraddittorietà della motivazione sempre in relazione alla ritenuta sussistenza del nesso causale. In subordine chiede si dichiarò l’estinzione del reato per prescrizione.

I giudici di legittimità, pur rilevata la prescrizione del reato, ritengono che il fatto non sussista e assolvono l’imputato nel merito, annullando senza rinvio la sentenza impugnata. Essi infatti affermano che i giudici di merito non sono stati in grado di provare la violazione di una generalizzata regola di esperienza da parte del dott. Nobili, perché dalla lettura della consulenza tecnica non si è in grado di dire che, al momento della visita, fosse già in atto il trombo femorale. Pertanto se la trombosi poteva non essere diagnostica non tanto per un errore del medico quanto perché ancora non era presente, si ritiene del tutto evidente l’insussistenza di ogni profilo di colpa.

Si rimarca che già questa considerazione precluderebbe ogni successiva valutazione in ordine al nesso causale. Tuttavia, per puro scrupolo, la Corte analizza anche questo profilo, compiendo una serie di ragionamenti alquanto interessanti, che la portano a concludere che i giudici di merito hanno, ancora una

volta, mostrato un ossequio meramente formale a quanto affermato nella sentenza delle Sezioni Unite.

Pregevole è la sentenza nella parte in cui richiama i termini della *vexata quaestio* sul nesso causale nei reati omissivi prima dell'intervento a Sezioni Unite e delinea con chiarezza e puntualità i criteri risolutivi elaborati nel 2002. Altrettanta condivisione merita il passo in cui si individua il limite principale della pronuncia di merito che ne determina l'annullamento: si sottolinea, infatti, che ci si è avvalsi del mero dato statistico ("la maggior parte dei casi") senza però calarlo nel caso concreto, tenendo conto di tutte le circostanze e dell'evidenza disponibile. I giudici di merito, quindi, riprendendo un vizio che aveva per lungo tempo caratterizzato la giurisprudenza più antica, confondono e sovrappongono le probabilità *ex ante* con la prova del rapporto causale. Se infatti non v'è nulla da contestare rispetto all'esistenza di una legge universale (o quasi universale), secondo la quale "tutte le volte che viene eseguito un esame ecodoppler questo rivela la presenza di un trombo", si deve però rimarcare che questa nuda statistica non è sufficiente per ritenere raggiunta la prova della causalità individuale o particolaristica. Tale probabilità astratta deve essere concretizzata nella singola fattispecie, dovendosi anzitutto dimostrare che la trombosi venosa era già in atto al momento della visita del dott. Nobili. Tale accertamento *ex post* manca invece totalmente nella pronuncia gravata in cui dunque si finisce per attribuire esclusivo rilievo a un dato statistico, che, per quanto medio – alto, non è ritenuto sufficiente dalle Sezioni Unite per il raggiungimento della certezza processuale.

Se fin qui i presupposti fondanti l'annullamento possono essere del tutto condivisi, a suscitare perplessità notevoli è l'inciso della decisione in cui si censura la pronuncia di merito perché i giudici "non si sono avvalsi di una legge universale scientifica, né di una legge statistica prossima a cento". Di fatto con tale affermazione si finisce per sminuire e ridimensionare la portata di quella parte della Franzese in cui si legittima il ricorso all'utilizzo di coefficienti medio bassi di probabilità c.d. frequentista, purchè corroborati dal positivo riscontro probatorio circa la sicura non incidenza di fattori causali alternativi. La sentenza Nobili si riavvicina così a quell'orientamento della c.d. certezza elaborato nel

2000, e non è un caso che l'estensore sia ancora una volta Mariano Battisti. Anche la *ratio* portata a fondamento di tale orientamento fa leva su argomentazioni già elaborate in passato da dottrina e giurisprudenza. Si legge in particolare che, al di là del fatto che le leggi universali sono più numerose di quanto possa pensarsi, “il rapporto di causalità è, da alcuni secoli, per il filosofo, per lo scienziato, per lo storico, il rapporto, il nesso, per cui, schematizzando, dato <A>, segue sempre , il giudice, per accertare se una persona deve essere privata del diritto inviolabile della libertà...non può non essere, nel proprio settore, meno culturalmente rigoroso....del filosofo, dello scienziato o dello storico, tanto più che può ben dirsi che il rigore gli è imposto, in ogni caso di accertamento della responsabilità penale, del codice di rito, le cui norme sulla prova....e il cui principio dell'oltre ogni ragionevole dubbio sono incontestabili espressioni di questo rigore”.

E' quindi evidente lo *hiatus* rispetto a quanto sancito dalle Sezioni Unite, per le quali invece la certezza processuale è raggiungibile anche col ricorso a leggi statistiche non dotate di coefficienti prossimi a cento, proprio in virtù di quell'opera di concretizzazione e di esclusione dei fattori causali alternativi che è stata colpevolmente omessa dai giudici di merito nel caso *de quo*.

Un problema di accertamento della causalità individuale si pone anche rispetto ad un'altra pronuncia della Sez. IV⁴⁶¹. Il dott. Candelora, medico del pronto soccorso, e il dott. Costantini, chirurgo, vengono tratti a giudizio con l'accusa di aver cagionato colposamente la morte di Sergio Cattalani, deceduto a causa di una peritonite non diagnosticata. Ai due medici viene addebitata la condotta omissiva consistente nel non aver tenuto in considerazione i dati obiettivi emergenti dalla visita e nel non aver sottoposto il paziente ad una serie di esami strumentali (al di là dell'RX e dell'ecografia), che avrebbero potuto indirizzarli verso la diagnosi più corretta⁴⁶².

⁴⁶¹ Cass. Pen., IV, 3 maggio (29 luglio) 2005, n. 28549, Candelora, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

⁴⁶² I due medici si limitarono, infatti, a dimettere il paziente con diagnosi di sub-occlusione intestinale in stipsi ostinatae a prescrivere clisteri evacuativi a domicilio nonché assunzione di “isocora bustine”.

Contro la pronuncia di condanna propongono ricorso per cassazione le difese dei due imputati, articolando sia censure processuali che di merito. Per quanto riguarda queste ultime l'analisi si appunta sui profili della colpa e del nesso causale. In relazione alla colposità della condotta si respingono le doglianze dei ricorrenti ritenendo che essi si siano limitati a riproporre mere questioni di fatto già affrontate in modo logico e coerente in sede di merito.

Anche per quanto attiene al profilo del nesso causale i giudici di legittimità condividono le conclusioni raggiunte dalla sentenza impugnata. Dopo un breve richiamo a quanto sancito dalle Sezioni Unite, essi affermano infatti che la sentenza sembra aver rispettato tutti i canoni da esse indicati, ritenendo le accertate condotte omissive *condicio sine qua non* dell'evento morte. Corretta sarebbe dunque la conclusione che "tale inescusabile errore diagnostico, se mentalmente rimosso, secondo il procedimento logico, tipico della ricerca, con il necessario criterio *ex ante* e *contra factum*, della colpa medica, avrebbe certamente condotto alla corretta e tempestiva diagnosi di <perforazione da ulcera peptica cronica duodenale>, con la conseguente probabilità di sopravvivenza del Cattalani, stimate dai giudici di merito intorno al 94 %".

Tuttavia, a mio modesto avviso, tale ragionamento non può reputarsi completo. Nella motivazione, infatti, si parla solo di errori diagnostici che, se rimossi, avrebbero consentito la diagnosi, ma non è dato sapere quali sono gli elementi fattuali e qual è la legge scientifica in base alla quale, se vi fosse stata una diagnosi corretta e tempestiva, si sarebbe potuto evitare l'evento morte. La Corte si limita a richiamare una probabilità di sopravvivenza pari al 94 %, ma omette di precisare i passaggi del ragionamento seguito per raggiungere tale conclusione.

Se i giudici di merito abbiano poi nella propria analisi individuato tali elementi ciò non emerge comunque dalla sentenza di legittimità, la cui motivazione non può dunque reputarsi soddisfacente.

Una certa ambiguità nel ragionamento seguito dalla Cassazione si riscontra anche in un'altra serie di pronunce in cui, a causa della stringatezza e laconicità delle argomentazioni elaborate dai giudici, diventa alquanto arduo e

complicato valutare se si siano o meno rispettati i parametri delineati dalle Sezioni Unite⁴⁶³.

Un primo caso⁴⁶⁴, alquanto emblematico, vede imputato per il delitto di omicidio colposo ai danni di Giuseppe Toccaceli il medico anestesista Francesco Mazza. Sia il Tribunale che la Corte d'Appello della capitale condannano il medico ritenendo che egli, nella fase preparatoria di un intervento di resezione trans uretrale della prostata, avesse somministrato un quantitativo di anestetico eccessivo e in una zona troppo elevata. A ciò si aggiungevano gli addebiti consistenti nell'aver fatto cambiare troppo rapidamente la posizione del paziente da seduto a quella per l'intervento e nell'intempestiva somministrazione di farmaci idonei, effettuata per via endovenosa anziché per intubazione.

La difesa del Mazza censurava la sentenza d'appello tramite ricorso per cassazione, che veniva però rigettato. *Nulla quaestio* rispetto ai profili della colpa: del tutto condivisibile è infatti la motivazione laddove, sottolineando i limiti del giudizio di legittimità, ricorda che essi non possono sostituire le proprie valutazioni a quelle dei giudici di merito, nella ricostruzione dei fatti e nella valutazione dei medesimi, qualora la Corte di merito non sia incorsa in alcun vizio di tipo logico. A mio giudizio, invece, non può in alcun modo ritenersi soddisfacente la motivazione in ordine alla sussistenza del nesso causale. Dopo un'ampia premessa avente ad oggetto i principi delle Sezioni Unite, la IV Sezione infatti si limita a sottolineare che “è possibile affermare che i giudici di appello si siano ispirati a questi criteri con argomentazioni che si inseriscono nel percorso giurisprudenziale conclusosi con la sentenza delle sezioni unite perché hanno ritenuto che già le condotte colpose inizialmente contestate costituissero, da sole, *condicio sine qua non* del verificarsi dell'evento che, con l'adozione delle

⁴⁶³ Come esempi di sentenze dalla motivazione eccessivamente succinta, possono richiamarsi, tutte in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009: Cass. Pen., IV, 3 novembre 2004 (4 maggio 2005), n. 16658, Rattazzi; Cass. Pen., IV, 7 giugno (6 ottobre) 2005, n. 36340, Modica; Cass. Pen., IV, 4 maggio (21 ottobre) 2005, n. 38820, Costalaja; Cass. Pen., IV, 27 settembre (21 novembre) 2005, n. 41640, Randazzo.

⁴⁶⁴ Cass. Pen., IV, 21 dicembre 2004 – 16 marzo 2005, n. 10212, Mazza, in *La Giustizia Penale*, 2006, II, pag. 359 e in *Riv. pen.*, 2006, n. 5, pag. 586.

tecniche consigliate dalla letteratura medica non si sarebbe verificato”. A ciò si aggiungono delle brevi considerazioni tese ad escludere sia l’esclusiva rilevanza causale di differenti condotte sia che le cause dell’evento accertate dai giudici di appello contrastino con quelle individuate dai giudici di primo grado.

La laconicità di tali affermazioni è quindi evidente. A fronte di un articolato ricorso difensivo in cui ci si doleva di un’interpretazione del tutto soggettiva dei dati clinici, in cui si sottolineava la mancata individuazione della legge scientifica di copertura, in cui si contestava il fatto che i giudici di merito si sarebbero affidati a meri principi probabilistici, la IV Sezione liquida il problema in tre righe. Pare dunque del tutto tautologico affermare che la Franzese è stata rispettata perché si è accertato che la condotta omissiva del Mazza è stata *condicio sine qua non* dell’evento, senza però evidenziare e richiamare, perlomeno per sommi capi, i dati scientifici e fattuali che hanno consentito ai giudici di merito di giungere a tale conclusione.

Analoghe perplessità suscita la lettura di una sentenza⁴⁶⁵, sempre della IV Sezione, in cui si addebita a due ginecologi la morte per insufficienza respiratoria del neonato Giuseppe Allocca, non avendo gli imputati diagnosticato tempestivamente lo stato di asfissia del feto e non avendo fatto ricorso alla cardiocografia, strumento in grado di rilevare prontamente tale stato di sofferenza fetale.

⁴⁶⁵ Cass. Pen., IV, 24 gennaio (18 maggio) 2005, n. 18548, Miranda e altro, in *Guida al diritto*, 2005, n. 36, pag. 93; in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 761; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 499-500. La pronuncia, più che per il profilo causale, si segnala agli addetti ai lavori per l’affermazione di un principio generale in tema di équipe chirurgiche. Ci si allinea, infatti, alla più recente giurisprudenza secondo cui, “ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi da conoscere e valutare l’attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l’ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio (Cass. 2.3.2004 n. 24036; conforme Cass. 26.5.2004 n. 39062)”. Su tali basi si afferma la responsabilità anche del dott. Cavuoto, medico non specialista in ginecologia, al quale veniva rimproverato proprio di non essere intervenuto, in una situazione che non richiedeva particolari cognizioni specialistiche, sul medico specialista che procedeva al parto naturale, segnalandogli una situazione il cui rischio si era manifestato in modo palese.

Tra le varie doglianze, manifestate dai ricorrenti nel ricorso per cassazione, vi è anche quella relativa all'assenza di colpa e di nesso causale. Per quanto riguarda quest'ultimo profilo si sottolinea, in particolare, che non si sarebbe dimostrato che la sofferenza fetale era insorta nella fase dilatante, anziché in quella espulsiva. La Corte, pur annullando senza rinvio la sentenza impugnata perché il reato è estinto per prescrizione, ritiene che i giudici di merito abbiano correttamente argomentato in ordine alla sussistenza del rapporto eziologico tra comportamento medico ed *exitus* letale. Sicuramente corretto è il ragionamento seguito per escludere le argomentazioni difensive secondo le quali la sofferenza fetale si sarebbe verificata nella fase dilatante o che essa possa essere stata provocata dal cordone ombelicale. La stessa Cassazione, invece, riconosce che la sentenza impugnata, essendo stata pronunciata prima della Franzese, si rifà al criterio della probabilità statistica, ma ritiene che poi, nella sostanza, si sia rispettato il parametro di probabilità logica indicato dalle Sezioni Unite e si sia correttamente operato il giudizio controfattuale. Tuttavia, a ben vedere, proprio il riferimento esplicito a un parametro prettamente statistico, avrebbe richiesto un maggiore approfondimento. Se, infatti, come già sottolineato, si sono correttamente escluse possibili cause alternative dell'evento, non si sono in modo altrettanto soddisfacente individuati quei dati clinici e quelle caratteristiche del caso concreto in base alle quali poter affermare che il tempestivo intervento di parto cesareo avrebbe potuto salvare la vita del neonato, con alto grado di credibilità razionale.

7. Ancora due esempi di violazione sostanziale della Franzese: le sentenze Petramala e Ciardini.

Vede ancora una volta coinvolto un ginecologo un altro caso che, a mio giudizio, testimonia oltre che le difficoltà diagnostico-terapeutiche connesse alla gravidanza e al parto anche una palese violazione degli assunti fissati dalle Sezioni Unite. Durante il ricovero presso la divisione di ostetricia e ginecologia

dell'Ospedale Civile di Cosenza, le condizioni Anna Bonfiglio ⁴⁶⁶, che presentava la sintomatologia di una gestosi gravidica complicata da un ritardato accrescimento del feto, si aggravavano. Il medico di guardia, dott. Petramala, dopo aver disposto il trasferimento della donna dalla sala travaglio ad una stanza di degenza, ometteva però di visitare la paziente e di sottoporla ad esami clinico strumentali. A tale omissione seguiva l'impossibilità di diagnosticare il distacco intempestivo di placenta che comportava l'instaurarsi di una coagulazione intravasale disseminata (CID), con conseguente intervento di isterectomia subtotale e perdita dell'utero.

Sia in primo grado che in appello il medico viene condannato e la sua difesa ricorre per Cassazione affermando che era mancato un collegamento diretto tra ciò che egli aveva fatto, ciò che avrebbe potuto fare e ciò che si era verificato.

A tale censura la IV Sezione risponde affermando che i giudici di merito hanno fatto "puntuale riferimento alle emergenze in punto di fatto acquisite nel procedimento e ai principi di diritto che regolano il nesso di causalità in materia di colpa professionale ed affermati dalle S.U. con la nota sentenza dell'11.9.2002". Tuttavia, se si va avanti nella lettura della sentenza, ci si accorge che ci si è limitati ad indicare quei profili fattuali da cui emerge la colposità della condotta posta in essere dal Petramala, elencando una serie di comportamenti commissivi ed omissivi da lui tenuti (trasferimento nel reparto di degenza, sospensione del monitoraggio, omissione della visita nonostante l'aumento della sintomatologia dolorosa, mancata effettuazione di esami strumentali e di laboratorio). Il passo successivo è stato quello di affermare che tali comportamenti "si posero con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica, come condizioni dell'evento lesivo", poiché se la diagnosi fosse stata tempestivamente formulata non sarebbe stato necessario l'intervento demolitivo di isterectomia. E' però evidente che, così ragionando, l'accertamento sul nesso causale finisce per rimanere completamente assorbito nella valutazione sulla colpa. Si concretizza, in

⁴⁶⁶ Cass. Pen., IV, 8 giugno 2005 (16 marzo 2006), Petramala, n. 9154, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

tal modo, una vera e propria vaporizzazione del nesso causale che, come abbiamo visto, ha caratterizzato la giurisprudenza più risalente e che è stata invece criticata con decisione dalle Sezioni Unite che hanno rivendicato l'autonomia del momento dell'accertamento eziologico, individuando con precisione l'iter da seguire. Dei vari passaggi di tale iter, invece non v'è traccia nella sentenza *de qua*. Non si indica, infatti, la legge scientifica o la massima d'esperienza che individui con precisione i tempi della diagnosi e dell'intervento tempestivo che avrebbero consentito di scongiurare l'isterectomia. Non vengono neppure indicate tutte le caratteristiche specifiche del caso esaminato in grado di far propendere per un'evoluzione positiva della malattia. Non viene insomma compiuto quel necessario giudizio controfattuale richiesto dalla Franzese, non potendosi considerare esaustive sotto questo profilo le scarse affermazioni riportate sopra.

Si caratterizza per la stringatezza della motivazione anche un'altra pronuncia della Sezione IV⁴⁶⁷, in cui, a fronte di un'esplicita censura difensiva, attinente al nesso eziologico e articolata da un ragionamento di ben tre pagine, si risponde con considerazioni che occupano neppure venti righe.

Il 15 marzo 1999, all'Ospedale di Pisa, nasce prima del termine Ginevra Ongaretto, trattenuta nello stesso nosocomio per circa due mesi. Il 27 maggio dello stesso anno la piccola viene nuovamente ricoverata per essere sottoposta ad un intervento di "onfalocèle acutizzato". A seguito dell'operazione, eseguita il giorno successivo al ricovero dal primario, dott. Ciardini, e dalla sua équipe, la bambina manifesta un quadro postoperatorio sempre più ingravescente che porta ad un nuovo intervento in data 30 maggio. In sala operatoria si riscontra la presenza di peritonite sierofibrinosa causata dalla perforazione di un'ansa ileale in corrispondenza del margine antimesenterico. Durante l'intervento la piccola muore per arresto cardiaco a causa di shock settico in corso di peritonite dovuta proprio alla perforazione dell'ansa ileale.

In primo grado il G.U.P. del Tribunale di Livorno assolveva, sia pure con diversa formula, tutti i medici coinvolti. La Corte d'Appello di Firenze, invece,

⁴⁶⁷ Si fa riferimento a Cass. Pen., IV, 12 ottobre (7 dicembre) 2006, Ciardini e altro, n. 40289, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

riformava la pronuncia di primo grado condannando sia il Ciardini, primary del reparto di pediatria ed esecutore dell'intervento, sia il Corsi, chirurgo presso lo stesso reparto che ebbe in cura la bambina dalle 14 alle 20 del 29 maggio; confermava invece l'assoluzione per gli altri medici.

Con una motivazione alquanto articolata si individuavano i differenti profili di colpa nella condotta dei due medici. In particolare, al Ciardini si rimproverava anzitutto di aver eseguito l'intervento pur in assenza di opportune indicazioni; infatti, considerata la fragilità delle condizioni generali della piccola, vista la sua immaturità, e considerato che l'intervento non era urgente, si considerava imprudente la scelta di procedere chirurgicamente in tempi così brevi. A ciò si aggiungeva la mancata diligenza nell'esecuzione di un intervento considerato di *routine* ma che richiedeva particolari precauzioni proprio in considerazione della debolezza della bimba. Si affermava, infatti, che la trafittura o piccola perforazione dell'ansa ileale era da attribuirsi proprio ad un'errata manovra nel corso dell'intervento, essendo da escludere la presenza di altre differenti cause spontanee. Infine si muoveva all'imputato anche il rimprovero di non aver seguito con la dovuta attenzione la fase post-operatoria, considerato anche il suo ruolo di primary nel reparto, omettendo quella vigilanza e quegli accertamenti che avrebbero consentito un intervento più tempestivo.

Per quanto attiene al comportamento del dott. Corsi, invece, si censura unicamente la sua assoluta inerzia, sia terapeutica che diagnostica, proprio nella fase in cui le condizioni della piccola peggioravano inesorabilmente verso l'exitus finale.

Al di là di censure meramente processuali, sia la difesa del Ciardini che quella del Corsi manifestano doglianze in ordine alla ritenuta responsabilità medica dei propri assistiti. Entrambi i ricorsi tendono anzitutto ad escludere i profili di colpa delineati in sede d'appello. Tuttavia la IV Sezione ha gioco facile nel difendere le scelte dei giudici di merito, i quali affermano il proprio "giudizio di colpevolezza sulla base di tutti i dati clinici ricavabili dal diario clinico medico e tenendo in considerazione le diverse valutazioni offerte dalle parti, senza trascurare alcun elemento".

Solo la difesa del Corsi, invece, si duole per un'errata interpretazione della legge penale sostanziale in relazione al nesso causale, sostenendo che la Corte non avrebbe tenuto conto dei principi enunciati nel 2002 dalle Sezioni Unite. Come già accennato la risposta della IV Sezione è alquanto concisa e, a mio giudizio, per nulla soddisfacente. I giudici di legittimità, infatti, ritengono congrua la risposta della Corte d'Appello anzitutto perché “nella sentenza si sottolineano le inadempienze e si indicano le metodologie che si sarebbero dovute seguire e che erano doverose per il medico”, evidenziando che “la negligenza e l'imperizia è stata ancorata a dati obiettivi”. A ben vedere però, con tali affermazioni, la Corte d'Appello si sta ancora una volta occupando del profilo soggettivo, evidenziando la discrasia tra il comportamento del Corsi e il comportamento che avrebbe posto in essere il medico-modello chiamato ad intervenire in quella stessa situazione.

La Corte poi aggiunge che “la prognosi positiva dell'evoluzione dell'intervento operatorio è stata con ragionevolezza indicata come indubitabile, in considerazione della causa che portò alla morte, che si poteva certamente evitare solo che i giudici avessero scrupolosamente valutato l'insorgenza di possibili complicanze che la sofferenza della bambina segnalava”. In realtà, però, tale constatazione nulla spiega: non può essere sufficiente una mera considerazione sulla causa della morte per poter affermare che è “indubitabile” una prognosi favorevole per la piccola paziente. Dopo aver individuato la legge di copertura che garantisce l'evoluzione favorevole di tale tipo di patologia, si sarebbero, infatti, dovuti indicare con precisione tutti quegli elementi e tutti quei dati scientifici e fattuali che rendono indubitabile tale prognosi positiva: era necessario, cioè, rispondere agli interrogativi circa i tempi dell'intervento salvifico (anche considerato che il Corsi si occupò della piccola solo il giorno precedente l'*exitus*), considerare le condizioni generali della bambina, valutare insomma tutti quegli elementi che avrebbero consentito quell'accertamento in concreto richiesto ai fini del raggiungimento di un alto grado di credibilità razionale.

Stupisce dunque il diverso livello di approfondimento da parte dei giudici di legittimità tra la censura relativa all'elemento soggettivo e quella inerente il rapporto eziologico. Tanto è puntuale la prima, altrettanto superficiale è la seconda, laddove sarebbe stato invece auspicabile indicare punto per punto i passaggi in cui la Corte d'Appello si sarebbe conformata all'iter delineato dalle Sezioni Unite come criterio - guida per i giudici di merito.

8. Le sentenze del 2007 difformi o poco motivate.

Anche a distanza di 5 anni dalla pronuncia delle Sezioni Unite continuano a individuarsi nel panorama giurisprudenziale sentenze che, pur richiamando la Franzese, continuano a violare sostanzialmente i principi in essa sanciti. Ricorrono anzitutto casi in cui balza agli occhi l'assoluta esiguità della motivazione rispetto all'importanza che, per le Sezioni Unite, deve assumere l'analisi del nesso causale in una pronuncia, tanto più se di condanna⁴⁶⁸. Un esempio lo si può individuare nella sentenza Buggè⁴⁶⁹, in cui, dopo uno scarso richiamo ai principi della Franzese, le censure difensive sulla causalità vengono affrontate e risolte in sole nove righe. Nel caso citato la Cassazione si occupa del decesso di Leonardo Cicero. Il trentasettenne la sera del 7 marzo 1995 lamenta

⁴⁶⁸ Si consideri, ad esempio, Cass. Pen. IV, 26 giugno (12 ottobre) 2007, n. 37597, Pellis, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009. Il dott. Pellis, chirurgo, veniva condannato in entrambi i giudizi di merito per l'omicidio colposo di Giustina Bellini, da lui operata per la sindrome dell'ansa afferente. Per l'accusa, pur avendo eseguito correttamente l'intervento chirurgico, il medico era intervenuto tardivamente e in modo solo parziale al manifestarsi della deiscenza dei punti di sutura e del conseguente processo infettivo che aveva poi portato al decesso della donna. La difesa del sanitario, nel ricorso per cassazione, si doleva, tra l'altro, del mancato rispetto della Franzese, sottolineando che la questione sarebbe stata affrontata solo in termini astratti e statistici, senza rapportarla alle concrete circostanze di fatto. In risposta ad una articolata doglianza difensiva i giudici di legittimità si limitavano invece a riportare frettolosamente i passaggi salienti della decisione delle Sezioni Unite e a ritenere la perfetta sintonia della sentenza impugnata con tali principi. Ad un attento lettore non è dato tuttavia comprendere quali sono gli specifici elementi che hanno consentito ai giudici di respingere con decisione tale censura e ad affermare che vi era stata un'attenta considerazione delle concrete circostanze di fatto (ma quali sono queste circostanze?) e anche l'esclusione di fattori causali estranei (ma quali sono questi fattori?). Tra le sentenze, a mio parere, non sufficientemente motivate in ordine al nesso eziologico si vedano, entrambe in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009, anche Cass. Pen., IV, 4 maggio 2007 (10 settembre 2007), n. 34246, Russo e Cass. Pen., IV, 18 ottobre (30 novembre) 2007, n. 44793, Ferrera.

⁴⁶⁹ Cass. Pen., IV, 21 giugno (26 ottobre) 2007, n. 39592, Buggè, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 7/8, pag. 842.

forti dolori al petto e si rivolge alla dott.ssa Di Fonte, che, diagnosticando una sindrome influenzale, gli pratica un'iniezione di Voltaren. Vista la persistenza dei dolori, verso le 22.30, contatta la guardia medica, il dott. Licini, che gli consiglia l'assunzione anche del Buscopan. Verso la mezzanotte, su nuova richiesta del sig. Cicero, è la dott.ssa Buggè, medico di turno della guardia medica, a diagnosticare nel corso di una visita domiciliare una sindrome influenzale, prescrivendo Voltaren, Cemerit e Velamox. La mattina successiva, alle ore 9.30, viene constatato il decesso del sig. Cicero per collasso cardiocircolatorio acuto irreversibile secondario a trombosi coronarica.

La dott.ssa Buggè veniva prima condannata dal Tribunale di Busto Arsizio per il reato di omicidio colposo poi, in appello, veniva pronunciata nei suoi confronti sentenza di non doversi procedere per intervenuta estinzione del reato per prescrizione, ma la sentenza impugnata veniva confermata relativamente alle statuizioni civili. Sulla base delle perizie espletate, si riteneva che la sintomatologia presentata dal Cicero doveva indurre il medico a una diversa diagnosi e ad indirizzare il paziente al pronto soccorso: per cui sia l'omessa diagnosi differenziata, sia l'aver omesso l'elettrocardiogramma ed il ricovero in ospedale, costituivano profili di una condotta colposa da parte dell'imputata. I giudici di merito reputavano poi sussistente il nesso causale tra tale condotta colposa e il decesso poiché se il paziente fosse stato sottoposto tempestivamente a idonea terapia si sarebbe escluso il decesso con una probabilità pari all'80/85%.

La difesa dell'imputata articola una serie di motivi di ricorso per cassazione, ritenuti tutti infondati dai giudici di legittimità. Soffermandoci sul solo profilo eziologico, ci si doleva dell'erronea applicazione dell'art. 40, comma 2, c. p., in riferimento all'indirizzo giurisprudenziale espresso in materia dalle Sezioni Unite con la nota sentenza Franzese.

La Cassazione ritiene che la Corte d'Appello milanese abbia fatto fedele applicazione dei principi interpretativi e delle massime formulate dalle Sezioni Unite, avendo affermato "che la tempestiva diagnosi ed il tempestivo intervento avrebbero evitato, con margini di alta probabilità, il decesso della paziente". Tuttavia, a mio parere, non mancano le perplessità rispetto a tale condivisione di

giudizio. Anzitutto mi pare del tutto improprio il richiamo, che si legge a pag. 11, alla sentenza Baltrocchi del 2000: la Cassazione, infatti, pare accomunare i principi di tale sentenza a quelli della Franzese, mentre abbiamo precedentemente messo in luce la profonda differenza che intercorre tra i metodi di accertamento prospettati nelle due sentenze ed il salto di qualità che si è operato con la pronuncia del 2002. Neppure si può tacere del fatto che l'alta probabilità di scongiurare l'evento, indicata nella misura dell' 80/85 %, sembra essere frutto di una mera astratta generalizzazione; non vi è infatti traccia di un'analisi di tutti quei fattori che, in concreto, avrebbero potuto influire sul decorso causale dell'evento (si considerino, ad esempio, i tempi per il trasporto in ospedale o quelli per effettuare un elettrocardiogramma). Ad alimentare ulteriori perplessità circa la correttezza del giudizio sono le affermazioni della Corte d'Appello riportate a pag. 5 della sentenza. Si legge, infatti, che "l'errata diagnosi e le colpevoli omissioni avevano ridotto le percentuali di sopravvivenza del soggetto, con la conseguenza che le condotte omesse, sia pure in termini di serie ed apprezzabili probabilità di successo, avrebbero evitato il verificarsi dell'evento": la terminologia utilizzata, il riferimento tutt'altro che implicito alla sconfessata teoria dell'aumento del rischio, il ricorso alla stereotipata formula delle "serie ed apprezzabili probabilità", allontanano a mio avviso inesorabilmente la decisione impugnata dai principi formulati dalle Sezioni Unite.

Sicuramente distante da tali canoni interpretativi è un'altra pronuncia del 2007⁴⁷⁰, in cui i giudici non richiamano neppure a grandi linee la sentenza Franzese, anzi, come vedremo, effettuano il loro giudizio quasi come se tale sentenza non fosse mai stata pronunciata. L'imputazione contestata al dott. Casini, primario del reparto di ginecologia e medico curante di Romina Portoghesi, è stata in primo grado quella di omicidio colposo del feto, derubricata poi in appello ad aborto colposo ex art. 17 lg 194/1978. Al dott. Casini si addebitava la colpa di non aver saputo valutare lo stato di salute della paziente e del feto, non avendo rilevato tempestivamente i chiari sintomi di sofferenza fetale e non essendo dunque

⁴⁷⁰ Cass. Pen, V, 20 aprile (20 luglio) 2007, n. 29352, Casini, , in *Foro It.*, 2008, n. 4, II, pag. 220-224.

intervenuto con un immediato taglio cesareo. Dopo le due condanne nei giudizi di merito la difesa del ginecologo presenta ricorso per cassazione. Tralasciando le censure manifestate relativamente alla pena e alla concessione della provvisionale, dobbiamo concentrarci sul primo dei motivi di ricorso, a sua volta articolato in due critiche. Anzitutto si afferma che, essendo il dott. Casini impegnato in ambulatorio, all'intervento avrebbe dovuto procedere la dott.ssa Cocci, medico di guardia del reparto; inoltre si deduce che non era stata fornita alcuna prova che un intervento tempestivo avrebbe potuto salvare il feto. La Cassazione respinge tali doglianze, ribadendo in primo luogo la duplice posizione di garanzia rivestita dal Casini, sia quale medico curante della Portoghesi, sia quale primario del reparto; egli infatti era stato costantemente e adeguatamente informato delle condizioni della paziente e non risultava impegnato in alcun'altra attività più urgente o grave. Se questa parte del ragionamento seguito dai giudici di legittimità appare del tutto condivisibile, lo è meno quello relativo alle probabilità di salvare il feto con un tempestivo taglio cesareo. Ad essere impropri sono più che altro i richiami ai principi generali e alla precedente giurisprudenza in materia⁴⁷¹. Ancora una volta infatti si ricorre alla locuzione “serie ed apprezzabili probabilità di successo”, sul presupposto che “quando è in gioco la vita umana, anche limitate probabilità di successo di un immediato intervento chirurgico valgono a configurare la necessità di operare, non essendo necessaria la certezza di poter scongiurare l'evento letale”. Si prosegue poi sulla stessa linea, sottolineando che una costante giurisprudenza affermerebbe che in materia di responsabilità per colpa professionale medica, al criterio della certezza degli effetti della condotta “non può non sostituirsi quello della probabilità e della idoneità di essa a produrre tali effetti”. E' quindi del tutto evidente che i riferimenti giurisprudenziali seguiti dai giudici di merito e inspiegabilmente avallati e richiamati anche da quelli di legittimità sono proprio quelli che nel 2002 erano stati sconfessati e stracciati dalla pronuncia delle Sezioni Unite. A nulla vale poi, se non ad aumentare la confusione della pronuncia sul punto, l'affermazione che vi era “alta probabilità

⁴⁷¹ Si cita la sentenza Verri del 2004 che, come sottolineato nell'analisi specifica che ad essa è stata precedentemente dedicata, non brilla certamente per chiarezza e linearità.

che un intervento tempestivo avrebbe scongiurato la morte del feto”: infatti, non vi è traccia di una legge scientifica di copertura e soprattutto non è dato sapere a quale tipo di probabilità ci si riferisca, se a quella meramente statistica cui facevano riferimento le pronunce precedentemente richiamate, oppure a quella probabilità logica/certezza processuale elaborata nella Franzese. Se è vero, infatti, che i giudici si soffermano su alcuni dati di fatto, ad esempio, quali i tempi per allestire la sala operatoria, non è dato sapere come questi elementi siano poi stati effettivamente da loro utilizzati per raggiungere l’alto grado di probabilità dell’efficacia salvifica dell’intervento omissivo.

Un’ottima conoscenza della sentenza Franzese in tutte le sue sfaccettature dimostrano invece i giudici di legittimità che si sono occupati delle responsabilità mediche inerenti al decesso di Fabio Santini⁴⁷². L’uomo, sottoposto il 1° giugno 1999 ad intervento chirurgico per ernia inguinale e testicolo ritenuto, dopo un periodo di tranquilla convalescenza, manifestava complicanze post-operatorie, nella specie un processo infettivo da streptococco beta emolitico di gruppo A, nella sede in cui era stato inserito il plug in polipropilene. Su tale infezione si agiva in urgenza con intervento di toelette peritoneale e drenaggio retroperitoneo il 25 dello stesso mese, quando però le condizioni del paziente erano ormai tanto critiche da non riuscire ad evitarsi l’exitus.

In primo grado, per tale morte, venivano ritenuti responsabili i dottori Viti, Bonsanti e Guarneri, mentre la Corte d’Appello di Firenze, riformando parzialmente la sentenza impugnata, assolveva i primi due e confermava la condanna del solo Guarneri.

Per quanto attiene la posizione del Bonsanti, ricorrono per cassazione le parti civili lamentando la manifesta illogicità della motivazione. I giudici di merito, infatti, pur reputando certamente colposo il comportamento tenuto dal sanitario, escludevano la sussistenza del nesso eziologico poiché il suo operato si collocava in data 23 giugno, ossia al limite di una fase cronologica oltre la quale era stata esclusa la possibilità di un efficace intervento terapeutico. Tuttavia gli

⁴⁷² Cass. Pen., IV, 14 dicembre 2006 (2 febbraio 2007), n. 4177, Guarneri”, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 1875-1886 con nota di C. Brusco, “Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell’accertamento della causalità.” e in *Guida al diritto*, 2007, n. 10, pag. 66.

stessi giudici affermano, richiamando le conclusioni peritali, che il processo settico era divenuto ingovernabile solo dalle prime ore del 25 giugno o le ultime del 24 e quindi ciò depone per la tesi che il 23 giugno la situazione clinica del Santini non era ancora irreversibile e si poteva dunque intervenire efficacemente per impedirne la morte. Il vizio logico in cui sono incappati i giudici fiorentini porta la Cassazione ad annullare tale parte della sentenza con rinvio al giudice competente.

Vengono invece respinti, in quanto infondati, i ricorsi presentati sia personalmente che tramite i propri legali dal dott. Guarneri, il quale censura la sentenza d'appello sia sotto il profilo dell'elemento soggettivo che sotto quello causale. Mentre appaiono del tutto condivisibili le osservazioni dei giudici in ordine al primo aspetto⁴⁷³, qualche perplessità rimane in ordine alla motivazione sulla sussistenza del nesso causale.

Merita sicuro apprezzamento l'ampio richiamo ai passaggi salienti della pronuncia delle Sezioni Unite su cui i giudici si soffermano per ben tre pagine, mettendo anzitutto in evidenza che il giudizio sul nesso causale deve effettuarsi *ex post* tramite il procedimento di eliminazione mentale, il c.d. giudizio controfattuale. A ciò si aggiungono le considerazioni relative alla persistente importanza delle leggi statistiche di copertura, che pur non esaurendo lo svolgimento del giudizio controfattuale ne rappresentano il punto di partenza, precisandosi che è possibile ricorrere anche a leggi non prossime a 100. I giudici di legittimità delineano quindi le varie fasi del procedimento mentale in cui si articola tale giudizio controfattuale, ricordando che il giudice dovrà poi tener conto anche dell'eventuale emergenza di fattori alternativi e dovrà porsi il problema dell'interruzione del nesso causale.

A fronte di un'analisi così dettagliata della Franzese appare, a mio sommo avviso, invece del tutto scarna la disamina del caso concreto. I giudici di legittimità si limitano ad affermare che “la sentenza sembra aver rispettato il

⁴⁷³ Essi, infatti, hanno analiticamente indicato gli elementi dai quali i giudici di merito hanno correttamente desunto la colpa del Guarneri: omissione di ogni accertamento strumentale, sommarietà dell'indagine anamnestica, sottovalutazione del quadro clinico e dei sintomi presenti nel Santini il 21 giugno, data della visita del Guarneri.

principio sopra ricordato”, che “i giudici di merito hanno correttamente apprezzato il portato della pronuncia delle Sezioni Unite” e che le loro statuizioni “risultano sostanzialmente rispondenti alle linee interpretative enunciate dalla Suprema Corte”. Ciò perché essi avrebbero esaminato tutte le circostanze del caso concreto ed avrebbero compiuto il giudizio controfattuale, raggiungendo così la certezza processuale circa la sopravvivenza del Santini in caso di intervento del sanitario. Tuttavia, leggendo la sentenza, non vi è traccia dei dati concreti presi in considerazione (non è dato sapere, ad esempio, se si tratti delle condizioni generali di salute o dell’età del paziente) e, cosa ancor più grave, non sembra esserci risposta alle specifiche censure difensive in ordine all’influenza dei tempi decorsi dall’intervento, all’alto tasso di mortalità del batterio che aveva colpito il Santini, al grado di efficacia delle cure antibiotiche e dell’intervento chirurgico. Ci si richiama alle “discrete possibilità” di salvare il Santini, così come affermato dal consulente del p.m., e ci si appiglia al significato semantico del termine “discrete” per affermare la sussistenza di un’elevata o comunque notevole probabilità di esito positivo. A mio giudizio sarebbe stato forse più opportuno, anziché richiamare in una sorta di premessa generale le varie parti della Franzese, riprendere punto per punto tali passaggi mettendoli in stretta relazione col caso Santini: si sarebbe quindi dovuti partire, come riconosciuto nella stessa sentenza, dall’individuazione della legge scientifica di copertura (indicando la percentuale di mortalità causata da quel batterio, e non una mera “discreta possibilità”) per poi passare a calare tali dati astratti nel caso concreto (considerando appunto le condizioni generali di salute, l’età del paziente, il momento in cui il Guarneri visitò il paziente e le opzioni terapeutiche concretamente attuabili). Non è dato sapere a chi legge la sentenza che qui si analizza se effettivamente, andando a leggere le sentenze di primo grado e d’appello, si possano ritrovare tali ragionamenti, dati e verifiche che, secondo quanto affermato dai giudici di legittimità, sono stati effettivamente compiuti dai giudici di merito. Quel che si può però dire è che, pur essendo comprensibile che nelle sentenze della Cassazione non ci si addentri capillarmente negli elementi di fatto della vicenda, è comunque necessario fornire una congrua e completa risposta alle specifiche

censure manifestate dai ricorrenti in cassazione perché solo così, come più volte già ricordato, può dirsi pienamente tutelato il diritto di difesa.

9. La sentenza Izzo.

Il 2008 si caratterizza per essere un anno in cui la Corte di Cassazione con sempre maggior frequenza e precisione censura con l'annullamento le decisioni di merito che si allontanano dagli insegnamenti della Franzese. L'unico caso in cui, a mio modesto parere, i giudici di legittimità non affrontano adeguatamente la questione eziologica è quello che vede condannato per il reato di cui all'art. 590 c.p. il dott. Izzo⁴⁷⁴. Ad onor del vero non può dirsi che vi sia una vera e propria difformità rispetto a quanto sancito dalle Sezioni Unite: ciò che non convince, invece è che ancora una volta si liquidi la questione in pochissime righe che contengono affermazioni del tutto assertive e non sufficientemente motivate.

Izzo, ortopedico, veniva accusato di aver cagionato lesioni personali gravissime con indebolimento permanente della funzione prensile e deformazione dell'arto superiore destro alla minore Rossella Perna. La giovane si era rivolta alle sue cure dopo una caduta: il medico aveva ingessato l'arto pur in presenza di edema e tumefazione e, col passare dei giorni, i genitori della piccola si rivolgevano più volte a lui, segnalandogli un decorso del tutto atipico. Izzo però non interveniva adeguatamente e, al momento di rimuovere definitivamente l'apparecchio gessato, si manifestava la sindrome di Volkmann ormai nella sua fase terminale. Condannato in entrambi i gradi del giudizio di merito, la difesa dell'Izzo si rivolge alla Cassazione, presentando, tra le tante, anche censure specifiche in relazione al nesso causale e al mancato rispetto della Franzese⁴⁷⁵. Si afferma nel ricorso che "nessun consulente ha affermato con certezza che la

⁴⁷⁴ Cass. Pen., IV, 4 giugno (15 settembre) 2008, Izzo, n. 35307, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

⁴⁷⁵ Si afferma nel ricorso che "nessun consulente ha affermato con certezza che la sindrome di Volkmann sia certamente insorta per errate manovre o terapie effettuate dal ricorrente e nessuno ha chiarito in qual modo la malattia fosse prevenibile, ovvero curabile con un diverso trattamento sanitario. I consulenti ascoltati nel giudizio di merito, hanno invece affermato che, una volta insorta la predetta sindrome, essa si evolve immediatamente e non esistono presidi terapeutici né per debellarla, né per evitare le conseguenze dannose che procura nelle persone affettate".

sindrome di Volkmann sia certamente insorta per errate manovre o terapie effettuate dal ricorrente e nessuno ha chiarito in qual modo la malattia fosse prevenibile, ovvero curabile con un diverso trattamento sanitario. I consulenti ascoltati nel giudizio di merito, hanno invece affermato che, una volta insorta la predetta sindrome, essa si evolve immediatamente e non esistono presidi terapeutici né per debellarla, né per evitare le conseguenze dannose che procura nelle persone affettate”.

Davanti a tale specifica doglianza la Cassazione non dà una risposta altrettanto puntuale. Si limita a sostenere, infatti, che la censura, pur ben articolata, è priva di fondamento giuridico, perché “la conclusione cui è pervenuta la Corte distrettuale risulta sorretta da adeguata e puntuale motivazione, anche nel rispetto dei principi enunciati nella sentenza Franzese delle Sezioni Unite”. Sarebbe stato invece necessario individuare la legge scientifica di copertura relativa all’insorgenza di tale sindrome, ai tempi e alle modalità con cui essa si manifesta. Chiarito ciò si sarebbe dovuto effettuare il giudizio controfattuale, individuando il comportamento che avrebbe dovuto tenere l’Izzo per raggiungere quell’alta probabilità logica che l’evento lesivo, in tal caso, non si sarebbe verificato. E’ ben possibile che i giudici di merito abbiano effettivamente seguito questo percorso; tuttavia, a fronte della specifica censura presentata nel ricorso per cassazione, sarebbe stato più corretto che anche i giudici di legittimità riprendessero tali dati e tali argomentazioni, per fornire di adeguato supporto motivazionale la propria decisione.

10. Le sentenze più recenti che violano lo spirito della Franzese.

E’ ancora una volta una motivazione, a mio giudizio, superficiale⁴⁷⁶ a caratterizzare una pronuncia della Corte di Cassazione del 2009, in cui si affronta il problema della responsabilità di due ginecologi⁴⁷⁷ per le lesioni causate alla partoriente e alla nascita. Il dott. Ascioti e la dott.ssa Ermio, infatti, venivano

⁴⁷⁶ Si vedano anche Cass. Pen., IV, 15 aprile (30 giugno) 2009, n. 26643, Milani, inedita e Cass. Pen., IV, 15 ottobre 2009 (2 febbraio) 2010, n. 4156, La. Vi., inedita.

⁴⁷⁷ Cass. Pen., IV, 8 luglio (11 agosto) 2009, n. 32685, Ascioti, inedita.

condannati nei giudizi di merito per il danno cerebrale irreversibile causato alla neonata e per la perdita della funzione riproduttiva della partoriente. A causare tali lesioni si riteneva fosse stato il comportamento negligente, imprudente ed imperito dei sanitari i quali avevano omesso di diagnosticare la grave sofferenza fetale, dovuta ad asfissia intrauterina, non monitorando costantemente la situazione tramite tracciato cardiotocografico e non espletando con la necessaria urgenza il parto con taglio cesareo (avevano preferito indurre il parto tramite amnioressi ed eseguire la manovra di Kristeller).

E' nel ricorso della difesa della Ermio che ci si duole per la configurazione, da parte dei giudici di merito, del nesso causale tra la sua condotta e le lesioni alle pazienti. Tale doglianza viene rigettata dai giudici di legittimità, per i quali si è fatta corretta applicazione dei principi in tema di causalità. Però a supporto di tale giudizio la Corte, dopo aver individuato i vari profili di colpa, si limita ad affermare che “le evenienze determinatesi avevano certamente procurato, in rapporto di causa ad effetto, secondo i principi della scienza ginecologica, la rottura dell’utero per Anna Maria Astorino, l’asfissia fetale intraparto del prodotto del concepimento con irreversibile danno neurologico; conseguenze queste evitabili con l’esecuzione di un tempestivo parto cesareo”. A ben vedere sarebbe stato più opportuno indicare o richiamare, seppur brevemente, le leggi scientifiche ginecologiche che si sono applicate nel caso *de quo* e che consentono ai giudici di essere processualmente certi che, qualora i sanitari avessero tenuto il comportamento dovuto, gli eventi lesivi non si sarebbero verificati. Un punto ancor più critico può individuarsi nel fatto che nella sentenza non vi è traccia di risposta alla puntuale ed esplicita censura difensiva della ricorrente che avanza l’ipotesi alternativa che la rottura dell’utero sia avvenuta in un momento antecedente rispetto al compimento, da parte sua, della manovra di Kristeller, e per cause del tutto estranee alla sua condotta. A fronte di tale doglianza non è sicuramente sufficiente l’inciso che si legge a pag. 6 secondo cui nel giudizio si è tenuto conto dell’esclusione di fattori alternativi, senza però dare atto di quali siano questi fattori e di come si è giunti ad escludere con certezza la loro rilevanza eziologica.

Del tutto esauriente e completa è invece l'analisi sull'interferenza di fattori causali alternativi che i giudici di legittimità compiono in un altro caso,⁴⁷⁸ deciso sempre nel 2009. Al dott. Di Biasio, medico curante di Alfredo Rossi, si imputava di aver cagionato la morte del paziente, per aver prescritto la somministrazione di un farmaco a base di ticlopidina senza disporre il costante controllo dell'emocromo. Il mancato monitoraggio, infatti, impediva di diagnosticare tempestivamente l'agranulocitosi insorta a causa del farmaco e, non essendo possibile intervenire tempestivamente, l'uomo decedeva.

La Corte di Cassazione, chiamata ad affrontare il problema causale su ricorso dell'imputato, correttamente richiama la legge scientifica di copertura, individuata dai periti, in base alla quale risulta che l'assunzione di ticlopidina determina (o può determinare) agranulocitosi, in forza di un conosciuto meccanismo d'azione, e che su 100 casi di agranulocitosi ben il 72% è riconducibile all'uso di farmaci. A ciò si aggiunge una puntuale analisi di eventuali meccanismi eziologici alternativi, la cui presenza viene esclusa sulla base di articolate argomentazioni. Anzitutto si esclude che si sia trattato di una reazione immunitaria alla molecola, poiché in tal caso gli effetti collaterali si sarebbero dovuti manifestare immediatamente, mentre il peggioramento delle condizioni cliniche del Rossi si è verificato solo dopo un certo periodo dall'assunzione del farmaco⁴⁷⁹. Inoltre, con la stessa certezza, si esclude anche una causa di natura oncologica, giungendo così ad affermare con certezza che, nel caso concreto, si è verificato proprio il meccanismo causale ipotizzato dalla succitata legge di copertura. L'analisi sul nesso causale dei giudici di legittimità, fin qui del tutto corretta e condivisibile, termina qui, omettendosi, a mio avviso, le ulteriori necessarie valutazioni in ordine al giudizio controfattuale.

Nella sentenza, infatti, ci si limita ad affermare che “ove la terapia fosse stata immediatamente sospesa, appena rilevata la riduzione del numero dei globuli bianchi, il paziente si sarebbe certamente salvato”. Tuttavia, dov'è riportata la legge scientifica che afferma che la sospensione del farmaco comporta

⁴⁷⁸ Cass. Pen., IV, 27 ottobre (13 novembre) 2009, n. 43473, Di Biasio, inedita.

⁴⁷⁹ I giudici, inoltre, rilevano che anche qualora si fosse trattato di reazione immunitaria le cautele che il medico avrebbe dovuto osservare sarebbero state le stesse.

l'annullamento degli effetti collaterali dell'assunzione con la conseguente salvezza del paziente? In che percentuale di casi i globuli bianchi tornano ad essere nella norma? In quanto tempo si ottengono i risultati sperati? Lo stato di salute generale del Rossi consentiva tale ripresa o vi erano invece degli elementi tali da rendere la prognosi meno favorevole? A tutti questi interrogativi la sentenza della Cassazione non dà alcuna risposta, determinando una lacuna inaccettabile.

Si sottovaluta l'importanza del giudizio controfattuale nell'ambito dell'accertamento causale anche in un'altra sentenza⁴⁸⁰, depositata il 7 maggio del 2010, in cui si affronta la responsabilità penale di un ginecologo. Al sanitario si imputa di aver erroneamente diagnosticato ad una paziente, all'ottavo mese di gravidanza, una ulcera gastrica, prescrivendole la somministrazione del farmaco Ranidil, essendo invece la donna affetta da gestosi preeclamtica. Sottoposta ad intervento chirurgico, ne derivava la rottura del fegato con emoperitoneo e pericolo di vita per la paziente, nonché la perdita della capacità di procreare e l'interruzione della gravidanza.

Dichiarata in appello la prescrizione del reato e confermate le statuizioni civili di condanna, l'imputato si rivolge alla Cassazione chiedendo l'annullamento della sentenza alla luce di erronee valutazioni sia in ordine all'elemento soggettivo, sia in relazione alla sussistenza del nesso eziologico. Sotto questo profilo, in particolare, si contesta ai giudici di merito di non aver tenuto conto delle ipotesi eziologiche alternative alla patologia esaminata: si sottolinea infatti che le alterazioni nei valori degli enzimi e delle piastrine "ben potevano configurarsi quale conseguenza collaterale della somministrazione di ranitidina (Ranidil)".

La Corte respinge il ricorso, motivando tale decisione in modo, a mio avviso, non del tutto soddisfacente. Anzitutto, non vi è una chiara risposta in ordine ai decorsi causali alternativi prospettati dalla difesa: solo leggendo tra le righe quella parte della sentenza che si occupa della condotta colposa tenuta dal

⁴⁸⁰ Cass. Pen., IV, 1 aprile (7 maggio) 2010, n. 17580, P. P., inedita.

medico, si intuisce che i giudici di merito, sulla base delle leggi scientifiche e dei dati concreti, sono giunti a riconoscere in tale condotta omissiva del sanitario la causa determinante della produzione del danno, escludendo ogni differente processo eziologico. La lacuna più grave, però, si rinviene ancora una volta nel mancato compimento del giudizio controfattuale. Anche in questo caso, il passaggio che per le Sezioni Unite rappresenta uno snodo determinante ai fini dell'accertamento, viene liquidato con un'affermazione stringatissima. Si legge che “durante il periodo di degenza erano emersi elementi che, se individuati in tempo utile, avrebbero dovuto determinare nell'imputato l'anticipazione dell'intervento di estrazione del feto con un parto naturale ovvero con taglio cesareo, circostanza che con ragionevole probabilità avrebbe escluso l'infausto evento che invece si era manifestato”. I giudici avrebbero dovuto anzitutto indicare la legge scientifica che, in ambito ginecologico, consente di affermare ciò. Inoltre avrebbero dovuto chiarire se tale esito positivo si ha nella totalità dei casi (legge universale) oppure solo in una certa percentuale (legge statistica); e, in tale ultima ipotesi, indicare anche la precisa percentuale statistica. Fatto ciò, avrebbero dovuto considerare tutte le evenienze concrete, a cominciare dall'individuazione del primo momento utile per intervenire, per raggiungere la certezza processuale che il caso trattato sarebbe rientrato tra quelli per i quali la legge scientifica indica un'evoluzione favorevole. Di tutto ciò invece non c'è traccia. I dubbi e le perplessità aumentano ancora di più se si considera il lessico utilizzato: non solo non si parla di “alta probabilità logica” ma si richiama l'ambiguo e ormai superato concetto di “ragionevole probabilità”. Rimane dunque più di un dubbio sulla conformità di questa pronuncia ai dettami della Franzese.

CONCLUSIONI

E' giunto quindi il momento di tirare le fila dell'analisi fin qui compiuta. Il gran numero di casi presi in considerazione, distribuiti nell'arco di ben 9 anni, ci permette di avere un ampio quadro generale delle modalità con cui i giudici di legittimità e di merito hanno calato nel concreto i principi giuridici fissati dalle Sezioni Unite.

La scelta di un'esposizione che segue l'evolversi cronologico della giurisprudenza è stata dettata proprio dalla volontà di capire quali sono state le difficoltà iniziali nel comprendere ed applicare appieno le statuizioni della Franzese, e poi vedere se ed in che modo, col passare degli anni, tali nubi interpretative si sono diradate e son state superate.

Un primo dato merita a mio avviso attenzione: ad eccezione di poche pronunce di merito e di legittimità, per lo più immediatamente successive alla Franzese, in questi anni non si registrano pronunce in cui si sostengono apertamente modalità per la ricostruzione del nesso causale differenti rispetto a quanto previsto nella pronuncia delle Sezioni Unite. Anche quei pochi difensori

che nei loro ricorsi hanno cercato di dare nuova linfa agli orientamenti giurisprudenziali pre 2002, hanno visto respinte le loro pretese.

Il vero problema a cui si è andati incontro è stato in realtà, come già evidenziato, quello di un ossequio meramente formale a tale pronuncia: nel capitolo precedente sono state riportate innumerevoli sentenze in cui il richiamo alle Sezioni Unite, a volte anche ampio ed articolato, non è coinciso con un'applicazione effettiva di tali principi al caso esaminato. Le maggiori difficoltà si sono avute nell'applicare uno dei profili più innovativi della Franzese, quello della probabilità logica. Spesso, infatti, i giudici hanno continuato a basare il proprio giudizio facendo esclusivamente riferimento alle percentuali statistiche della legge scientifica di copertura, omettendo invece la valutazione delle emergenze del caso concreto. Questa responsabilità grava in primo luogo sui giudici di merito, poiché, alla luce dei limiti del giudizio di legittimità, rientra prettamente tra le loro prerogative quella di ricostruire il fatto di reato così come si è verificato. In alcuni casi ci si è addirittura "dimenticati" di compiere il giudizio controfattuale: i giudici si sono soffermati sulla causa dell'evento, hanno descritto con precisione il meccanismo eziologico che lega la condotta colposa all'evento lesivo, ma hanno del tutto trascurato di verificare se il compimento dell'azione doverosa avrebbe scongiurato l'evento stesso. Altra frequente dimenticanza è quella inerente l'esclusione dei fattori causali alternativi; anche in questo caso il giudizio è spesso superficiale e non ancorato a solide basi scientifiche.

Col passare degli anni deve comunque registrarsi una maggiore aderenza alla Franzese, soprattutto da parte dei giudici di legittimità. Infatti, seppur più raramente rispetto al passato, ci sono ancora casi in cui, in sede di merito, ci si perde in applicazioni non del tutto adeguate della Franzese; in tali ipotesi sono sempre più puntuali gli interventi della Corte di Cassazione per sanzionare con l'annullamento della sentenza impugnata l'erroneità dell'accertamento causale. E' ancor più interessante rilevare che la Cassazione, ormai, non si limita più a richiamare principi cristallizzati nel tempo ma cerca anche di chiarire i punti ancora controversi in materia, ad esempio in ordine alle modalità per distinguere

la condotta attiva da quella omissiva, oppure per definire i rapporti tra periti e giudici.

Tuttora però permangono alcune perplessità, già evidenziate nel corso del capitolo precedente. Mi riferisco ai casi in cui i giudici non forniscono alle proprie decisioni un adeguato supporto motivazionale: spesso, infatti, a fronte di specifiche e dettagliate censure difensive, la Cassazione liquida la questione causale in poche righe, riportando affermazioni delle sentenze di merito, senza però indicare i motivi per i quali le condivide.

Se dunque, in linea di massima, si può essere soddisfatti di come si è evoluta negli ultimi anni l'applicazione giurisprudenziale della Franzese, è questo il rischio che bisogna fronteggiare per il futuro. Sentenze superficiali o a dir poco ermetiche mettono infatti in discussione un principio fondamentale del nostro ordinamento: il diritto di difendere la propria innocenza per tre gradi di giudizio.

Glossario medico

A

Acidosi: condizione patologica dell'organismo in cui siano prodotte o introdotte in misura superiore alla norma sostanze acide, oppure siano sottratte sostanze alcaline, così che il PH del sangue, normalmente alcalino, tende all'acidità. Ciò altera tutti i processi metabolici delle cellule, in quanto è necessario, per il loro corretto funzionamento, il mantenimento di un perfetto equilibrio e rapporto tra produzione ed escrezione di sostanze acide ed alcaline (equilibrio acido-base). Si ha l'acidosi metabolica quando si verifica un aumento di produzione di acidi da parte dell'organismo (per esempio, nel coma chetoacidotico del diabete, nel digiuno prolungato, nella febbre, nell'insufficienza renale cronica).

Acondroplasia: malattia ereditaria che consiste in un difetto di accrescimento delle ossa e delle cartilagini di accrescimento; causa nanismo con arti brevi e alterazioni scheletriche.

Adenocarcinoma: tumore maligno che origina dall'epitelio ghiandolare.

Aferesi: tecnica usata in campo trasfusionale per ottenere la separazione immediata dei vari componenti del sangue. Il principale vantaggio dell'afèresi, rispetto alle tradizionali donazioni di sangue, è che si preleva e si trasfonde solo il necessario, in quantità tali da poter ridurre la frequenza di trasfusioni.

Agranulocitosi: sindrome caratterizzata da infezioni batteriche, febbre, lesioni ulceronecrotiche della cute e delle mucose: è causata dalla diminuzione acuta (cioè rapidissima e di proporzioni notevoli) del numero dei granulociti neutrofili nel sangue periferico e nel midollo osseo, in assenza di una malattia ematologica che la giustifichi. Letteralmente l'agranulocitosi è la scomparsa totale dei granulociti, ma nella pratica clinica è una grave forma di carenza di neutrofili (neutropenia), essendo la diminuzione dei granulociti, basofili ed eosinofili, rara e di scarsa importanza. La neutropenia è perlopiù collegata all'uso di farmaci (citostatici, antibiotici), ad agenti fisici come le radiazioni ionizzanti, o chimici come il benzene. Esistono però altri agenti capaci di provocarla occasionalmente, con meccanismo autoimmune, cioè attraverso la formazione di particolari antigeni, o con altro meccanismo sconosciuto in pazienti predisposti dal punto di vista biochimico o immunologico.

Algia: dolore localizzato in un organo o in una regione senza corrispondenza con una lesione anatomica evidente.

Algico: relativo al dolore.

Amnioressi: rottura della membrana amniotica in stato precoce di gravidanza. Può essere spontanea, dovuta a ragioni patologiche (processi infiammatori), oppure provocata.

Amnioscopia: tecnica diagnostica che permette di visualizzare il liquido amniotico che, a livello del collo dell'utero, traspare attraverso le membrane.

Amoxicillina: è un antibiotico a largo spettro, ben tollerato e comunemente utilizzato in prima battuta nelle infezioni delle vie aeree.

Anaerobio: si definiscono così quei microbi che non possono vivere in presenza di aria, oppure di quelle reazioni chimiche eseguite senza aria (fermentazioni).

Anamnesi: raccolta dettagliata di tutte le notizie relative alla vita del paziente e della sua famiglia, alle malattie passate, alle modalità d'insorgenza e di decorso della malattia in atto. Riveste una fondamentale importanza per orientare correttamente la diagnosi del medico. Secondo le procedure classiche l'anamnesi viene suddivisa in familiare, fisiologica, patologica remota, patologica prossima. L'anamnesi familiare ha lo scopo di raccogliere notizie sullo stato di salute e sulle cause di morte nella famiglia del paziente: nonni e genitori (ascendenti), zii, fratelli, cugini (collaterali), figli, nipoti (discendenti). L'anamnesi familiare costituisce la prima chiave per diagnosticare malattie ereditarie e permette altresì di avviare un programma di sorveglianza per i soggetti a rischio di sviluppare determinate malattie a carattere familiare (per esempio, diabete, alcuni tumori). L'anamnesi fisiologica comprende informazioni sulle principali funzioni fisiologiche dalla nascita al momento della visita (parto, allattamento, primo sviluppo psicofisico, pubertà, attuali condizioni delle funzioni intestinali e urinarie, appetito, cicli mestruali, aspetti passati e presenti della vita di relazione come l'espletamento del servizio di leva ecc.). L'anamnesi patologica remota indaga sulle malattie sofferte: nel novero delle informazioni vanno inserite anche quelle relative a interventi chirurgici, incidenti, allergie ecc. L'anamnesi patologica prossima si concentra sui motivi che hanno condotto il paziente al consulto del medico (come e quando si sono manifestati i disturbi, caratteristiche della sintomatologia ecc.). La raccolta dell'anamnesi rappresenta un momento ineliminabile nella pratica medica, che integra il ricorso a tecniche diagnostiche e a esami di laboratorio sempre più sofisticati: un'anamnesi accurata non solo serve a indirizzare e a rendere più efficace l'uso degli strumenti diagnostici tecnici, ma soprattutto costituisce il primo importante e delicato momento di incontro fra il paziente e il suo medico.

Anemia: condizione patologica caratterizzata dalla diminuzione della massa dei globuli rossi al di sotto dei valori considerati normali. Poiché la determinazione di tale massa comporta un'indagine piuttosto complessa, nella pratica medica l'anemia è definita dalla riduzione della quantità di emoglobina, o

del valore dell'ematocrito (percentuale di globuli rossi in un campione di sangue dopo centrifugazione), o di entrambi.

Anestesia epidurale: rappresenta una delle modalità con cui può essere effettuata l'anestesia periferica (o locale). Si caratterizza per il fatto che la soluzione anestetica viene iniettata nello spazio peridurale, cioè nello spazio virtuale situato tra la faccia interna dei legamenti che rivestono il rachide e la dura madre (la più esterna delle membrane meningeae). L'anestetico iniettato in questa zona si diffonde liberamente e si fissa sulle radici dei nervi spinali, bloccando la trasmissione degli impulsi dolorifici.

Angioplastica: tecnica cardiocirurgica consistente nella dilatazione meccanica diretta di un'arteria per mezzo di un palloncino gonfiabile posto sulla punta di un catetere introdotto a monte del vaso. Viene impiegata per la terapia di occlusioni arteriose, prevalentemente a livello delle arterie coronarie

Annessiectomia: asportazione delle ovaie.

Annessi uterine: ovaie.

Anossia: diminuzione della quantità di ossigeno distribuita ai tessuti attraverso il sangue nell'unità di tempo; insufficiente ossigenazione dei tessuti, per scarso apporto o per deficienza di utilizzazione dell'ossigeno

Ansa: curva o piegatura di una formazione anatomica (segmento di un organo, canale, nervo, vaso ecc.).

Anticoagulanti: farmaci che impediscono la coagulazione del sangue. I più importanti agiscono ostacolando l'azione della protrombina (eparina, eparinoidi); oppure interferendo con l'attività della vitamina K, indispensabile per la sintesi epatica della protrombina e degli altri fattori della coagulazione (derivati cumarinici e dell'indandione, noti anche come anticoagulanti orali). Questi farmaci sono usati soprattutto nelle malattie tromboemboliche e in particolare nell'infarto miocardico, nell'angina pectoris, nelle malattie cardioreumatiche e cerebrovascolari, nelle trombosi venose e nell'embolia polmonare, nei pazienti portatori di protesi valvolari cardiache e in genere nella profilassi delle malattie tromboemboliche. Richiedono un attento controllo per le numerose controindicazioni e azioni collaterali, la più frequente delle quali è l'emorragia.

Occorre rispettare la posologia e limitare l'assunzione di altri farmaci, in particolare di aspirina e dei FANS. Avvisare il medico ai primi segnali di emorragia (lividi e sangue nelle urine e nelle feci). Per rendere e mantenere il sangue incoagulabile per le analisi di laboratorio vengono usati soprattutto i decalcificanti del sangue (ossalati, citrati, EDTA) e le sostanze che ostacolano la formazione di trombochinasi (siliconi, paraffina).

Antiemetico: che si oppone al vomito; sostanza dotata di tale proprietà.

Antispastici categoria di farmaci usati per curare malattie o sindromi dell'apparato gastro-enterico

Anuria: sospensione totale, transitoria o permanente, della secrezione di urina. È una condizione grave in quanto determina l'accumulo nell'organismo di liquidi e di sostanze tossiche normalmente eliminati con l'urina. Una delle cause più frequenti di anuria è l'insufficiente flusso di sangue verso il rene (e quindi l'insufficiente filtrazione del sangue e produzione di urina) in caso di gravi emorragie, estese ustioni, insufficienza cardiaca, stati di shock. Altra causa frequente di anuria è l'ostruzione delle vie urinarie: calcoli, tumore che comprime tali vie ecc. Più raramente l'anuria è dovuta a una malattia dell'apparato di filtrazione del rene, che può insorgere in modo acuto (insufficienza renale acuta) o evolvere progressivamente (insufficienza renale cronica).

Appendice: formazione che appare come un prolungamento, un diverticolo o una porzione terminale di un viscere o di un osso. L'appendice xifoide, o ensiforme, è la porzione terminale dello sterno. La più nota appendice cecale, o appendice vermiforme, è invece un diverticolo cavo tubolare del diametro di circa 1 cm, che si diparte dall'intestino cieco, sotto la valvola ileocecale; poiché è molto ricca di tessuto linfoide è stata chiamata anche "tonsilla intestinale".

Aritmia: ogni condizione nella quale viene a essere alterato il regolare ritmo cardiaco. Nel cuore umano normale il ritmo è di circa 70 battiti al minuto in condizioni di riposo.

Artralgia: dolore articolare senza lesione apprezzabile dell'articolazione.

Artroscopia: metodica impiegata a scopo diagnostico e terapeutico nelle malattie delle articolazioni. Effettuata l'anestesia locale o generale, si pratica un'incisione di 5-7 mm della cute e della capsula, e si introduce uno strumento rigido o flessibile a fibre ottiche (endoscopio) all'interno dello spazio articolare (dopo che questo è stato disteso dalla iniezione di un liquido fisiologico). Si possono così visualizzare le strutture dell'articolazione (superfici ossee, cartilagini, menischi, legamenti, capsula sinoviale) e identificare la natura delle lesioni.

Asbestosi: malattia dei polmoni (pneumoconiosi) causata dalla inalazione prolungata per anni di fibre di asbesto (o amianto), utilizzate un tempo, ma ora vietate, nell'industria del cemento e nella produzione di freni, frizioni e materiali termocoibenti. Il quadro clinico presenta fibrosi polmonare, tosse con scarso escreato, dispnea e insufficienza respiratoria restrittiva. L'asbestosi aumenta il rischio di sviluppare tumori pleurici (mesoteliomi) e carcinomi polmonari. Nei soggetti affetti da asbestosi che siano anche fumatori, il rischio di sviluppare una neoplasia è superiore alla somma dei singoli rischi connessi all'amianto e al fumo..

Ascesso: raccolta di pus, o essudato purulento (formato da neutrofili, cellule necrotiche e liquidi) localizzata e circoscritta, che si forma per un processo di suppurazione (infezione) all'interno di un tessuto o un organo.

Asfissia: impedimento dell'attività respiratoria per occlusione delle vie respiratorie (soffocazione, annegamento, corpo estraneo).

Asintomatico: che è senza sintomi.

Assonotmesi: interruzione delle fibre che corrono all'interno del nervo.

Astenia: mancanza di forza, esaurimento fisico, stanchezza.

Atonia: perdita o riduzione del tono muscolare in un organo contrattile. Può essere determinata da lesioni neuromuscolari, malattie debilitanti, iponutrizione o anche da lunghi periodi di immobilizzazione (atonìa muscolare per ingessatura ecc.).

Atrofia: difetto di nutrizione degli organi e dei tessuti, caratterizzato da una diminuzione notevole del loro volume e del loro peso.

Azotemia: presenza nel sangue di azoto non proteico (che deriva cioè da aminoacidi, acido urico, creatina, creatinina, urea), misurabile dopo l'eliminazione delle proteine mediante apposite procedure di laboratorio. L'ambito di variabilità normale dell'azotemia è diverso secondo il metodo analitico impiegato: 15-35 mg per 100 ml (azotemia non proteica) e 10-20 mg per 100 ml (azotemia ureica); l'azotemia può inoltre subire una riduzione (ipoazotemia) o un aumento (iperazotemia) in relazione a diversi stati patologici. L'iperazotemia è espressione di incapacità del rene di eliminare dal sangue le scorie azotate del catabolismo proteico. La misurazione dell'azotemia è fondamentale nell'ambito delle nefropatie. Per estensione impropria, il termine viene usato talvolta come sinonimo di iperazotemia.

B

Batteriemia: presenza di batteri nel sangue circolante. Per la maggior parte degli autori: è uno stato transitorio, caratterizzato dal passaggio fugace dei germi nel sangue, che non presenta manifestazioni cliniche.

Batterio: è una cellula, un organismo autonomo. Vd diff. da "Virus".

Benzodiazepina: nome generico che designa diverse sostanze dotate di proprietà ansiolitiche, antiepilettiche e ipnotiche.

Brachialgia: nevralgia del plesso brachiale.

Bradycardia: rallentamento dei battiti del cuore, quando le contrazioni al minuto sono inferiori a sessanta.

Briglia: aderenza fibrosa conseguente ad un intervento chirurgico.

C

Candida albicans: fungo microscopico, ospite abituale delle mucose; causa infezioni acute o croniche prevalentemente a carico di cute, unghie e membrane mucose (mughetto), lesioni dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso centrale e dei visceri. Viene isolata raramente dalla cute di soggetti sani; è presente invece sulle loro membrane mucose (bocca, vagina) e nelle feci.

Carcinoma: tumore epiteliale maligno.

Cateterismo: introduzione di un catetere o di una sonda in un canale, in un condotto, in un vaso o in un organo cavo.

Cefalosporine: farmaci antibiotici. Il primo farmaco della serie è la cefalosporina C, da cui si è partiti per la preparazione di vari derivati semisintetici, i quali, sia per i requisiti chemioterapici, sia per la modesta tossicità, hanno assunto un notevole interesse terapeutico. L'attività antibiotica è legata al blocco della sintesi di alcuni componenti della parete cellulare batterica. Tale meccanismo d'azione è analogo a quello delle penicilline. Sulla base delle diverse caratteristiche si distinguono cefalosporine di successive generazioni: alla prima appartengono sostanze come la cefalotina, la cefaloridina, la cefazolina, la cefalessina, la cefradina, prevalentemente attive contro i batteri gram-positivi, poco attive contro lo stafilococco e molti gram-negativi; le cefalosporine di seconda generazione comprendono diverse sostanze con caratteristiche dissimili, aventi tuttavia in comune una maggior resistenza alle betalattamasi batteriche e una notevole stabilità metabolica (cefamandolo, cefuroxima, cefossitina ecc.); infine fanno parte delle cefalosporine di terza generazione farmaci come il ceftazidime, il cefotaxime, il cefoperazone, il ceftriaxone, caratterizzati da una spiccata attività contro i batteri gram-negativi e contro molti anaerobi. In particolare le cefalosporine di terza generazione si dimostrano di grande utilità nella terapia delle infezioni acquisite in ambiente ospedaliero, sostenute da batteri gram-negativi dotati di resistenza multipla nei confronti di molti degli antibiotici comunemente impiegati. Possono indurre, soprattutto dopo la somministrazione orale, nausea, vomito, diarrea, dispepsia.

Cerebropatia: qualsiasi malattia, disturbo o lesione a carico del cervello.

Clorpromazina: neurolettico di tipo sedativo.

Cianosi: colorazione bluastra della cute e delle mucose determinata da condizioni patologiche. È dovuta all'aumento nel sangue capillare dell'emoglobina ridotta (legata cioè all'anidride carbonica). Manifestazioni cianotiche possono comparire durante un'anestesia generale, per malformazioni cardiache o malattie polmonari.

Ciclosporina: farmaco anti-rigetto, trattamento immunosoppressivo.

Coagulazione: parziale solidificazione di liquidi organici ad opera di agenti chimici o fisici.

Colecisti (o cistifellea): organo cavo piriforme, situato nella fossa cistica, sotto la faccia inferiore del fegato, con il fondo volto verso la parete addominale anteriore. Lunga circa 10 cm e larga 3,5-4, ha un volume di circa 40 ml e pareti muscolo-membranose, rivestite internamente da mucosa. La colecisti ha la funzione di raccogliere e concentrare la bile tra un pasto e l'altro e di immetterla nel duodeno.

Colecistectomia: asportazione chirurgica della colecisti.

Colestasi: arresto o rallentamento del flusso della bile provocato da un ostacolo nelle vie biliari.

Collasso cardiocircolatorio: forma di sincope dovuta a una brusca e notevole caduta della pressione arteriosa del sangue, per insufficienza della funzione di pompa del cuore, per emorragia, esposizione a calore eccessivo ecc. Molto diffuso è il collasso cardiocircolatorio vaso-vagale (brusca vasodilatazione generalizzata, da attivazione del nervo vago in seguito a forti emozioni).

Corion: annesso embrionale costituito da una membrana che avvolge l'embrione e delimita con la propria parete la cavità extraembrionaria. Ha un'importante funzione nutritiva in quanto serve a mettere in rapporto l'embrione con la madre. Tale rapporto si stabilisce tramite proliferazioni vascolarizzate (villi coriali), che si formano sulla superficie del corion e si insinuano nello spessore della mucosa uterina con la quale contraggono rapporti più o meno intimi dando origine a diversi tipi di placenta. I villi si formano su tutta la superficie del corion e in seguito possono permanere tutti o regredire in parte. Nelle aree provviste di villi si ha così il corion frondoso, in quelle che ne sono prive il corion liscio.

Coronaria: grande vena che va al cuore.

Coronarografia: radiografia delle arterie coronarie in cui è stato iniettato un liquido radiopaco; l'esame può essere globale, nel caso in cui il prodotto di contrasto viene iniettato al di sopra delle valvole aortiche oppure selettivo quando il liquido viene inviato direttamente in ciascuna delle arterie coronariche il cui orifizio è stato cateterizzato.

Corteo sintomatologico: insieme dei sintomi che un soggetto presenta nell'evoluzione della malattia.

Creatinina: prodotto catabolico della creatina e del creatinfosfato. Viene eliminata con le urine in misura proporzionale al peso corporeo del soggetto e allo sviluppo delle masse muscolari. L'aumento delle concentrazioni ematiche di creatinina e la sua diminuzione nell'urina sono indice di grave compromissione della funzionalità renale. Un altro indice largamente utilizzato per valutare la funzionalità renale è la "clearance della creatinina", cioè della quantità di sangue che può essere depurata da questa sostanza nell'unità di tempo.

D

Dato clinico: elementi emersi dalla visita (es. tosse, raffreddore).

Dato strumentale: elementi emersi dagli esami.

Deiscenza: riapertura spontanea di una ferita o di un taglio chirurgico dopo che i margini della ferita stessa avevano aderito. Il termine indica anche l'apertura del follicolo portatore dell'uovo quando questo durante il ciclo mestruale è giunto a maturazione.

Deliquo: serie di sintomi che possono variare dalla semplice ipotensione, allo svenimento, fino alla vera e propria sincope e all'arresto cardiaco.

Depressione: patologia dell'umore caratterizzata da un insieme di sintomi cognitivi, comportamentali, somatici ed affettivi che, nel loro insieme, sono in grado di diminuire in maniera da lieve a grave il tono dell'umore, compromettendo il "funzionamento" di una persona, nonché le sua abilità ad adattarsi alla vita sociale.

Diazepam: sin. di benzodiazepine.

Discinesia tardiva: sindrome che compare nei soggetti che assumono per anni farmaci neurolettici, talvolta proprio al momento della sospensione della terapia. Essa consiste in movimenti coreo-atetosici delle labbra, della lingua, dei muscoli del viso e talvolta anche di quelli degli arti e del tronco, e può persistere anche per anni dopo la fine della cura. Essa sarebbe dovuta ad una ripartizione anomala di alcuni mediatori chimici nel locus niger e nei corpi striati (eccesso di dopamina rispetto all'acetilcolina).

Disfagia: difficoltà a deglutire cibi solidi e liquidi. Si distinguono una disfagia organica, causata da lesioni situate tra la bocca e lo stomaco, e una

disfagia funzionale, dovuta a malfunzionamento della muscolatura faringo-esofagea.

Disidratazione: carenza di acqua nell'organismo dovuta a perdita eccessiva (per diarrea profusa, vomito ripetuto, traspirazione eccessiva), o a insufficiente assunzione. I sintomi della disidratazione, oltre alla sete, sono: debolezza generale, secchezza e mancanza di elasticità della pelle, infossamento dei bulbi oculari, aumento della temperatura corporea, diminuzione della diuresi. In caso di disidratazione, oltre che dell'acqua, è necessario rifornire l'organismo anche dei sali minerali che sono andati perduti con la perdita d'acqua; perciò, eventualmente dopo una fleboclisi di soluzione fisiologica arricchita, è preferibile assumere liquidi sotto forma di frutta e succhi, o di brodo vegetale o di carne.

Dismenorrea: mestruazione difficile e dolorosa. Il flusso sanguigno può essere accompagnato da espulsione di una parte della mucosa uterina.

Dispepsia: difficoltà di digestione, gastrica o intestinale.

Dissezione aortica: dilatazione dell'aorta dovuta allo scollamento della tonaca intima del vaso e alla formazione di una via di flusso sanguigno fra questa e le altre tonache di rivestimento del vaso. Costituisce la più frequente e la più importante patologia acuta a carico dell'aorta e se non trattata è quasi sempre mortale. La diagnosi tempestiva e le attuali possibilità di cura consentono alla maggior parte dei pazienti di sopravvivere. L'arteriosclerosi costituisce la condizione predisponente più frequente. La dissezione aortica comincia a verificarsi a partire dal tratto ascendente e può estendersi in entrambe le direzioni. La condizione può manifestarsi con sintomi diversi: la comparsa improvvisa ed estesa del processo di dissezione aortica costituisce però una condizione quasi sempre d'emergenza, caratterizzata da un dolore lancinante, paragonabile a quello dell'infarto miocardico acuto, localizzato prevalentemente al torace; l'irradiazione al collo o alla schiena presuppone un'origine più bassa della dissezione aortica (arco aortico o aorta toracica). A questi sintomi si associano spesso segni di shock, tali da rendere inevitabile il ricovero nelle unità di cura intensiva. Il trattamento può essere medico o chirurgico: la presenza di emorragia interna, di compromissione del circolo cerebrale, di un'insufficienza aortica acuta, di

progressiva e inarrestabile estensione della dissezione aortica rendono improrogabile l'intervento chirurgico. Il trattamento medico tende, nei casi a prognosi favorevole, al controllo della pressione arteriosa e alla riduzione della forza di contrazione del cuore (per stabilizzare il processo): vengono impiegati trimetafano e nitroprussiato, con l'associazione di betabloccanti. Anche in questo caso la prognosi a breve termine, senza intervento, rimane grave.

Distocia: difficoltà patologica nel parto. Si distinguono distocie materne e distocie fetali. Quella materna dipende, in genere, da anomalie del canale del parto (vizi di bacino, rigidità dei piani muscolari, varici ecc.) o da altri fattori ovarici o uterini; per esempio, deficienza o eccesso delle contrazioni uterine. La distocia fetale si verifica in caso di eccesso di volume del feto, difficile presentazione, irregolare disposizione di gemelli nel parto composto, rottura prematura del sacco amniotico, placenta previa, e in altri casi. Il parto distocico può essere causa di sofferenza fetale, che può avere gravi conseguenze sullo sviluppo neuropsichico del bambino, come l'oligofrenia e le sindromi spastiche.

Distonia neurovegetativa: alterazione dell'equilibrio fra il tono simpatico e il tono parasimpatico, con prevalenza del primo (simpaticotonia) o del secondo (vagotonia). I disturbi funzionali che la caratterizzano dipendono dall'iperattività dei due sistemi: tachicardia, pallore, ipertensione nel primo caso; bradicardia, secchezza orale, turbe gastroenteriche, midriasi nel secondo.

Drenaggio: trattamento delle raccolte liquide settiche o asettiche, che consiste nell'assicurarne il deflusso continuo mantenendo beante l'apertura attraverso cui fuoriescono tramite un tubo (di drenaggio) che ne consente l'aspirazione.

E

Eclampsia: sindrome che si manifesta con un accesso convulsivo di tipo epilettico. Può insorgere durante la gravidanza (eclampsia gravidica) o il puerperio, come complicazione di una gestosi. È una situazione grave, che richiede ricovero ospedaliero e terapia intensiva.

Ecocardiografia: la metodica diagnostica dell'ecografia impiegata nell'esame del muscolo cardiaco e dei grossi vasi sanguigni. Esplorazione del

cuore tramite gli ultrasuoni; permette lo studio delle diverse strutture dell'organo. L' E. transesofagea permette di studiare meglio dell' E. transtoracica la parte posteriore del cuore.

Ecografia: o ecotomografia, tecnica diagnostica basata sull'impiego di ultrasuoni. Con una sonda appoggiata sulla pelle si invia un fascio di ultrasuoni verso le strutture corporee da esaminare. In relazione alla densità dei tessuti attraversati, gli ultrasuoni vengono variamente riflessi, raccolti dalla stessa sonda emettitrice ed elaborati dall'apparecchio in un'immagine su monitor.

Edema: condizione in cui è presente una quantità di liquido superiore alla norma negli spazi interstiziali dei tessuti e che comporta un anomalo rigonfiamento degli organi o delle regioni interessate, cui seguono alterazioni delle caratteristiche dei tessuti colpiti e della composizione del sangue, che viene privato di parte della componente liquida. L'edema può essere dovuto sia ad aumento della pressione all'interno dei capillari (stasi di origine cardiaca, compressione del distretto venoso a valle), sia a un'ostacolata circolazione linfatica, sia ad aumentata permeabilità capillare (edema in corso di infiammazione o di reazioni allergiche come l'edema di Quincke), sia a una diminuzione della pressione oncotica del plasma (in corso di ipoalbuminemia).

Edema polmonare acuto: accumulo di liquido nei setti alveolari e negli spazi extracellulari del parenchima polmonare, accompagnato da congestione e dilatazione dei capillari del circolo polmonare. Il liquido, così interposto fra aria alveolare e sangue capillare, causa un'alterazione della meccanica polmonare e della diffusione dei gas respiratori; ne conseguono difficoltà all'espansione della gabbia toracica e allo scambio di ossigeno e anidride carbonica. Può arrivare a determinare insufficienza respiratoria acuta, anche letale. Per ragioni di energia gravitazionale, il liquido edematoso si dispone nei segmenti polmonari inferiori a paziente seduto, mentre in posizione reclinata si raccoglie nei segmenti dorso-posteriori. Nei casi avanzati si osserva il progressivo ingombro dell'albero respiratorio da parte del trasudato fino all'emissione attraverso la bocca del paziente di un liquido schiumoso rosato, costituito dal fluido edematoso mescolato ad aria e sangue. Il quadro è caratterizzato da tosse, dispnea intensa,

cianosi, espettorato schiumoso, ipotensione sistemica con aumento della frequenza cardiaca fino al collasso cardiocircolatorio. La causa più frequente è rappresentata da una insufficienza cardiaca del ventricolo sinistro, che provoca un ristagno di sangue nei polmoni, con aumento della pressione nei capillari e travaso di trasudato negli spazi extracellulari. Oltre alle cause generali di predisposizione, possono provocare edema polmonare acuto l'embolia polmonare, allergie sistemiche, shock, inalazione di gas tossici, sovraccarico venoso per eccessiva introduzione di liquidi per via endovenosa, soprattutto in soggetti con disfunzioni renali, la permanenza senza acclimattizzazione a notevoli altitudini. La terapia prevede impiego di diuretici per via endovenosa, morfina, somministrazione di ossigeno ed eventualmente digitalici.

Elettrocardiografia: registrazione mediante elettrocardiografo dei fenomeni elettrici legati all'attività cardiaca.

Ematemesi: presenza di sangue nel materiale vomitato. Il fenomeno si verifica in presenza di malattie in grado di provocare perdite di sangue nella cavità gastrica e nel lume esofageo: gastriti ed esofagiti (in genere si tratta di ematèmesi di lieve entità), ulcere gastriche, duodenali o esofagee (ematèmesi di maggior importanza), tumori gastrici o esofagei (ematèmesi di varia gravità), varici esofagee e del fondo gastrico nelle fasi avanzate di una cirrosi epatica per ipertensione portale (ematèmesi di notevole serietà), rottura di un aneurisma aortico nel lume esofageo (mortale). Il disturbo è sempre associato alla presenza di sangue digerito nelle feci (melena, cioè "feci nere").

Ematologia: disciplina che si occupa dello studio della fisiologia e della patologia del sangue e degli organi che lo producono.

Ematoma: raccolta di sangue fuoruscito dal sistema circolatorio e localizzata in un tessuto o in una cavità dell'organismo.

Ematuria: emissione attraverso l'uretra di sangue misto ad una percentuale più o meno grande di urina.

Emazia: globulo rosso.

Embolo: corpo estraneo che determina l'embolia. Sostanza presente nel torrente circolatorio, di composizione chimica diversa da quella del sangue e non

mescolabile a esso. Esistono emboli solidi, liquidi e gassosi. I primi possono essere costituiti da: frammenti di trombi staccatisi dalla massa trombotica principale; parti di tessuto necrotico da lesioni delle pareti vasali; cellule viventi, solitamente neoplastiche; parassiti del sangue o batteri e funghi penetrati dall'esterno; raramente, anche corpi estranei quali aghi, spilli, schegge. Gli emboli liquidi, o gassosi, sono costituiti da grassi o oli, penetrati accidentalmente o provenienti dal tessuto adiposo, soprattutto in caso di frattura ossea. L'embolo gassoso è, di solito, una bolla di azoto o di aria. L'embolo può essere arterioso, e allora produce ischemia negli organi irrorati dal vaso che lo contiene, o venoso, e in questo caso giunge al polmone determinando embolia polmonare.

Embolia: presenza nel torrente circolatorio di emboli; oblitterazione brusca di un vaso sanguigno o linfatico provocata da un corpo estraneo trasportato dalla circolazione.

Embolia Polmonare: oblitterazione di una o più branche dell'arteria polmonare da parte di corpi estranei, per lo più coaguli sanguigni che provengono dal territorio della vena cava inferiore. Anche se può provocare un infarto polmonare evidente, i segni ne sono spesso dissociati e incompleti: malori, tachicardia, fitta al costato. Una flebite e una fascia di atelettasia alla radiografia toracica senza preparazione fanno sospettare la diagnosi che verrà poi confermata dalla scintigrafia e dall'angiografia polmonare. L'eparina è il trattamento abituale.

Emocoltura: insembramento di un mezzo di coltura con una piccola quantità di sangue prelevato da un paziente con iniezione venosa.

Emocromo: emocromo (o esame emocromocitometrico), comunemente chiamato analisi del sangue, è un esame di laboratorio che serve a valutare la quantità delle cellule (globuli bianchi, rossi, piastrine) presenti nel sangue periferico.

Emorragia: fuoriuscita di sangue dai vasi all'interno del corpo (emorragia interna), oppure all'esterno (emorragia esterna), dovuta a cause traumatiche, tossiche, infettive, metaboliche, oppure a malattie del sangue.

Emostasi: (o emocoagulazione, o coagulazione del sangue), processo fisiologico che, in caso di rotture della parete vascolare, porta alla formazione del coagulo, che ha la funzione di arrestare o limitare il verificarsi di una emorragia.

Emotrasfusione: sinonimo di trasfusione.

Emottisi: espulsione con la tosse di sangue rosso vivo proveniente dalle vie respiratorie.

Encefalopatia: termine generico che indica qualsiasi malattia dell'encefalo.

Endocardio: tunica interna del cuore che riveste le cavità cardiache e contribuisce a costituire le valvole. Continua con l'endotelio dei grandi vasi.

Endocardite: infiammazione dell'endocardio. Può essere localizzata all'altezza delle diverse valvole cardiache o posta sulle pareti delle cavità cardiache. Può essere batterica (le emocolture sono negative) o batterica.

Endogeno: che è prodotto nell'organismo.

Endoscopia: tecnica diagnostica e terapeutica che permette, mediante l'uso di specifiche apparecchiature dette endoscopi, di esplorare visivamente l'interno di alcuni organi e cavità del corpo umano, allo scopo di verificare l'eventuale presenza di alterazioni morbose e di praticare piccoli interventi chirurgici (asportazione di materiale patologico, cauterizzazioni, biopsie ecc.).

Enfisema: letteralmente, indica una condizione patologica caratterizzata dall'infiltrazione gassosa di segmenti corporei: polmoni (enfisema polmonare), mediastino (enfisema mediastinico), sottocute (enfisema sottocutaneo) ecc. Comunemente si fa riferimento all'enfisema polmonare che, tra tutte queste condizioni, è la più frequente. L'enfisema polmonare consiste in un aumento del contenuto d'aria del polmone conseguente alla scomparsa o alla diminuzione delle fibre elastiche, con dilatazione permanente delle vie aeree intrapolmonari.

Enucleazione: estirpazione dell'occhio incidendo la congiuntiva.

Eparina: anticoagulante presente nel fegato e in altri tessuti, usato per contrastare il rischio di trombosi ed embolie, e in laboratorio per rendere incoagulabile il sangue da esaminare.

Epatite: processo infiammatorio del fegato, che può essere acuto o

cronico. Le cause più importanti di epatite sono i virus (vedi epatite virale), l'alcol e i farmaci.

Epatomegalia: affezioni congenite croniche, talvolta familiari, non infettive e manifestatesi sin dalla prima infanzia. Sono caratterizzate da notevole ipertrofia del fegato senza splenomegalia, da ritardo della crescita, da turbe del metabolismo dei glucidi e dei lipidi; esse sarebbero dovute ad un eccessivo accumulo di grassi nel fegato o di glicogeno.

Epatopatia: termine generico che indica malattia del fegato. In generale il quadro delle epatopatie varia dalla semplice steatosi - caratterizzata dall'accumulo reversibile di grassi (in particolare trigliceridi) sotto forma di goccioline nelle cellule epatiche-, all'epatite e alla cirrosi, con lesioni gravi, non più reversibili, e progressivamente sempre più rilevanti. Il danno epatico può essere indotto da diversi fattori, come sostanze tossiche (per esempio, alcol, sostanze chimiche, compresi alcuni farmaci), agenti infettivi (virus, batteri, parassiti), e da patologie di altri organi (per esempio, cardiopatie, malattie metaboliche, tumori).

Epicrisi: insegnamento che si ricava dall'osservazione completa della malattia dall'origine alla conclusione oppure insieme dei fenomeni che si manifestano dopo la crisi e che hanno lo stesso significato.

Epidemiologia: studio della diffusione e della frequenza delle malattie.

Epilessia: sindrome neurologica caratterizzata da alterazione dell'attività bioelettrica del cervello, che si manifesta con "crisi" di aspetto clinico diverso - sensitive, psichiche, neurovegetative, motorie - e insorgenza improvvisa, con spiccata tendenza a ripetersi (una sola crisi, quindi, non significa automaticamente epilessia). Tali crisi dipendono da una improvvisa e incontrollata iperattività elettrica delle cellule cerebrali, dalla quale origina una "scarica" elettrica. La scarica può restare confinata a un gruppo di cellule del cervello, oppure interessare inizialmente solo un gruppo e successivamente diffondere all'insieme delle altre cellule, oppure interessare fin dall'inizio e nello stesso tempo tutte le cellule del cervello. Nel primo caso (crisi focale o parziale) le manifestazioni cliniche sono diverse a seconda della zona cerebrale interessata dalla scarica anormale (irrigidimento, scosse, allucinazioni, amaurosi transitoria, sensazioni di

gusto e odori strani ecc.). Nel secondo caso, vi sono inizialmente manifestazioni come quelle ora descritte, cui seguono manifestazioni generali motorie e perdita di coscienza (crisi parziale secondariamente generalizzata). Nel terzo caso, infine, si ha fin dal principio una sintomatologia generalizzata con manifestazioni motorie e completa perdita di coscienza (crisi tonico-clonica o convulsiva o crisi di Grande male), o senza manifestazioni motorie e con compromissione della coscienza (assenze, Piccolo male), o - ancora - con scosse localizzate prevalentemente agli arti superiori senza compromissione della coscienza (Piccolo male mioclonico). Al termine della crisi (se questa è durata meno di 30 minuti - 1 ora) le cellule riprendono il loro normale funzionamento e non residua alcun deficit. Va ricordato che in più occasioni possono verificarsi crisi cosiddette "occasionali" a seguito di danni cerebrali acuti tossici, dismetabolici, ipertensivi, traumatici, infettivi o vascolari che possono ripetersi anche a distanza ravvicinata di tempo: in questi casi - possibili sia nell'infanzia che nell'età adulta - non si può tuttavia parlare propriamente di epilessia, ma solo di crisi epilettiformi.

Episiorrafia: cfr episiotomia.

Episiotomia: incisione chirurgica del perineo, praticata per allargare l'orifizio vaginale durante il parto e prevenire la possibile lacerazione dei tessuti perineali durante l'espulsione del feto. Al termine del parto viene suturata (episiorrafia) dopo aver verificato ed eventualmente suturato lacerazioni della cervica uterina (trachelorrafia).

Epistassi: emorragia arteriosa nasale, che può verificarsi senza causa apparente (epistassi essenziale) o come sintomo di un'affezione locale o generale (epistassi secondaria).

Ernia inguinale: fuoriuscita di intestino tenue, omento e vescica attraverso il canale inguinale.

Erniectomia: asportazione dell'ernia

Esame ematochimico: esame del sangue.

Esantema: eruzione cutanea di varia forma, di colorito rosso vivo, sintomi di alcune malattie infettive.

Esofagoscopia: metodo di indagine endoscopica, che permette

la visione dell'intero tubo esofageo.

Eutocico: si dice del parto che si svolge in modo fisiologico, senza inconvenienti per la madre né per il feto.

Exenterazione: sinonimo di eviscerazione; svuotamento della cavità orbitaria.

Extrapiramidale:sindrome. Insieme dei disturbi provocati dall'alterazione del sistema extrapiramidale. Si tratta essenzialmente di modificazioni della tonicità muscolare e della regolazione dei movimenti involontari e automatici. Tali sindromi si raggruppano in diversi tipi: sindrome parkinsoniana, corea, atetosi, malattia di Wilson, spasmi di torsione, emiballismo, ecc.

Extrapiramidale: sistema. Insieme dei nuclei grigi motori e delle fibre afferenti ed efferenti posti nelle regioni sotto-corticale e sotto-talamica, ad esclusione della via piramidale e del cervelletto.

Eziologia: studio delle cause delle malattie.

F

Farmaci Depot: farmaci somministrati tramite iniezioni intramuscolari a lento rilascio.

Fibrillazione: alterazione della normale contrattilità dei muscoli. La fibrillazione muscolare è un fenomeno caratterizzato dalla contrazione irregolare di singole fibre dei muscoli scheletrici, che si produce allorché viene distrutta o danneggiata la loro innervazione motoria. La fibrillazione è l'espressione di un'aumentata sensibilità del muscolo all'azione dell'acetilcolina, la quale, pur in assenza di attività nervosa, può formarsi localmente oppure essere trasportata in piccole quantità nel distretto denervato attraverso il torrente circolatorio. Interessando singole fibre muscolari, la fibrillazione non è osservabile a occhio nudo e non va confusa con la fascicolazione. La fibrillazione atriale e la fibrillazione ventricolare sono contrazioni anomale della muscolatura del cuore, che alterano la regolarità del ritmo cardiaco.

Fistola: canale; tramite, congenito o acquisito, che lascia passare un liquido fisiologico o patologico e mantenuto dal passaggio del liquido stesso.

Flogosi: sinonimo di infiammazione.

Flufenazina: neurolettico di tipo incisivo o antipsicotico.

G

Gestosi: malattia dovuta alla gravidanza; regredisce dopo il parto, anche se può lasciare qualche conseguenza. Si distinguono una gestosi precoce o del primo trimestre (iperemesi gravidica, con nausea, iperproduzione di saliva e accessi di vomito) e una gestosi tardiva o del terzo trimestre. Nella gestosi tardiva, pur potendo essere interessati vari organi e apparati, la funzione renale è, di solito, quella più gravemente compromessa. La causa della malattia non è conosciuta, anche se sono noti alcuni fattori che la favoriscono (obesità, disagiate condizioni socio-economiche, predisposizione familiare e clima freddo-umido). Contribuiscono, poi, a provocare la gestosi fattori quali squilibri dietetici, autoimmunità e uno stato ipertensivo preesistente alla gravidanza. La gestosi è caratterizzata da sintomi che possono comparire isolatamente o associati: aumento di peso superiore a quello ritenuto fisiologico in gravidanza; proteinuria con possibile alterazione della funzione renale, albuminuria; edemi, soprattutto a livello di malleoli, regione sovrapubica, palpebre, dita e regione presacrale, ma anche agli arti inferiori; ipertensione arteriosa. Complicazioni gravi possono essere l'eclampsia e il distacco intempestivo della placenta. Oltre alle norme generali, che hanno funzione profilattica (ripetuti controlli del peso e della pressione arteriosa e i ripetuti esami delle urine nel corso del terzo trimestre), in caso di gestosi sintomatica sono previsti: riposo prolungato a letto in decubito laterale; evitare traumi ed eccessive sollecitazioni psico-emotive e sensoriali; dieta sodiopovera ipercalorica: iperproteica, normoglicidica e fortemente ipolipidica; terapia antipertensiva. Riguardo all'induzione del travaglio di parto, se il feto cresce bene è opportuno prolungare la gravidanza fino alla 36° settimana, con espletamento di parto naturale; nel caso vi sia grave sofferenza fetale o materna, è utile il parto cesareo, anche prima della 36° settimana.

Gnatologia: parte dell'odontoiatria che si occupa dell'apparato masticatorio.

Gonalgia: dolore al ginocchio.

Granulocitopenia: carenza di granulociti nel sangue e nel midollo osseo.

In pratica il termine granulocitopenia è usato come sinonimo di neutropenia

H

I

Iatrogeno: che è prodotto dal medico.

Ileo: segmento terminale dell'intestino tenue; fa seguito all'intestino digiuno e precede l'intestino cieco, da cui lo separa la valvola ileocecale.

Ileostomia: creazione di un ano artificiale, in genere posto nel quadrante addominale inferiore destro, conseguenza di un intervento chirurgico di asportazione totale del colon. L'ileostomia è temporanea quando è possibile la ricanalizzazione intestinale in un secondo tempo mediante congiungimento dell'ileo con il retto; è definitiva nel caso di asportazione totale, oltre che del colon, anche del retto.

Immunodeficienza: alterazione delle funzioni immunitarie dell'organismo, ossia l'incapacità dell'organismo di rispondere adeguatamente e quindi di proteggersi dall'attacco di fattori esterni nocivi (virus, batteri, funghi, sostanze tossiche ecc.). l'insufficienza o l'assenza della funzione immunologica si manifestano con una maggiore suscettibilità alle infezioni e alle malattie autoimmuni (quelle, cioè, dovute a un errore del sistema immunitario, che agisce contro componenti del proprio organismo).

Invaginazione: tipo di spostamento del canale intestinale che consiste nell'introduzione di una porzione di intestino nella porzione successiva, in modo tale che la prima porzione sia inguainata nella seconda come un dito di un guanto.

Ipercapnia: aumento della concentrazione di anidride carbonica disciolta nel sangue e nel liquor.

Iperpiressia: aumento della temperatura corporea, febbre molto alta (oltre i 40° C), (iper + piressia).

Iperensione arteriosa: aumento della pressione arteriosa a livelli costantemente superiori ai valori medi presenti nella popolazione.

Ipertermia: aumento della temperatura corporea oltre i limiti fisiologici, febbre, piressia.

Ipervolemia: aumento della massa totale di sangue circolante.

Iponatriemia: si intende una sodiemia inferiore a 130 mmol/L.

Iposodiemia: vd. sodiemia.

Ipossia: diminuzione *minima* (diff. da anossia) della quantità di ossigeno distribuita ai tessuti attraverso il sangue.

Ipossiemia: diminuzione della pressione dell'ossigeno nel sangue arterioso. È caratteristica, per esempio, degli stati di insufficienza respiratoria.

Ipotensione: condizione in cui i valori pressori di un individuo sono più bassi di quelli considerati normali

Ipotermia: abbassamento della temperatura corporea sotto la media fisiologica.

Ipovolemia: diminuzione della massa di sangue circolante (volemia). Si può verificare in seguito a emorragie, interne ed esterne, a perdita di acqua e sali attraverso la via renale (come in corso di diabete, di massiccia terapia diuretica, di morbo di Addison), gastroenterica (come in tutte le condizioni che provocano vomito o diarrea profusi, per esempio, il colera), cutanea (nei grandi ustionati). L'ipovolemia può instaurarsi lentamente, permettendo la messa in atto di meccanismi idonei a garantire la perfusione degli organi vitali, oppure rapidamente, configurandosi così il quadro dello shock ipovolemico, caratterizzato da tachicardia, pallore cutaneo, sudorazione fredda, caduta della pressione arteriosa. Se non si interviene velocemente, ripristinando la massa circolante mediante la somministrazione di sostituti del plasma come i plasma-expanders, lo shock ipovolemico conduce a morte in pochi giorni nell'ambito di una sindrome denominata "multiple organ system failure", cioè insufficienza multiorgano (principalmente insufficienza respiratoria, insufficienza renale e acidosi).

Ischemia: diminuzione o soppressione del flusso di sangue in un determinato distretto corporeo, che provoca uno stato di sofferenza nei tessuti non più sufficientemente irrorati in rapporto alle loro esigenze metaboliche, fino alla compromissione degli organi coinvolti (per esempio, infarto). La causa immediata è sempre un restringimento o un'occlusione del lume delle arterie, prodotto da contrazione della parete muscolare, da compressione dall'esterno, diretta o

indiretta (tumori, cicatrici, legature ecc.), da ispessimento della parete arteriosa (arteriosclerosi, tumori, processi infiammatori e degenerativi), da ostruzione del lume vasale (trombi, emboli, parassiti). Un'ischemia transitoria può verificarsi, senza modificazioni del lume dei vasi afferenti, per l'improvviso richiamo di una grande quantità di sangue in un altro distretto vasale, vicino o lontano; così si spiegano le ischemie cerebrali in seguito all'improvviso afflusso di sangue nei vasi della cute durante un bagno molto caldo. I danni provocati dall'ischemia sono in rapporto alla sua entità e al vaso colpito, alla durata, alle esigenze del tessuto ischemizzato (miocardio e tessuto nervoso sopportano un'ipossia di brevissima durata) e allo stato precedente del tessuto interessato. Esempi di ischemia temporanea sono il formicolio degli arti se mantenuti in posizioni coatte, la vasocostrizione da freddo, la claudicatio intermittens (zoppicamento intermittente) in corso di arteriopatìa obliterante degli arti inferiori, l'angina pectoris, l'angina abdominis e la malattia di Raynaud. Tra le ischemie permanenti gli infarti sono le evenienze più gravi (infarto miocardico, cerebrale, polmonare, intestinale ecc.).

Isterectomia: asportazione chirurgica dell'utero.

L

Laparocele: estroflessione di tipo erniario di parte della massa intestinale dovuta alla lassità della parete addominale anteriore.

Laparoscopia: studio degli organi contenuti nella cavità addominale e pelvica, eseguito con uno strumento detto laparoscopio. L'esame viene praticato in anestesia generale. Si procede dapprima all'istituzione di uno pneumoperitoneo, insufflando anidride carbonica nella cavità addominale allo scopo di distanziare le pareti dei visceri; quindi lo strumento di osservazione viene introdotto nella cavità peritoneale attraverso una piccola apertura praticata nella parete dell'addome.

Laparotomia: incisione chirurgica della parete addominale.

Leucocitosi: aumento del numero dei globuli bianchi presenti nel sangue.

Leucopenia: diminuzione dei leucociti del sangue al disotto del minimo dei normali valori fisiologici.

Linfoma: o insieme di malattie con quadri clinici anche diversi tra loro.

Costituiscono una delle neoplasie pi(o linfoma maligno) tumore derivante dalla trasformazione neoplastica di cellule che risiedono prevalentemente nel tessuto linfoide. I linfomi rappresentano un vasto gruppo di malattie, assai eterogenee dal punto di vista clinico e istologico. Le due principali varianti di linfoma maligno sono il morbo di Hodgkin e il linfoma non-Hodgkin.

Lipotimia: malessere passeggero per il quale si avverte un'impressione angosciante di perdita dei sensi imminente con pallore, sudorazioni, disturbi alla vista e ronzii agli orecchi. Solo raramente termina con uno svenimento totale. L'affezione, di origine vasomotoria, si manifesta spesso in corrispondenza di un'emozione, oppure quando un malato costretto a letto si alza per la prima volta.

Lyell (Sindrome di): (o necrosi epidermica tossica) reazione mucocutanea generalizzata conseguente all'assunzione parenterale di alcuni farmaci (sulfamidici, pirazolonici, idantoina i più frequenti, ma anche acido acetilsalicilico e alcuni antibiotici, antidiabetici orali, antipertensivi, antitubercolari), probabilmente su base immunologica. Si manifesta con un esantema morbilliforme che compare ore o giorni dopo l'assunzione del farmaco, a cui seguono scollamenti bollosi dermo-epidermici e mucosi. Ciò comporta conseguenze sistemiche, con grave prostrazione e disidratazione e possibile shock. Nei casi peggiori, la morte sopravviene entro 1-2 settimane per shock emodinamico, emorragie gastrointestinali, edema polmonare, insufficienza renale acuta o infezioni. Nei casi che evolvono a guarigione, i reliquati possono essere invalidanti. La terapia deve essere intensiva.

M

Meconio: materiale viscoso di colore verdastro, costituito da bile, cellule epiteliali e muco, contenuto nel canale intestinale del feto ed espulso entro le prime 24 ore di vita.

Membrane ialine (malattia delle): malattia causata dall'assenza del surfattante (o tensioattivo) negli alveoli dei polmoni dei nati pretermine (colpisce il 40% dei nati prima della 31^a settimana) e talora dei neonati da madre diabetica; ne risulta una diminuita elasticità polmonare, con ridotta possibilità di espansione alveolare. Nelle prime ore di vita si manifesta insufficienza respiratoria

ingravescente, accompagnata spesso da una cardiopatia. I neonati presentano: cianosi, gemito respiratorio, retrazione toracica inspiratoria, continue variazioni della frequenza respiratoria. La terapia comporta il ricovero presso centri di rianimazione e terapia intensiva, la somministrazione di ossigeno, antibiotici, diuretici, digitalici, citicolina; con adeguata cura la mortalità si riduce a meno del 30% dei casi. È oggi possibile valutare prima della sua nascita lo stato di maturità polmonare di un feto: il rapporto lecitine/sfingomieline, il dosaggio della dipalmitoil-lecitina e la presenza di fosfatidilinositolo e fosfatidilglicerolo, sono tutti test specifici -che si possono eseguire sul liquido amniotico- in grado di fornire utili indicazioni sulla produzione di surfattante. È inoltre possibile, oggi, eseguire una profilassi, attraverso la somministrazione -alla madre- di cortisonici, che aumentano la produzione di surfattante. Anche l'aminofillina e l'ambroxol sono farmaci capaci di stimolare la rapida maturazione del surfattante. In alcuni casi, infine, è stato possibile procedere all'instillazione endotracheale di surfattante artificiale nel neonato, ma i risultati non si possono ancora definire conclusivi.

Meningi: insieme delle tre membrane che avvolgono il sistema nervoso centrale. Dall'esterno verso l'interno sono la dura madre (o pachimeninge), l'aracnoide e la pia madre (o leptomeningi).

Meningioma: tumore solitamente benigno che si sviluppa nelle meningi a spese del tessuto aracnoideo. Si accresce con estrema lentezza.

Menisco: fibrocartilagine che si trova interposta tra due superfici adiacenti di alcune articolazioni, al fine di rendere le stesse più stabili ("riempiendo i vuoti"), contribuendo contemporaneamente alla protezione dei capi ossei contrapposti grazie a un effetto cuscinetto; può avere forme diverse (anulare, semilunare ecc.) e differenti dimensioni. È una formazione caratteristica delle articolazioni condiloidee (come il ginocchio).

Mesotelioma: tumore maligno derivato dal tessuto mesoteliale (peritoneo, pleura, pericardio). La localizzazione più importante è a livello pleurico, dove se ne riconoscono due forme principali: una localizzata e una diffusa a tutta la superficie di rivestimento del polmone, spesso associata a

imponente versamento pleurico. La sintomatologia può essere assente o rappresentata da dolore toracico e difficoltà respiratorie, con o senza tosse secca. Vi è una significativa associazione fra l'insorgenza del tumore e l'esposizione ambientale o professionale all'asbesto: l'intervallo fra l'esposizione e la comparsa del mesotelioma è in genere lungo, spesso superiore a venti anni. Il mesotelioma offre scarse possibilità terapeutiche: la chirurgia nelle forme localizzate è efficace, mentre la forma diffusa, inoperabile, si mostra in genere resistente a qualsiasi forma di chemioterapia o radioterapia.

Mesoterapia: metodo di somministrazione dei farmaci, che vengono iniettati nel derma e nel sottocutaneo o distribuiti sull'epidermide per mezzo di appositi aghi.

Metrorragia: perdita di sangue di origine uterina, che si manifesta nel periodo intermestruale.

Microbo: termine generico che indica gli esseri unicellulari tanto piccoli da non poter essere visti, in nessun momento della loro esistenza, se non al microscopio. Designa, quindi, oltre ai batteri, altre specie come i lieviti, le muffe, i protozoi, le rickettsie, le spirochete, i virus.

Microcefalia: circonferenza cranica di dimensioni più piccole rispetto ai valori normali per la popolazione d'appartenenza. Generalmente è legata a malformazioni encefaliche e insufficienza mentale.

Mielografia: radiografia del midollo spinale dopo iniezione, nello spazio subaracnoide, di sostanze di contrasto iodate o di aria.

Mioma: tumore benigno costituito da tessuto muscolare liscio (leiomioma) o striato (rabbdomioma). Il più noto tra i leiomiomi è il fibroleiomioma uterino. I rabbdomiomi, molto rari, si localizzano spesso nel tessuto muscolare del cuore.

Morbilità: stato di malattia. Insieme di malattie che hanno colpito un individuo o un gruppo di individui in un periodo definito.

Murmure respiratorio/vescicolare: rumore percepibile appoggiando l'orecchio sul torace di un soggetto che non presenta alcuna lesione toracica e che respira naturalmente.

N

Natura funzionale: che non ha origine in un fattore organico (es. mal di testa causato da stress).

Natura organica: che ha origine in un fattore organico (es. mal di testa dovuto a un tumore).

Necrosi: complesso di alterazioni strutturali irreversibili comportanti la perdita di qualsiasi funzione vitale a carico di gruppi cellulari, zone di tessuto, porzioni d'organo.

Necrotizzante: che provoca o determina la necrosi in un tessuto.

Nefrite: vd. “nefropatia”.

Nefrolisi: liberazione chirurgica del rene e resezione del suo involucro celluloso.

Nefrologia: studio del rene e delle sue malattie.

Nefrologo: medico specialista delle affezioni renali.

Nefropatia: termine con cui si può indicare genericamente qualsiasi malattia a carico del rene, di natura sia infiammatoria sia degenerativa, vascolare, tossica ecc. Più specificamente, il termine nefropatia viene oggi utilizzato per indicare, in particolare, le nefriti.

Neutropenia: sinonimo di leucopenia neutrofila, che consiste nella diminuzione dei leucociti del sangue al di sotto del minimo dei normali valori fisiologici. Vi sono leucopenie globali e leucopenie parziali: neutrofile (neutropenia), linfocitiche (linfopenia), eosinofile (eosinopenia) ecc. Le più comuni sono le forme neutrofile, che nei casi estremi arrivano alla scomparsa quasi completa dei granulociti neutrofilari (agranulocitosi).

Neurolettico: Che calma l'agitazione e l'iperattività neuromuscolare. Farmaco che possiede tali proprietà. Alcuni sono soprattutto *sedativi*, che calmano l'agitazione e l'aggressività (per es. la clorpromazina, la reserpina). Altri detti *incisivi o antipsicotici* agiscono sui pensieri deliranti e sulle allucinazioni (per es. la flufenazina). I neurolettici sono anche ipnotici, antitosse, anti-emetici, ansiolitici. Bloccano i recettori post-sinaptici dopaminergici; alcuni (gli incisivi) possono causare le discinesie tardive o sindromi parkinsoniane. I neurolettici

fanno parte degli psicolettici.

Nevralgia: sindrome caratterizzata da dolori spontanei o provocati, continui o parossistici, che si localizzano lungo il percorso dei nervi.

O

Occlusione intestinale: condizione patologica caratterizzata da arresto delle feci in un tratto dell'intestino: può essere dovuta a ileo meccanico o a ileo dinamico.

Oftalmologia: studio degli occhi dal triplice punto di vista anatomico, fisiologico e patologico.

Onfalocele: (o ernia ombelicale), condizione patologica per cui i visceri addominali protrudono dall'orifizio ombelicale.

Opercolo: termine che in linea teorica può designare qualsiasi formazione anatomica che ne ricopre un'altra.

Ortostatico: si dice dei fenomeni provocati dalla posizione eretta

P

Pacemaker: apparecchio che stimola elettricamente la contrazione cardiaca quando, a causa di un processo patologico, questa non è assicurata autonomamente dal tessuto di conduzione cardiaca.

Palatoschisi: malformazione congenita del palato, che si presenta come una fenditura più o meno estesa della parte anteriore del palato duro, eventualmente accompagnata da labbro leporino. Nella forma più grave la malformazione interessa pure il margine alveolare del palato, tutta la volta palatina, il palato molle e l'ugola. La palatoschisi favorisce le infezioni broncopolmonari da aspirazione, interferisce con l'alimentazione e con lo sviluppo del linguaggio. È necessaria la chirurgia plastica ricostruttiva entro il primo mese di vita. In seguito possono essere necessarie particolari cure dentali, ortodontiche, oltre alla logoterapia.

Paralisi: diminuzione o abolizione della motilità.

Paraplegia: paralisi che interessa entrambi gli arti inferiori.

Parenterale: che si verifica accanto all'intestino. "Introduzione parenterale di una sostanza": introduzione nell'organismo di una sostanza per una

via diversa da quella digerente; per es. in iniezioni sottocutanee, intramuscolari o endovenose.

Paresi: lieve paralisi che consiste nell'indebolimento della contrattilità.

Parestesie: formicolio. Alterazioni soggettive della sensibilità che si manifestano o in assenza di stimoli (sensazioni anormali e spontanee di formicolio, punture di spilli, caldo e freddo, acqua che scorre), o come ritardi nella percezione. Si riscontrano nelle lesioni del nervo periferico, nelle malattie midollari, nelle lesioni del tronco encefalico, del talamo, della corteccia sensitiva, e perciò non sono specifiche. Pare che alla base delle parestesie vi sia un processo irritativo o la riduzione di un processo inibitorio sulla trasmissione sensitiva.

Patognomonia: studio dei segni caratteristici di una malattia.

Patognomonico: che è specifico di una malattia; segno p.:segno osservato solamente in una malattia ben precisa e sufficiente da solo a caratterizzarla e a permetterne la diagnosi.

Paucisintomatico: che presenta pochi sintomi

Penicillina: (o penicillina G, o benzilpenicillina), farmaco antibiotico prodotto da colture della muffa *Penicillium notatum*, capostipite degli antibiotici e del gruppo delle penicilline, caratterizzate tutte dallo stesso meccanismo d'azione, che interferisce nella sintesi proteica della membrana cellulare batterica, di cui impedisce i normali scambi biologici. Esistono penicilline naturali e semisintetiche: chimicamente sono beta-lattamine che agiscono inibendo la sintesi della parete batterica. La penicillina naturale più usata in terapia è appunto la benzilpenicillina o penicillina G: ha azione batteriostatica e, per concentrazioni più elevate, battericida. Ha uno spettro d'azione limitato: non agisce infatti contro la maggior parte dei batteri gram-negativi; è efficace invece nelle infezioni da streptococco beta-emolitico, pneumococco, meningococco, gonococco, germi della gangrena gassosa, bacillo difterico e *treponema pallidum*. Non può essere somministrata per via orale perché è distrutta dall'acidità gastrica; è inattivata dalla penicillasi. In passato è stata molto usata per le sue qualità terapeutiche e per la buona tollerabilità: in effetti è quasi completamente priva di effetti collaterali, con la notevole eccezione, però, di reazioni allergiche, che possono essere anche

molto gravi, e si verificano in genere in persone sensibilizzate alla penicillina che, in seguito a successive somministrazioni, hanno reazioni di tipo shock anafilattico. Fortunatamente il fenomeno non è molto frequente: per evitarlo è consigliabile eseguire un test di tollerabilità mediante iniezione sottocutanea con piccole dosi del farmaco. Ogni preparazione contenente penicillina, inclusi alimenti e cosmetici, può indurre sensibilizzazione, a qualsiasi dosaggio o via di somministrazione.

Percutaneo: che si effettua, si somministra attraverso la pelle: *terapia per cutanea*.

Perioperatoria: “peri” = attorno.

Peritoneo: membrana sierosa sottile e trasparente, composta di due foglietti che si continuano uno con l'altro: uno parietale (peritoneo parietale), che riveste la faccia interna delle pareti della cavità addominale; l'altro viscerale (peritoneo viscerale), che riveste i visceri che si trovano nella cavità, fissandoli alle pareti addominali mediante pieghe (i legamenti peritoneali dei visceri). Altre ripiegature (mesi) avvolgono le formazioni neurovascolari proprie dei vari organi, contribuendo a mantenere i visceri nella loro posizione naturale. Tra i vari organi endoaddominali sono presenti inoltre alcune altre grandi pliche formate dal peritoneo viscerale, le più importanti delle quali sono il grande omento e il piccolo omento. Tra i due foglietti peritoneali esiste uno spazio virtuale (cavo o cavità peritoneale), che contiene una piccola quantità di liquido sieroso, grazie al quale i due foglietti stessi possono scorrere l'uno sull'altro, rendendo facili i movimenti attivi e passivi degli organi addominali. In seguito a processi infiammatori degli organi endoaddominali, si possono formare talvolta aderenze peritoneali responsabili di disturbi della motilità intestinale. Tali aderenze possono essere rimosse chirurgicamente in videolaparoscopia. Per quanto riguarda la struttura, il peritoneo risulta costituito da uno strato di cellule endoteliali e da una lamina connettivale fibrosa.

Peritonite: processo infiammatorio, acuto o cronico, classicamente di origine batterica, che interessa il peritoneo.

Pinguecola: piccola sporgenza giallastra il cui volume non è più grande

rispetto a quello di una lenticchia. Localizzata sulla congiuntiva all'esterno del limbo corneale, non è formata da grasso, bensì da un ammasso di cellule epiteliali e da tessuto connettivo.

Piressia: sinonimo di ipertermia.

Pneumopatia: qualsiasi processo patologico che interessi il tessuto polmonare.

Poliuria: aumento, transitorio o permanente, della quantità di urina emessa, dovuto per lo più a nefropatie o a diabete.

Proteinuria: presenza, nell'urina, di proteine provenienti dal siero sanguigno, dalle vie di escrezione urinaria o dai tessuti (isturia).

Psicofarmaco: identificano diverse classi di farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Si possono classificare in base al tipo di molecole (classi farmaceutiche) o all'effetto terapeutico. Fra essi i più utilizzati sono: gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici (o antipsicotici); che a loro volta includono molecole appartenenti a classi diverse. A questi possiamo aggiungere il litio e gli antiepilettici usati come stabilizzatori dell'umore.

Psicolettico: che deprime l'attività mentale. Farmaco che possiede tale proprietà. Gli psicolettici fanno parte degli psicotropi; vengono suddivisi in ipnotici, neurolettici e tranquillizzanti.

Psicosi: malattia mentale grave, caratterizzata da distacco dalla realtà, ridotta o assente capacità di critica, compromissione dell'adattamento socio-ambientale. Le psicosi classicamente vengono distinte in: psicosi organiche, legate a un'alterazione somatica da causa nota (processi degenerativi, infezioni, disturbi circolatori, traumi cranici, tumori, intossicazioni), caratterizzate in particolare da una compromissione di funzioni elementari (turbe della memoria, dell'attenzione, dello stato di coscienza ecc.); psicosi funzionali (o psicosi endogene), per le quali non è riconoscibile una precisa base organica, caratterizzate da una sintomatologia diversificata con disturbi dell'affettività, del pensiero ecc.

Q

R

Radioterapia: tecnica che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni ionizzanti a scopo terapeutico.

Ranidil: farmaco antiacido.

Respirazione: vi sono diversi livelli per indicare difficoltà respiratorie; tirage (riferimento al rumore del caminetto che tira), cornage (riferimento al verso della cornacchia), rantolo (la fase più acuta).

Resurpina: neurolettico di tipo sedativo.

Rettocolite ulcerosa: è una malattia infiammatoria cronica della mucosa colica che riguarda, nella maggioranza dei casi, il retto e la parte discendente del colon.

S

Schizofrenia: psicosi caratterizzata da disgregazione della personalità e deterioramento mentale, alterazioni del pensiero, della percezione, dell'affettività e del comportamento.

Scotomizzazione: fenomeno attraverso il quale viene cancellato il ricordo di un episodio sgradevole dell'esistenza.

Semeiotica: interpretazione dei segni e dei sintomi clinici.

Sepsi: (o setticemia), infezione diffusa a tutto l'organismo, dovuta alla penetrazione di germi patogeni, precedentemente localizzati in un unico focolaio (otite, endocardite, ascesso, ferita chirurgica, aborto ecc.), nel circolo sanguigno. Si manifesta con accessi infettivi multipli diffusi a tutto l'organismo, febbre molto elevata e grave compromissione dello stato generale. La diagnosi viene effettuata con l'emocoltura. La terapia è antibiotica per via endovenosa. La sepsi rappresenta una frequente causa di morte dei soggetti immunodepressi (per malattie tumorali o infettive, terapie antitumorali, trapianti).

Setticemia: grave infezione generale dell'organismo, caratterizzata da ripetute e cospicue immissioni nel sangue di germi patogeni provenienti da un focolaio iniziale e capaci di creare focolai secondari multipli più o meno evidenti. Si caratterizza clinicamente per la presenza di febbre elevata, brividi, alterazione dello stato generale: l'emocoltura è positiva.

Sideremia: presenza di ferro nel siero del sangue; il tasso normale è

compreso tra 120 e 130 per 100 ml.

Sincope: perdita di conoscenza improvvisa e totale legata a un'improvvisa anossia cerebrale. Si accompagna a pallore estremo e in genere ad arresto respiratorio. Reversibile e di breve durata è provocata da una pausa cardiaca, una bradicardia o una tachicardia eccessive o da una subitanea ipotensione arteriosa.

Sindrome: diff. da malattia; è un complesso di sintomi che possono essere provocati dalle cause più diverse.

Sindrome di Volkmann: detta anche contrattura di Volkmann o contrattura ischemica di Volkmann, è una contrattura permanente della mano e del polso con conseguente deformità simile ad artigli della mano e delle dita, che rende l'estensione passiva delle dita stesse limitata e dolorosa.

Sodiemia: presenza di sodio nel sangue. Quando è in eccesso, rispetto ai valori fisiologici, si determina ipersodiemia; quando è in difetto, iposodiemia.

Spasmex: farmaco antispastico.

Splenomegalia mieloide: affezione dell'adulto caratterizzata da fegato e milza ingrossati, anemia, leucocitosi con reazione mieloide e presenza di numerose emazie nucleate e anomale. L'evoluzione è lentamente progressiva e conduce alla morte in 5 anni per emorragie multiple e anemia. Anatomicamente essa si caratterizza per lesioni della milza e del fegato che sono sede di una tripla reazione metaplastica mieloide, eritroblastica e megacariocitaria, e per lesioni ossee. Questa sindrome è talvolta dovuta a intossicazioni, a radiazioni o a infezioni; quasi sempre la sua causa è ignota.

Steatonecrosi: processo di necrosi che si verifica nel tessuto adiposo a opera di enzimi che scindono i grassi. La steatonecrosi si osserva in tutte le condizioni nelle quali avviene uno spandimento di acidi grassi neutri nei tessuti dell'organismo per un trauma, per un intervento chirurgico, per processi primitivi di disintegrazione del tessuto adiposo.

Steatosi: processo degenerativo caratterizzato da infarcimento di grassi delle cellule di un tessuto o di un organo. Si osserva in particolare in cellule che di norma non contengono grasso in forma visibile; compare nella cellula per un

accumulo di sostanze grasse. La comparsa o l'eccesso di lipidi nel citoplasma comporta una alterazione strutturale interpretabile come regressione e talora culminante con la morte della cellula. In ordine di frequenza sono colpiti fegato, rene, miocardio e pareti dei vasi sanguigni.

Streptococco: genere batterico.

Sulfamidici: farmaci chemioterapici, batteriostatici, tutti con spettro d'attività abbastanza ampio e simile. Hanno struttura simile a un enzima indispensabile al metabolismo batterico, al quale si sostituiscono bloccando il metabolismo stesso.

Surfattante: complesso di sostanze tensioattive (fosfatidilserina e altri fosfolipidi, lipidi neutri, colesterolo e proteine) che riveste la superficie degli alveoli polmonari, formando una sottilissima pellicola. Il surfattante è prodotto dagli pneumociti di tipo II, a partire dalla trentesima settimana di vita intrauterina.

T

Tachicardia: accelerazione del ritmo dei battiti cardiaci. E' *moderata* se le pulsazioni sono comprese tra 80 e 100, è *intensa* quando oltrepassano le 100.

Tetracicline: farmaci antibiotici, batteriostatici a largo spettro d'azione. Molto usate in passato, le tetracicline hanno determinato diffusione di ceppi batterici resistenti. Oggi sono utilizzate in particolare per combattere infezioni da alcuni agenti patogeni intracellulari, o su indicazione dell'antibiogramma in polmoniti, uretriti e nel trattamento del tifo petecchiale, delle infezioni batteriche dell'acne ribelle, nelle diarree del viaggiatore. Il gruppo delle tetracicline comprende: tetraciclina, ossitetraciclina, clortetraciclina, demetociclina, metaciclina, minociclina, doxiciclina. Sono generalmente impiegate per via orale; sono controindicate negli ultimi mesi di gravidanza e nella prima infanzia. È meglio assumerle lontano dai pasti ed evitare latticini, antiacidi e lassativi. Per prevenire irritazioni esofagee, è consigliabile l'assunzione con abbondanti quantità di acqua. Possono inoltre determinare disturbi digestivi, nausea, vomito, diarrea, fotosensibilizzazione, manifestazioni allergiche.

Tetraparesi: paresi che colpisce tutti e quattro gli arti.

Tetraplegia: paralisi dei quattro arti, che si estende anche al tronco fino a livello della clavicola e può provocare disturbi respiratori per paresi del diaframma.

Trachelorrafia: cfr episiotomia.

Trasfusione: (o emotrasfusione), procedimento terapeutico che consiste nell'infondere direttamente nel circolo sanguigno di un individuo sangue intero o i suoi derivati (vedi emoderivati), ottenuti per donazione volontaria da parte di altri individui.

Trombo: coagulo di sangue all'interno dei vasi sanguigni o nel cuore in seguito a un anomalo processo di coagulazione del sangue. Si distinguono tre tipi di trombo a seconda dei costituenti: bianchi, formati da piastrine; rossi, che oltre a piastrine e fibrina contengono anche globuli rossi; variegati o misti. Un trombo può essere ostruttivo, se occupa tutto il lume del vaso; parietale, se ne ostruisce solo una parte; a cavaliere, se posto alla biforcazione di due vasi.

Trombosi: formazione di un coagulo in un vaso sanguigno o in una cavità del cuore in un essere vivente.

U

Uveite: infiammazione dell'uvea, membrana dell'occhio che comprende l'iride, il corpo ciliare e la coroide.

V

Valium: è un diazepam

Virus: è un frammento di materiale genetico e ha bisogno di una cellula; si inserisce nella cellula, ne utilizza il DNA e si moltiplica; a quel punto rompe la cellula, esce e attacca la membrana di altre cellule, diffondendosi. Vd. diff. da "Batterio".

Volvolo: torsione di un organo intorno al suo peduncolo, per esempio di un'ansa intestinale intorno al suo mesentere che causa l'arresto del contenuto e la sindrome da occlusione intestinale.

Z

ABBREVIAZIONI PRINCIPALI

<i>Arch. Pen.</i>	Archivio Penale
<i>C.E.D. Cass.</i>	Centro Elaborazione Dati Cassazione
<i>Cass. Pen.</i>	Cassazione Penale
<i>Corr. Giur.</i>	Il Corriere Giuridico
<i>Dig. Disc. Pen. (o Digdp)</i>	Digesto delle discipline penalistiche
<i>Dir. Ec.</i>	Il Diritto dell'economia
<i>Dir.e Giust.</i>	Diritto e Giustizia
<i>Dir. Pen. e Proc.</i>	Diritto penale e processo
<i>Enc. Dir.</i>	Enciclopedia del diritto
<i>Enc. Giur. Treccani</i>	Enciclopedia Giuridica Treccani

<i>Foro It.</i>	Foro Italiano
<i>Foro It. Rep.</i>	Foro Italiano Repertorio
<i>Giurispr. It.</i>	Giurisprudenza Italiana
<i>Giur. mer.</i>	Giurisprudenza di merito
<i>Giust. Pen.</i>	La Giustizia Penale
<i>Ind. Pen.</i>	L'Indice Penale
<i>Mass. Uff.</i>	Massimario Ufficiale Cassazione
<i>Nuova giur. civ.</i>	Nuova giurisprudenza civile
<i>Quest. Giust.</i>	Questione Giustizia
<i>Resp. civ. e prev.</i>	Responsabilità civile e previdenza
<i>Riv. Giur. sarda</i>	Rivista giuridica sarda
<i>Riv. It. dir. e proc. pen</i>	Rivista italiana di diritto e procedura penale
<i>Riv. It. med. leg.</i>	Rivista italiana di medicina legale
<i>Riv. Pen.</i>	Rivista Penale
<i>Riv. trim. dir. pen. ec.</i>	Rivista trimestrale di diritto penale dell'economia

Bibliografia

Dottrina

- AA. VV. "La causalità tra diritto e medicina. Atti del Convegno nazionale di medicina legale", Pavia, 1992.
- AA. VV., "Scienza e causalità", a cura di De Maglie – Seminara, Cedam, 2006.
- AA. VV., "Medicina e diritto penale", a cura di S. Canestrari, F. Giunta, R. Guerrini, T. Padovani, Edizioni ETS, 2009, pag. 81 e ss.
- Agazzi, "La spiegazione causale di eventi individuali (o singoli)", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1999, pag. 393 - 407.
- Agazzi, "La causalità e il ruolo delle frequenze statistiche nella spiegazione causale", in "Scienza e causalità", a cura di De Maglie – Seminara, Cedam, 2006.
- R. Alagna, "Sul reato omissivo improprio: spunti problematici e sistematici", in *Foro it.*, 2001, II, pag. 222.

Donatella Pianezzi – *La sentenza Franzese e la sua applicazione giurisprudenziale negli anni 2002 – 2010* – Tesi di dottorato in Diritto ed Economia dei Sistemi Produttivi – Università degli Studi di Sassari

- G. Albertacci, A. Fiori, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l’esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese,” in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1614-1634.
- S. Aleo, A. Centonze, E. Lanza, “La responsabilità penale del medico”, Giuffrè, Milano, 2007.
- Alessandri, “Commento all’art. 27, 1° co.”, in Commentario alla Costituzione, a cura di Branca – Pizzorusso, Bologna, 1991, pag. 34 e ss.
- G. Alpa, “La responsabilità medica”, in *Riv. It. med. leg.*, 1999, pag. 15.
- Amara, “Fra condotta attiva e condotta omissiva: nuovi criteri distintivi e reali conseguenze sul piano dell’imputazione dell’evento”, in *Cass. Pen.*, 2007, n.7-8, pag. 2793 ss.
- G. Amato, “Per l’attribuzione della colpa professionale considerati gli elementi del caso concreto. Nota a Cass. Pen., IV, 23 gennaio (10 giugno) 2002, Orlando, n. 22568”, in *Guida al diritto*, n. 39, 2002, pag. 91-105
- G. Amato, “Con la verifica dell’applicazione al caso concreto le leggi statistiche perdono peso processuale. Nota a Cass. Pen., IV, 3 ottobre (15 novembre) 2002, n. 38334, Albissini”, in *Guida al diritto*, 2003, n. 6, pag. 74-76.
- G. Amato, “Al giudice spetta il compito di verificare la presenza di eventuali fattori alternativi”, in *Guida al diritto*, 2005, n. 44, pag. 71 e ss..
- G. Amato, “L’eventuale sottovalutazione dei sintomi deve essere accertata dai giudici di merito”, nota a Cass. Pen., IV, 6 giugno (10 luglio) 2006, n. 23881, Giacomini, in *Guida al diritto*, 2006, n. 36, pag. 79 e ss..
- D. Ammirati, “La responsabilità penale del medico: il nuovo corso introdotto dalla Suprema Corte”, Cedam, 2004.
- F. Angioni, “Il pericolo concreto come elemento della fattispecie penale”, Sassari, 1984.
- F. Angioni, "Note sull'imputazione dell'evento colposo con particolare riferimento all'attività medica", in Studi in onore di Giorgio Marinucci, Giuffrè, 2006, pag. 1279 e ss.
- Antolisei, “Il rapporto di causalità nel diritto penale”, Padova, 1934.
- Antolisei, “L’obbligo di impedire l’evento”, *Ridp*, 1936, pag. 121.
- P. Avecone, “La responsabilità penale del medico”, Torino, 1981.
- G. Azzali, “Il problema della causalità nel diritto penale”, in *Ind. Pen.*, 1993, pag. 249 - 272.
- M. Barni, “Il medico legale e la causalità”, in *Riv. it. med. leg.*, 1979, pag. 393.
- M. Barni, “Il rapporto di causalità materiale in medicina legale”, Giuffrè, Milano, 1991.
- M. Barni, “Il giudizio medico legale della condotta sanitaria omissiva”, in *Riv. it. med. leg.*, 1994, pag. 3 - 12.
- M. Barni, “Dalla valorizzazione scientifica alla vaporizzazione giurisprudenziale del nesso causale”, in *Riv. It. med. leg.*, 1995, pag. 1021.
- M. Barni, “Impunità e colpa. Il concetto di responsabilità professionale

alla luce dell'evoluzione sociale e giuridica", in *Arch. Giur.*, 216/1996, pag. 163 e ss.

- M. Barni, "Consulenza medico legale e responsabilità medica", Milano, 2002.

- M. Barni, "La causalità nella consulenza medico-legale: dalla adeguatezza alla certezza (al di là del ragionevole dubbio)", in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 3-16.

- M. Barni, C. Pomara, I. Riezzo, "Responsabilità professionale medica: il diversificato assestamento giurisprudenziale in ambito penale e civile ed il ruolo della valutazione peritale medico – legale", in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 851-872.

- M. Barni, "L'assistente in formazione ancora al vaglio della Suprema Corte: le <specifiche competenze> tra teoria e prassi. Nota a Cass. Pen., IV, 20.01.2004 (dep. 29.07.2004), n. 32901, Marandola", in *Riv. It. Med. Leg.*, 2006, pag. 200 e ss.

- M. Barni, "Come si esorcizza il ragionevole dubbio: prove di restaurazione. Nota a Cass. Pen.(m), IV, n. 4552/2006 imp. Campanile e Cass. Pen.(m), IV, n. 12894/2006 imp. Vescio", in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 6, pag. 1407 – 1413.

- R. Bartoli, "Causalità omissiva e modello di accertamento ex ante – post", in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 3219.

- E. Battaglini, "La colpa professionale dei sanitari. Nota a Cass. Pen., 17 ottobre 1952, Bussola", in *Giustizia Penale*, 1953, II, pag. 503 e ss.

- P. Benciolini, "Giudice e perito dinanzi ai problemi di valutazione nell'ipotesi di responsabilità per omissione di accertamenti medici dovuti. Nota a Trib. Rovereto, 17 ottobre 2000, Giud. Dies", in *Riv. It. med. leg.*, 2001, pag. 651 e ss.

- P. Belsito, B. Deidda, "Morire di lavoro a Portomarghera. Un processo senza colpevoli", in *Quest. Giust.*, 2002, n. 2/2002, pag. 235 – 252.

- M. Bilancetti, "La responsabilità penale e civile del medico", Padova, 2001.

- G. Billo, "L'indagine causale nell'ambito del settore medico alla luce delle indicazioni delle Sezioni Unite: profili problematici e spunti applicativi.", in *L'Indice Penale*, 2008, n.1, pag.339-376.

- R. Blaiotta, "Il caso ATR-42, causalità, scienza, esperienza nel diritto penale. Nota a Cass. Pen., IV, 27 maggio 1993, Rech", in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 2898 - 2912, n. 1714.

- R. Blaiotta, "Il realismo critico di K. Popper: un ideale di conoscenza oggettiva per il giudizio penale", in *Cass. Pen.*, 1997, pag. 3689, n. 1990.

- R. Blaiotta, "Maltrattamenti nelle istituzioni assistenziali e dovere costituzionale di solidarietà. Nota a Cass. Pen., IV, 17 ottobre 1994, Fiorillo", in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 511, n. 243.

- R. Blaiotta, "Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza", in *Cass. Pen.* 2000, (nota a Cass. Pen., V, 1.9.1998, Casaccio), pag. 1188.

- R. Blaiotta, "Sulla causalità nell'ambito della professione medica: una

pronuncia di legittimità controtendenza”, (nota a Cass. Pen., IV, 11.1.1999, Traballi), in *Cass. pen.*, 2001, pag. 129 e ss.

- R. Blaiotta, “La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica. Nota a Cass. Pen., IV, 28.9.2000, n. 1688, Baltrocchi”, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 181 - 205, n. 11.

- R. Blaiotta, “Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l’irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1176 e ss.

- R. Blaiotta, “Causalità e neoplasie da amianto. Nota a Cass. Pen., IV, 11 luglio 2002, n. 953, Macola ed altri”, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 3383-3400.

- R. Blaiotta, “Incidenti da avioloancio, problemi causali nuovi, attività rischiose. Nota a Cass. Pen., IV, 15 ottobre 2002 (13 febbraio 2003), n. 7026, imp. Loi”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2375-2379.

- R. Blaiotta, “La causalità nella responsabilità professionale. Tra teoria e prassi”, Giuffrè, 2004.

- R. Blaiotta, “La ricostruzione del nesso causale nelle esposizioni professionali”, in *Cass. pen.*, n. 2/2006, pag. 797-807.

- R. Blaiotta, “La causalità giuridica alla luce della teoria del rischio”, in *Cass. pen.*, 2007, pag. 365 – 400.

- Bona, “Il nesso di causa nella responsabilità civile del medico e del datore di lavoro a confronto con il decalogo delle Sezioni unite penali sulla causalità omissiva”, in *Riv. dir. civ.*, 2003, pag. 362.

- Bonafede, “Il rapporto di causalità materiale”, in *Giurisprudenza sistematica di diritto penale*, diretta da Bricola e Zagrebelsky, Torino, 1984.

- R. Bordon, “L’aumento di rischio in un caso di responsabilità medica”, nota a “Trib. Civ. Brindisi, 2 febbraio 2009, G.U. Palmieri”, in *Resp. Civ. e Prev.*, n. 3/2010, pag. 637 – 650.

- Bottone – D’Alessandro - A. Fiori, “Quarant’anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica”, Giuffrè, 2000.

- Bricola, “Aspetti problematici del cosiddetto rischio consentito”, in *Boll. Ist. Dir. proc. pen.*, 1960-1961, pag. 89.

- C. Brusco, “La causalità giuridica nella più recente giurisprudenza della Corte di Cassazione”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2599-2617.

- C. Brusco, “Il vizio di motivazione nella valutazione della prova scientifica”, in *Dir. pen. e proc.*, 2004, pag. 1415.

- C. Brusco, “Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell’accertamento della causalità. Nota a Cass. Pen., IV, 1.6.2007, n. 21597, Pecchioli e a Cass. Pen., IV, 2.2.2007, n. 4177, Guarneri”, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 1875-1886.

- Bunge, “La causalità. Il posto del principio causale nella scienza moderna”, Torino, 1970.

- G. Canzio, “Trattamenti terapeutici e responsabilità penale”, in *Dir. pen. e proc.*, 2001, pag. 665.

- G. Canzio, “Prova scientifica, ragionamento probatorio e libero convincimento del giudice nel processo penale”, in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 1194.
- G. Canzio “La causalità tra diritto e processo penale: un’introduzione”, in *Cass. pen.*, n. 5/2006, pag. 1971-1984.
- G. Canzio, “La causalità scientifica”, in *Dir. pen. e proc.*, 2008, Dossier “La prova scientifica nel diritto penale”, pag. 38-43.
- Capecchi, “Il nesso di causalità”, Cedam, 2002.
- F. Caprioli “La scienza cattiva maestra: le insidie della prova scientifica nel processo penale”, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 9, pag. 3520-3538.
- F. Caprioli, “L’accertamento della responsabilità penale <oltre ogni ragionevole dubbio>”, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, 2009, n. 1, pag. 51 – 92.
- Carnap, “I fondamenti filosofici della fisica”, Milano, 1971.
- Carrara, “Opuscoli di diritto criminale”, 6 ed., III, Firenze, 1910, pag. 53 ss.
- Castaldo, “Linee politico criminali ed imputazione oggettiva nel delitto colposo di evento”, in *Riv. It. Dir. e proc. pen.*, 1987, pag. 883 ss.
- A. R. Castaldo, “L’imputazione oggettiva nel delitto colposo d’evento”, Napoli, 1989.
- Castaldo, “AIDS e diritto penale: tra dommatica e politica criminale”, in *Studi Urbinati*, 1988-1989/1989-1990, n. 41-42, pag. 73 e ss.
- G. Cattaneo, “La responsabilità del professionista”, Giuffrè, Milano, 1958.
- A. Cavallo, “Nota a Cass. Pen., IV, 2 marzo (13 settembre) 2000, n. 9638, imp. Troiano”, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 574- 577.
- A. Cazzaniga, “Criteriologia medico forense”, Soc. Ed. Pavese”, 1960.
- A. Cazzaniga, “Sopra i concetti di causa, concausa, occasione in medicina legale”, in *Med. Leg.*, 1919, pag. 1 ss.
- F. Centonze, “Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 8.9.2000, dep. 9.3.2001, n. 1688, Baltrocchi, Cass. Pen., IV, 29.11.2000, n. 2139, Musto e Cass. Pen., IV, 28.11.2000, n. 2123, Di Cintio”, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277.
- F. Centonze, “Scienza spazzatura e scienza corrotta nelle attestazioni e valutazioni dei consulenti tecnici del processo penale, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2001, pag. 1232.
- F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 8.9.2000, dep. 9.3.2001, n. 1688, Baltrocchi, Cass. Pen., IV, 29.11.2000, n. 2139, Musto e Cass. Pen., IV, 28.11.2000, n. 2123, Di Cintio, Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001, n. 1586, Pres. Lisciotta, Est. Battisti, Ric. Ambrosio”, in *Riv. it. med. leg.*, 2002, pag. 581 – 597.
- F. Centonze, F. D’Alessandro, Nota a Trib. Venezia, I, ud. 22.10.2001 (dep. 29.5.2002), Cefis ed altri, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 267-316.

- F. Centonze, “La cultura delle prove e la causalità omissiva nella giurisprudenza della quarta sezione della Suprema Corte di Cassazione. Nota a Cass. Pen., IV, 25.5.2005, n. 11977, Nobili”, in *Cass pen.*, 2006, n. 6, pag. 2126-2139 e in *Riv. Pen.*, 2006, n.6.
- F. Cingari, “Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Studium Iuris*, 2003, pag. 252-253.
- F. Cingari, “Presupposti e limiti della responsabilità penale dello psichiatra per gli atti etero – aggressivi del paziente”, nota a Cass. Pen., IV, ud. 14.11.2007, dep. 11.3.2008, n. 10795, Pozzi, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, 2009, n. 1, pag. 438 – 461.
- G. Citarella, “Errore diagnostico e perdita di *chance* in Cassazione. Nota a Cass. Civ. III, 11 dicembre 2003 (4 marzo 2004), n. 4400, ric. B. ed altri”, in *Resp. Civ. e prev.*, 2004, pag. 1040-1048.
- G. S. Coco, “Causalità omissiva e responsabilità sanitaria colposa”, in *Giust. Pen.*, 2003, II, pag. 371-383.
- R. Cofano, “Responsabilità penale per colpa omissiva del sanitario”, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 929-933.
- Colombo, “La responsabilità del medico come singolo e come compartecipe del lavoro d’equipe”, in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 31 ss.
- Contento, “Corso di diritto penale”, Bari, 1995, vol. II, pag. 82 ss.
- Cornacchia, “Il concorso di cause colpose indipendenti: spunti problematici”, in *Ind. Pen.*, 2001, pag. 686.
- A. Crespi, “Omessa applicazione di trattamento sanitario e responsabilità per l’evento dannoso”, in *Riv. It. Dir. Pen.*, 1954, pag. 803 ss.
- A. Crespi, “La colpa grave nell’esercizio dell’attività medico chirurgica”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1973, pag. 255 e ss.
- A. Crespi, “I recenti orientamenti giurisprudenziali nell’accertamento della colpa professionale del medico chirurgo: evoluzione o involuzione?”, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1992, pag. 800.
- A. Crespi, “Medico – chirurgo”, in *Dig. Disc. Pen.*, VII, 1993, pag. 589 – 599.
- A. Crespi, F. Stella, G. Zuccalà, “Commentario breve al codice penale. Sub art. 40”, VIII ed., Cedam, 2006.
- F. D’Alessandro, A. Fiori, Bottone, “Quarant’anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica”, Giuffrè, 2000.
- F. D’Alessandro, “La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull’oltre ogni ragionevole dubbio. Nota a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1585, imp. Sgarbi e a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (13 febbraio 2002), n. 1652, imp. Covili”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757.
- F. D’Alessandro, F. Centonze, “Nota a Trib. Venezia, I, ud. 22.10.2001 (dep. 29.5.2002), Cefis ed altri”, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 267-316.
- F. D’Alessandro, “La perdita di *chance* secondo la Cassazione civile: una tutela della <vittima> effettiva e praticabile. Nota a Cass. Civ. III, 11 dicembre 2003 (4 marzo 2004), n. 4400, ric. B. ed altri”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2537-2559.

- F. D'Alessandro, "L'oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità", in *Cass. pen.*, n. 7-8/2006, pag. 2393-2421.
- F. D'Alessandro, "Voce: Rapporto di causalità – Postilla di aggiornamento", in *Enc. Giur. Treccani*, XXV, Roma, 2006, pag. 1-3.
- F. D'Alessandro, "Le frequenze medio - basse e il nesso causale tra omissione ed evento", in *Cass. pen.*, 2007, n. 12, pag. 4812-4852.
- Dalia, "Le cause sopravvenute interruttrive del nesso causale", Napoli, 1975.
- G. A. De Francesco, "Modelli scientifici e cultura dei principi nel rapporto di causalità in diritto penale", in *Studium Iuris*, 2002, pag. 454-462.
- G. A. De Francesco, "L'«eterno ritorno». Note problematiche in tema di rapporto causale, alla luce di una recente indagine di Federico Stella su «Giustizia e modernità. La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime»", in *Crit. Dir.*, 2004.
- A. De Lia, "Note a un caso di responsabilità penale del medico. Nota a Trib. Roma, 25 maggio 2000, Giud. Bevere, Imp. Brunetti", in *Giust. Pen.*, 2003, II, pag. 48-64.
- Delitala, "Il fatto nella teoria generale del reato", 1930, in *Diritto penale, Raccolta degli scritti*, I, 1976
- B. Deidda, P. Belsito, "Morire di lavoro a Portomarghera. Un processo senza colpevoli", in *Questione Giustizia*, 2002, n. 2/2002, pag. 235 – 252. - O. Di Giovine, "Lo statuto epistemologico della causalità penale tra cause sufficienti e condizioni necessarie", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 634 – 688.
- P. Dell'Anno, "Nota a Cass. Pen., IV, ud. 18.10.1990, dep. 23.11.1990, Oria, e a Cass. Pen., IV, ud.12.7.1991, dep. 17.1.1992, Silvestri" in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2102.
- Di Amato, "La responsabilità professionale da amianto", Giuffrè, 2003.
- O. Di Giovine, "Lo statuto epistemologico della causalità penale tra cause sufficienti e condizioni necessarie", in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 634 – 688.
- O. Di Giovine, "La causalità omissiva in campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite", (nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese), in *Foro It.*, 2002, II, pag. 601 ss.
- O. Di Giovine, "Il problema causale tra scienza e giurisprudenza (con particolare riguardo alla responsabilità medica)", in *Ind. Pen.*, 2004, pag. 1115 - 1138.
- O. Di Giovine, "Probabilità statistica e probabilità logica nell'accertamento del nesso di causalità", in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 2151-2188.
- A. R. Di Landro, "L'accertamento del nesso causale nella responsabilità penale del medico: dopo la sentenza delle Sezioni Unite, un confronto tra la dottrina penalistica e quella medico legale", in *L'Indice Penale*, n. 1/2005, pag. 101-135.
- A. Di Landro, "Nota a Cass. Pen., IV, 1 dicembre 2004 (11 marzo 2005), n. 9739, Dilonardo", in *Foro It.*, 2006, pag. 243 e ss..

- A. R. Di Landro, “La giurisprudenza in tema di responsabilità professionale segue i principi affermati dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese? Due nuovi esempi di causalità more iuridico dimostrata. Nota a Cass. Pen., 2.3.2005 Herreros in c. Zanieri e Cass. Pen., 25.11.2004, Nobili”, in *Foro It.*, 2006, II, pag. 620-637.
- A. R. Di Landro, “Interruzione del nesso causale e accertamento della causalità modello Franzese. Nota a Cass. Pen., IV, 1.6.2007, n. 21588, imp. Margani, Emma e altri, est. Blaiotta”, in *Foro It.*, 2008, II, n.3, pag. 181-183.
- A. Di Martino, “Il nesso causale attivato da condotte omissive tra probabilità, certezza e accertamento. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 58 – 64.
- E. Di Salvo, “Dolo eventuale e colpa cosciente. Nota a Cass. Pen., I, 14 giugno (3 agosto) 2001, n. 30425, Lucini”, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 1932-1945.
- E. Di Salvo, “Nesso di causalità e giudizio controfattuale. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, Franzese, n. 30328”, in *Cass. Pen.*, 2003, n. 12, pag. 3798 - 3816.
- E. Di Salvo, “Tumori da amianto e nesso di causalità. Nota a Cass. Pen., IV, 1.7.2003, imp. Eva”, in *Cass. Pen.*, 2005, n. 2, pag. 429-448.
- E. Di Salvo, “Nuovi orizzonti della tutela penale della persona. La causalità.”, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 4-5, pag. 933-963.
- E. Di Salvo, “Esposizione a sostanze nocive. Leggi scientifiche e rapporto causale nella pronuncia della Cassazione sul caso Porto Marghera”, nota a Cass. Pen., 6 febbraio (17 maggio) 2007, Bartalini, n. 4675, in *Cass. Pen.*, 2010, n. 7/8, pag. 2837 e ss.
- Di Vito, “Le Sezioni Unite sul nesso di causalità omissiva in tema di responsabilità del medico. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Corr. Giur.*, 2003, pag. 354.
- E. Dolcini, G. Marinucci, “Codice Penale Commentato”, Milano, 2006.
- E. Dolcini, G. Marinucci, “Manuale di Diritto Penale. Parte Generale”, Milano, 2006.
- M. Donini, “Lettura sistematica delle teorie della imputazione obiettiva dell’evento”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1989, pag. 1115.
- M. Donini, “Illecito e colpevolezza nell’imputazione del reato”, Giuffrè, 1991.
- M. Donini, “La causalità omissiva e l’imputazione per l’aumento del rischio. Significato teorico e pratico delle tendenze attuali in tema di accertamenti eziologici probabilistici e decorsi causali ipotetici”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1999, pag. 32 e ss.
- G. Facci, “Il nesso di causalità e la funzione della responsabilità civile. Nota a Cass. Civ., III, 24 aprile 2001, n. 6023”, in *Resp. civ. e prev.*, 2002, pag. 133- 154.
- S. Ferrari, “Sulla valutazione della responsabilità medica per colpa. Nota a Cass. Pen., IV, 13 febbraio 2002, Magagnoli”, in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 1491-1494.
- S. Ferrari, “Nota a Cass. Pen., IV, 12 luglio (9 agosto) 2002, Padovano”, in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 839- 841.

- A. Ferraro, “Nota a Cass. Pen., IV, 5 maggio (1 luglio) 1987, Bondioli”, in *Cass. Pen.*, 1988, pag. 839, n. 710.
- Ferraro, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico”, Nota a Trib. Padova 7.6.2001 Giud. Lolli e Corte d’appello di Venezia, I, 8.5.2003, Pres. Est. Dodero, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 4/5, pag. 1137 - 1153.
- G. Fiandaca, “Il reato commissivo mediante omissione”, 1979.
- G. Fiandaca. “Nota a Corte d’assise Cagliari, 10 marzo 1982, Oneda e Costanzo”, in *Foro It.*, 1982, II, c. 27.
- G. Fiandaca, “Reati omissivi e responsabilità penale per omissione”, in *Arch. Pen.*, 1983, pag. 3 -66.
- G. Fiandaca, “Causalità (rapporto di)”, in *Digdp*, II, Torino, 1988, pag. 119 e ss.
- G. Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra”, nota a Cass. Pen., IV, 5 maggio 1987, Bondioli, in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107.
- G. Fiandaca, Nota a Cass. Pen., IV, 20.10.1998, in *Riv. Penale*, 1998, pag. 1123.
- G. Fiandaca, Nota a Cass. Pen., IV, 25.9.2001, Covili, in *Foro It.*, 2002, II, pag. 289 - 291.
- G. Fiandaca, Nota a Cass. Pen. IV, 23 gennaio 2002, Orlando, in *Foro It.*, 2002, II, c. 421.
- G. Fiandaca, “Nota a Trib. Venezia, I, ud. 22.10.2001 (dep. 29.5.2002), Cefis ed altri”, in *Foro it.*, 2003, pag. 151-153.
- G. Fiandaca, “Nota a Cass. Pen., IV, 6 novembre.2003 (4 marzo 2004), imp. Guida e a Trib. Ravenna – Sez. distaccata Faenza – 29 settembre 2003, imp. Mura”, in *Foro It.*, 2004, II, pag. 566
- G. Fiandaca, “Diritto penale giurisprudenziale e ruolo della Cassazione”, in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 1728 ss.
- G. Fiandaca, “Riflessioni problematiche tra causalità e imputazione obiettiva”, in *L’indice Penale*, 2006, pag. 945-963.
- G. Fiandaca, E. Musco, “Diritto penale. Parte generale”, 4° ed. agg., Bologna, 2006.
- V. Fineschi, “Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale. Nota a Cass. Pen., V, 1.9.1998, dep. 20.10.1998, Casaccio”, in *Riv. it. med. leg.*, 2000, pag. 278.
- V. Fineschi, E. Turillazzi, “Responsabilità professionale medica, incertezza del sapere scientifico e valutazione medico-legale: necessità di una aggiornata metodologia”, in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 121-136.
- A. Fiori, “Il criterio di probabilità nella valutazione medico legale del nesso causale”, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1991, pag. 29 e ss.
- A. Fiori, “Medicina legale della responsabilità medica”, Milano, 1999.
- A. Fiori, G. La Monaca, “Una svolta della Cassazione penale: il nesso di causalità materiale nelle condotte mediche omissive deve essere accertato con probabilità vicina alla certezza. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 8.9.2000, dep. 9.3.2001, n. 1688, Baltrocchi” in *Riv. It. med. leg.*, 2001, pag. 805 – 830.

- A. Fiori – Bottone – D’Alessandro, “Quarant’anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica”, Giuffrè, Milano, 2000.
- A. Fiori, “Il nesso causale e la medicina legale: un chiarimento indifferibile”, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2002, pag. 247 - 265.
- A. Fiori, G. Albertacci, G. La Monaca, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l’esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1614-1634.
- A. Fiori, D. Marchetti, “L’accertamento del nesso causale in sede penale, con certezza allo stato delle conoscenze scientifiche del momento storico”, nota a Cass. Pen. n. 19177/2004, Nobili, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4/2006, pag. 963/976.
- A. Fiori, D. Marchetti, “I compiti della <Guardia Medica>, la <causalità forte>, il ragionevole dubbio”, nota a Cass. Pen., IV, 4 marzo (11 marzo) 2009, n. 10819, Ferlito, in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2009, pag. 1377 – 1389.
- G. Forti, “Colpa ed evento nel diritto penale”, Giuffrè, 1990.
- G. Forti, “Descrizione dell’evento e prevedibilità del decorso causale: <passi avanti> della giurisprudenza sul terreno dell’imputazione colposa”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1999, pag. 55 ss.
- G. Forti, “L’immane concretezza”, Milano, 2000, pag. 173.
- Frosini, “Le prove statistiche nel processo civile e nel processo penale”, Milano, 2002.
- M. Galdieri, “In caso di trattamento volontario non può sorgere obbligo di custodia. Nota a Cass. Pen., IV, 12 gennaio (12 aprile) 2005, n. 13241, imp. Lattanzi”, in *Guida al diritto*, 2005, n. 41, pag. 89 e ss.
- G. Gallo, “Colpa (voce)”, in *Enc. dir.*, VII, 1964, pag. 639.
- G. Gallo, “Responsabilità professionale del medico: prova della causalità e valutazione della colpa derivante da un approccio terapeutico di minoranza. Nota a Trib. Lecce, 7.2.2007, n. 80, est. Baffa”, in *Giur. mer.*, 2008, n. 1, pag. 188-196.
- Garbolino, “Dall’effetto probabile alla causa probabile: la valutazione del nesso causale”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 300 e ss.
- A. Gargani, “Ubi culpa, ibi omissio. La successione di garanti in attività inosservanti”, in *Ind. Pen.*, 2000, pag. 581.
- Garofoli, “Il servo muto e il socio tiranno: evoluzione ed involuzione nei rapporti tra diritto penale e processo”, in *Dir. pen. e proc.*, 2004, pag. 1457 - 1459.
- I. Genovese, “Nota a Pret. Modena–Carpi, 7 giugno 1999, imp. Fontana”, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 202 e ss.
- I. Giacona, “Sull’accertamento del nesso di causalità tra la colposa omissione di terapia da parte del medico e la morte del paziente. Nota a Cass. Pen., IV, 12 luglio 1991, Silvestri e Leone”, in *Foro It.*, 1982, II, c. 363 - 366.

- G. Giannini, “La questione del nesso causale, la Suprema Corte e la strana regola del ciò che accade nel minor numero di casi”, in *Resp. Civ. prev.*, 1992, pag. 364.
- G. Giorello, M. Ricciardi, “Causalità, necessità, spiegazione”, in *Dir. pen. e proc.*, 1998, pag. 1559.
- R. Giovagnoli, “Giurisprudenza Civile 2008”, Giuffrè, 2008, pag. 557 e ss.
- R. Giovagnoli, “Studi di diritto penale. Parte Generale”, Giuffrè, Milano, 2008, pag. 319 e ss; pag. 374 e ss.
- Giuliani, Balestrino, “La cosiddetta interruzione del rapporto causale come fatto normativo”, in *Arch. Giur.*, 1995, pag. 557.
- F. Giunta, “Illiceità e colpevolezza nell'imputazione colposa”, Cedam, 1993.
- F. Giunta, “La responsabilità per omissione nel progetto preliminare di riforma del codice penale”, in *Dir. Pen. e Proc.*, 2001, pag. 401.
- F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Giusti, “Le incomprensioni tra scienza giuridica e scienza medico – legale”, in *Riv. it. med. leg.*, 1980, pag. 750.
- L. Gizzi “Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa”, Nota a Cass. Pen., IV, ud. 18.3.2004, dep. 26.5.2004, n., 24051, Fatuzzo, in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 1536 - 1543.
- G. Grasso, “La responsabilità penale nell'attività medico chirurgica: orientamenti giurisprudenziali sul <grado> della colpa”, in *Riv. It. med. leg.*, 1979, pag. 80 - 91.
- G. Grasso, “Il reato omissivo improprio”, Milano, 1983.
- A. Grilli, “Nota a Cass. Pen., IV, 27 settembre 1993, Rossello”, in *Giur. it.*, 1994, II, pag. 634.
- Grisogni, “L'omissione nel diritto penale”, in *Riv. It. Dir. e proc. pen.*, 1934, pag. 592.
- Grosso, “I principi di legalità e personalità della responsabilità penale e la causalità omissiva”, in De Maglie – Seminara (a cura di), “Scienza e causalità”, Cedam, 2006.
- R. Guariniello ”Dai tumori professionali ai tumori extraprofessionali da amianto. Nota a Cass. Pen., IV, 30 marzo 2000 (6 febbraio 2001), n. 5037, imp. Camposano, in *Foro it.*, 2001, II, pag. 278.
- R. Guariniello, “Tumori professionali da amianto e responsabilità penale. Nota a Cass. Pen., IV, 11 luglio 2002, n. 953, Macola ed altri ”, in *Foro it.*, 2003, pag. 324 - 329.
- R. Guariniello, “Nota a Cass. Pen., IV, 19 giugno 2003, Giacomelli e a Cass. Pen., IV, 9 maggio 2003, Monti e altri”, in *Foro it.* II, pag. 69-83.
- L. Guarnieri, “Responsabilità penale del medico. Presupposti e limiti”, in *Giust. Pen.*, II, pag. 115-128.
- G. F. Iadecola, “Il medico e la legge penale”, Cedam, 1994.
- G. F. Iadecola, “Profili di colpa e nesso di causalità nella responsabilità professionale del medico”, nota a App. Bologna, 14 dicembre 1993, in *Giur. mer.*,

1994, II, pag. 680.

- G. F. Iadecola, "In tema di causalità e di causalità medica", in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 525.

- G. F. Iadecola, "In tema di verifica della causalità omissiva nell'attività medico-chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione. Nota a Cass. Pen., IV, 28.9.2000, n. 1688, Baltrocchi", in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 159- 181.

- G. F. Iadecola, "Sulla configurabilità del delitto di omicidio preterintenzionale in caso di trattamento medico con esito infausto, praticato al di fuori dell'urgenza e senza consenso del paziente". Nota a Cass. Pen., IV, ud. 9.3.2001 (dep. 12.7.2001), Pres. Losapio, Rel. Brusco, P.M. Iadecola, imp. Barese, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 517 - 533.

- G. F. Iadecola, "Medici, lavorare in *equipe* non esclude la responsabilità. E sul nesso causale si conferma la tesi delle sezioni unite. Nota a Cass. Pen., IV, 28 maggio (16 settembre) 2003, n. 35603, imp. Palladino", in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 1179-1188.

- G. F. Iadecola, "Colpa medica e causalità omissiva: nuovi criteri di accertamento", Nota a Cass. Pen., IV, 3 ottobre (15 novembre) 2002, n. 38334, Albissini, in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 603 -609.

- G. F. Iadecola, "Diversità di approccio tra Cassazione Civile e Cassazione Penale in tema di responsabilità medica", in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 841-849.

- G. F. Iadecola, "Nota a Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), imp. Guida", in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 1148 – 1151.

- G. F. Iadecola, "Diversità di approccio tra Cassazione civile e Cassazione penale in tema di responsabilità medica", in *Dir. pen. e proc.*, n. 1/2005, pag. 113-117

- G. F. Iadecola, "La causalità dell'omissione nella responsabilità medica prima e dopo le Sezioni Unite Franzese", in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n. 4-5/2005, pag. 699-739.

- G. F. Iadecola, "In tema di verifica della causalità omissiva nell'attività medico-chirurgica in recenti interventi della Corte Costituzionale", in *Corriere del merito*, 2006, pag. 175.

- G. Ingrassia, "La responsabilità del medico per fatti colposi dipendenti dalla sua professione", in *Crim. Psic. Forense*, 1994, pag. 107.

- G. Insolera, "Causalità e reati plurisoggettivi", in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, n. 2/3 2007, pag. 563-574.

- F. Introna, "La responsabilità penale nell'esercizio delle arti sanitarie", Cedam, Padova, 1955.

- F. Introna, "Il problema della causalità tra diritto e medicina", in *Riv. It. Med. Leg.*, 1992, pag. 9.

- F. Introna, "Metodologia medico – legale nella valutazione della responsabilità medica per colpa", in *Riv. it. med. leg.*, 1996, pag. 1295 ss.

- G. La Monaca, G. Albertacci, A. Fiori, "Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l'esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale

poco probabili. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1614-1634.

- Lentini, “Popper. Fallibilismo e razionalismo critico”, in Abbagnano, *Storia della filosofia*, vol. IV, Utet, 1996, pag. 606.

- Licci, “Teorie causali e rapporto di imputazione”, Napoli, Jovene, 1996.

- R. Li Vecchi, “Discussioni e contrasti in tema di reati commissivi mediante omissione. Nota a Trib. Caltanissetta, 9 marzo 1963”, in *Riv. Pen.*, 1963, II, 1063.

- C. Longobardo, “Sui rapporti tra causalità ed imputazione obiettiva”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2008, n. 2, pag. 649-680.

- F. Lubinu, M. G. Sini, “In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto”, Nota a Cass. Pen., IV, ud. 7.1.1983, dep. 12.5.1983, Melis, in *Giust. Pen.*, 1986, II, pag. 8 – 9.

- S. Maccioni, “Per l’accertamento del nesso causale non bastano i coefficienti di probabilità. Nota a Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, imp. Franzese”, in *Guida al diritto*, n. 38, 2002, pag. 62-73.

- S. Maccioni, “Accertamento del nesso di causalità nei reati colposi del settore medico”, in *Ventiquattr’ore Avvocato*, n.1/2004, pag. 80 e ss.

- M. Macri, “Responsabilità medica: unico criterio metodologico processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 94-113.

- Magro, “Orientamenti giurisprudenziali sul nesso di causalità”, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 336, n. 314.

- M. Maiwald, “Causalità e diritto penale”, Milano, 1999.

- Malinverni, “Voce Causalità (rapporto di)”, in *Nss. d.I.*, Utet, 1959, vol. III, pag. 45.

- A. Manacorda, “Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni. Nota a Cass. Pen., IV, 5 maggio (1 luglio) 1987, Bondioli”, in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107.

- Mancini, “Probabilità logica e probabilità statistica nell’accertamento del nesso causale in materia penale”, in *Riv. trim. dir. pen. ec.*, 2004, pag. 265 ss.

- A. Manna, “Profili penalistici del trattamento medico –chirurgico”, Milano, 1984.

- A. Manna, “Voce: Trattamento medico chirurgico”, in *Enc. Dir.*, vol. XLIV, Milano, 1992, pag. 1289-1291.

- A. Manna, “Le <nuove frontiere> del trattamento medico-chirurgico nel diritto penale”, in *Ind. Pen.*, 1996, pag. 147 ss.

- A. Manna, “I reati di pericolo astratto e presunto e i modelli di diritto penale”, in *Quest. Giust.*, 2001, pag. 439.

- A. Manna, “Danno alla salute e rischio professionale: le controverse indicazioni provenienti dalla giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità penale per omissionem”, in *Ind. Pen.*, 2004, pag. 27-49.

- A. Manna, “La responsabilità professionale in ambito sanitario: profili di diritto penale”, in *Riv. It. Med. Leg.*, n. 3/2007, pag. 591/623.

- A. Manna, “I rapporti tra sapere scientifico e sapere giudiziario”, in *Cass. Pen.*, n. 9/2009, pag. 3633-3643.
- Mannarino, “Le massime d’esperienza nel giudizio penale e il loro controllo in Cassazione”, Padova, 1999.
- F. Mantovani, “La responsabilità del medico”, in *Riv. it. med. leg.*, 1980, pag. 16 - 29.
- F. Mantovani, “L’equiparazione del non impedire al cagionare”, in *Arch. Pen.*, 1987, pag. 46.
- F. Mantovani, “Colpa (voce)”, in *Dig. Disc. Pen.*, II, 1988, pag. 310.
- F. Mantovani, “Diritto penale. Parte generale”, Padova.
- F. Mantovani, “Causalità, obbligo di garanzia e dolo nei reati omissivi”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 984-1010.
- F. Mantovani, “La causalità omissiva nel codice penale spagnolo”, in *Diritto Penale XXI Secolo*, n. 2/2005, pag. 237-253.
- D. Marchetti, A. Fiori, “L’accertamento del nesso causale in sede penale, con certezza allo stato delle conoscenze scientifiche del momento storico”. Nota a Cass. Pen. n. 19177/2004, Nobili, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4/2006, pag. 963/976.
- D. Marchetti, A. Fiori, “I compiti della <Guardia Medica>, la <causalità forte>, il ragionevole dubbio”, nota a Cass. Pen., IV, 4 marzo (11 marzo) 2009, n. 10819, Ferlito, in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2009, pag. 1377 – 1389.
- G. Marinucci, “La colpa per inosservanza di leggi”, Milano, 1965.
- G. Marinucci, “Non c’è dolo senza colpa. Morte dell’imputazione oggettiva dell’evento e trasfigurazione nella colpevolezza?”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1991, pag. 3.
- G. Marinucci, “Il diritto penale messo in discussione”, in *Riv. it. dir e proc. pen.*, 2002, pag. 1040.
- G. Marinucci, E. Dolcini, “Codice Penale Commentato”, Milano, 2006.
- G. Marinucci, E. Dolcini, “Manuale di Diritto Penale. Parte Generale”, Milano, 2006.
- G. Marinucci, “Causalità reale e causalità ipotetica nell’omissione impropria”, in *Riv. It Dir. e Proc. Pen.*, 2009, n. 2, pag. 523 – 536.
- L. Masera, “Il modello causale delle Sezioni Unite e la causalità omissiva”, in *Dir. pen. e proc.*, 2006, pag. 493 e ss.
- L. Masera, “Contagio da Aids e diritto penale: alcuni spunti di riflessione”, in *Dir. pen. e proc.*, 2008, n. 9, pag. 1174- 1183.
- L. Masera, “Epidemiologia e nesso di causalità”, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 11, pag. 4415-4442.
- M. Maspero “Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro? Nota a Trib. Como, 13.11.2000 (9 febbraio 2001), imp. Guida”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 907-955.
- M. Maspero, “Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra. Nota a Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), imp. Guida”, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 1246 – 1263.
- T. Massa, “Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni

- sparse sul principio di causalità. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese,” in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3661 ss.
- L. Mazza, “Il nesso di causalità nella responsabilità professionale”, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1994, n. 16, pag. 385.
 - N. Mazzacuva, “Problemi attuali in materia di responsabilità penale del sanitario”, in *Riv. it. med. leg.*, 1984, pag. 401.
 - D. Micheletti, “Tumori da amianto e responsabilità penale”, in *Riv. Trim. Dir. pen. Ec.*, 1997, vol., I-II, pag. 224.
 - D. Micheletti, F. Giunta, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008), Pisa, 2009.
 - Militello, “Rischio e responsabilità penale”, Giuffrè, 1988, pag. 55.
 - Montagni, “La responsabilità penale per omissione. Il nesso causale”, Cedam, 2002.
 - Morselli, “Il problema della causalità nel diritto penale”, in *Ind. Pen.*, 1998, pag. 879.
 - E. Morselli, “Note critiche sulla teoria dell’imputazione oggettiva”, in *Ind. Pen.*, 2000, pag. 11.
 - A. Nappi, “Condotta omissiva e colpa per omissione: la causalità tra diritto e processo”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 4296-4313.
 - E. Nicosia, “Nota a Cass. Pen., IV, ud. 8.9.2000, dep. 9.3.2001, n. 1688, Baltrocchi”, in *Foro It.*, 2001, II, pag. 420 e ss.
 - M. Nisticò, “Sul contagio venereo da *virus* hiv. Nota a Cass. Pen., IV, 14 giugno (3 agosto) 2001, n. 30425, imp. Lucini”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 515-527.
 - Nobili, “Nuove polemiche sulle cosiddette <massime d’esperienza>”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1969, pag. 123 ss.
 - T. Padovani, “Diritto Penale”, Milano, 2002.
 - T. Padovani, “Il crepuscolo della legalità nel processo penale”, in Studi in ricordo di G. Pisapia, pag. 306.
 - A. Pagliaro, “Principi di diritto penale. Parte generale”, 1998.
 - A. Pagliaro, “Imputazione obiettiva dell’evento”, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 1991, pag. 779.
 - A. Pagliaro, “Causalità e diritto penale”, in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 1037-1061.
 - R. Palavera, “Verso una costruzione giuridica della scienza: riflessi dell’oltre il ragionevole dubbio e della recente giurisprudenza di Cassazione sulle decisioni dei tribunali di merito. Nota a Trib. Milano, I, 20 dicembre 1999 (18 febbraio 2000), Giud. Gatto e a Trib. Milano, X, 23 aprile (4 giugno 2001), Giud. Vitale”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1272-1278 e pag. 1283-1296.
 - R. Palavera, “Riflessioni in tema di causalità. Nota a Trib. Venezia, I, ud. 22.10.2001 (dep. 29.5.2002), Cefis ed altri”, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1692-1696.
 - C. E. Paliero, “La causalità dell’omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici”, in *Riv. it. med. leg.*, 1992, pag. 821 - 855.
 - C. E. Paliero, “L’autunno del patriarca”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1994, pag. 1240.

- A. Palma, “Nota a Cass. Pen., IV, 28 maggio (16 settembre) 2003, n. 834, imp. Palladino”, in *Studium Iuris*, 2004, pag. 536.
- Parodi, Giusino, “I reati di pericolo tra dogmatica e politica criminale”, Milano, 1990, pag. 199 ss.
- Parodi, Nizza, “La responsabilità penale del personale medico e paramedico”, Torino, 1996.
- F. Pavesi, “Causalità omissiva e responsabilità del medico”. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 19.1.2006, dep. 18.5.206, n. 16995, Luzzi”, in *Giurispr. It.*, 2007, n. 6, pag. 1513-1516.
- F. Pavesi, “Nota a Cass. Pen., IV, ud. 9.2.2006, dep. 12.4.2006, n. 12894, Vescio”, in *Giurispr. It.*, 2007, n. 7, pag. 1785 – 1788.
- Pelliccioni, Magazzini, “Il nesso di causalità, Principi generali” in *Diritto e Formazione. Studi di diritto penale*, a cura di Caringella, Garofoli, vol. I, pag. 402-403.
- P. Piccialli “Come la Cassazione applica i principi della Franzese. La garanzia per il paziente è la chiave di volta della responsabilità del medico”, in *Responsabilità e risarcimento*, 2007, fasc. 3, dossier.
- P. Piccialli, F. Giunta, D. Micheletti, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008), Pisa, 2009.
- C. Piemontese, “Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 8.9.2000, dep. 9.3.2001, n. 1688, Baltrocchi e Cass. Pen., IV, 29.11.2000, n. 2139, Musto”, in *Dir. pen. e proc. 2002*, pag. 311 – 324.
- C. Piemontese, “Le problematiche della causalità omissiva: tendenze emergenti e modelli prasseologici”, in AA. VV., “Scritti in onore di Antonio Cristiani”, a cura di G. De Francesco.
- C. Piemontese, “Il principio dell’<oltre il ragionevole dubbio>, tra accertamento processuale e ricostruzione dei presupposti della responsabilità penale”, in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 757 - 761.
- Piergallini, “Attività produttive e imputazione per colpa: prove tecniche di diritto penale del rischio” nota a Pret. Torino, 9.2.1995, imp. Barbotto e altro, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 1997, pag. 1447.
- Piergallini, “Danno da prodotto e diritto penale”, Giuffrè, 2004.
- P. F. Piras, “Nesso di causalità e imputazione a titolo di colpa. Nota a Cass. Pen., IV, 12 giugno (30 settembre) 1997, Valleri e altro”, in *Dir. pen. e proc.*, 1998, pag. 1519 e ss.
- P. F. Piras, “Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche. Nota a Cass. Pen., IV, 17 settembre 2002 (21 maggio 2003), n. 22341, imp. Marinari”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2379-2387.
- P. F. Piras, “Omessa diagnosi di setticemia e nesso causale”, nota a Cass. Pen., ud. 7.6. 2007, dep. 3.10.2007, n. 36162, Isola, in *Resp. civ. e prev.*, 2008, n. 5, pag. 1135-1138.
- P. Piras, F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008), Pisa, 2009.
- P. F. Piras, C. Sale, “Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra”, nota a “Cass. Pen., IV, 12 novembre 2008 (28 gennaio 2009), n. 4107,

Calabrò” e a “Cass. Pen., IV, 27 novembre (29 dicembre) 2008, Desana, n. 48292”, in *Cass. Pen.*, n. 4/2010, pag. 1462- 1470.

- C. Pizzi, “Eventi e cause. Una prospettiva condizionalistica”, Milano, 1997.

- C. Pizzi, “Cause e cause omissive”, in *Cass. Pen.*, 2009, n. 3, pag. 1306 – 1323.

- Poglie, “Sulle concause. Nota a Cass. Pen., 4 dicembre 1974, Pagliuca”, in *Cass. Pen.*, 1977, pag. 854, m. 1032.

- C. Pomara, M. Barni, I. Riezzo, “Responsabilità professionale medica: il diversificato assetamento giurisprudenziale in ambito penale e civile ed il ruolo della valutazione peritale medico – legale”, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 851-872.

- Popper, “Poscritto alla logica della scoperta scientifica”, I, Milano, 1984.

- D. Potetti, “Il nesso causale secondo le Sezioni Unite. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese”, in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 896-901.

- A. Puliatti, “Malpractice: non basta la probabilità resta indispensabile la certezza. Nota a Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1586, Pres. Lisciotta, Est. Battisti, Ric. Ambrosio, in *Dir. e giust.*, 2002, n. 7, pag. 26 – 27.

- E. Quadri, “Profili della responsabilità medica con particolare riguardo alla ginecologia ed ostetricia: esperienze recenti e prospettive”, in *Resp. Civ. e prev.*, 2004, pag. 319-339.

- L. Ramponi, “Concause antecedenti e principio di affidamento: fra causalità attiva ed omissiva. Nota a Cass. Pen., IV, 22.09.2006, n. 31462, imp. Capobianchi”, in *Cass. pen.*, 2008, n. 2, pag. 556-589.

- “Relazione della Commissione ministeriale presieduta da Grosso al Progetto preliminare di riforma del codice penale del luglio 2000”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 652.

- Renda, “Sull’accertamento della causalità omissiva nella responsabilità medica”. Nota a Cass. Pen., IV, ud. 7.1.1983, dep. 12.5.1983, Melis, in *Foro It.*, 1986, II, pag. 351 - 353.

- M. Ricciardi, G. Giorello, “Causalità, necessità, spiegazione”, in *Dir. pen. e proc.*, 1998, pag. 1559.

- I. Riezzo, M. Barni, C. Pomara, “Responsabilità professionale medica: il diversificato assetamento giurisprudenziale in ambito penale e civile ed il ruolo della valutazione peritale medico – legale”, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 851-872.

- D. Riponti, “Causalità omissiva e responsabilità del medico”, in *Riv. Pen.*, n. 11/2005, pag. 1163-1166.

- Riverditi, “Nota a Cass. Pen., 17 novembre 1999, n. 2906”, in *Cass. Pen.*, 2001, pag. 41.

- R. Riz, “Colpa penale per imperizia del medico: nuovi orientamenti”, in *Ind. Pen.*, 1985, pag. 267.

- D. Rodriguez, “Nota a Cass. Pen., IV, 21 aprile (13 maggio) 1992,

Massimo”, in *Riv. it. med. leg.*, 1993, pag. 460 e ss.

- Romano, “Nesso causale e concretizzazione delle leggi scientifiche in diritto penale”, in “*Scritti per Federico Stella*”, Jovene, 2007.

- M. Romano, “Commentario sistematico del codice penale. Artt. 40 e 41”, Giuffrè, Milano, 1995.

- M. Ronco, “Aporie scientiste e certezza logico razionale: note in tema di nesso causale”, in *Dir. Pen. e Proc.*, 2007, pag. 247 - 254.

- M. Ronco, “Interruzione del nesso causale e principio di offensività”, in *Dir. pen. e proc.*, n. 6/2007, pag. 819 - 826.

- A. Sabatucci, “Esiste un nesso di causalità tra la morte di una lavoratrice e l’esposizione al fumo passivo. Nota a Trib. Milano, 1 marzo 2002, Giud. Saresella, ric. F.G. e F.E.”, in *Resp. civ. e prev.*, 2002, pag. 1112- 1134.

- Salcuni, “Aporie e contraddizioni in tema di colpa professionale”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2000, pag. 1596.

- M. Santambrogio, “La causalità nella responsabilità professionale”, in *Giur. mer.*, 2005, pag. 1756-1761.

- F. Santoni de Sio, “Il concetto di causa e i problemi del diritto”, in *Cass. Pen.*, 2009, n. 7/8, pag. 3221 - 3237.

- Saraceno, “La decisione sul fatto incerto nel processo penale”, Padova, 1940.

- F. Sardella, “L’accertamento del nesso causale: la funzione teleologica e selettiva delle regole cautelari. Nota a Cass. Pen., IV, 26.5.2004, n., 24051, imp. Fatuzzo.”, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4-5/2005, pag. 910-916.

- N. Sciaraffa, “In tema di responsabilità penale del medico. Nota a Trib. Roma, 6 aprile 1984, Patriarca e a Corte App. Roma, 9 novembre 1985, Patriarca, in *Riv. it. med. leg.*, 1987, pag. 611 e in *Giur. Mer.*, 1987, pag. 713 e ss.

- Siniscalco, “Voce: causalità (rapporto di)”, in *Enc. Dir.*, VI, Milano, 1960, pag. 639.

- Siracusano “Giudizi di probabilità e sequenze causali nell’accertamento della colpa medica”, nota a Cass. Pen., IV, 27 settembre (16 novembre) 1993, Rossello, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 3325.

- Spasari, “L’omissione nella teoria della fattispecie penale”, Milano, 1956.

- F. Stella, “La descrizione dell’evento”, Milano, 1970.

- F. Stella, “Leggi scientifiche e spiegazione causale nel diritto penale”, Giuffrè, Milano, 1975, 2000.

- F. Stella, “Le incomprensioni tra scienza giuridica e scienza medico-legale: un pericolo da scongiurare”, in *Riv. it. med. leg.*, 1977, pag. 7.

- F. Stella, “La nozione penalmente rilevante di causa: la condizione necessaria”, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1988, pag. 1217 – 1268.

- F. Stella, “Voce: Rapporto di causalità”, in *Enc. Giur. Treccani*, XXV, Roma, pag. 1-21.

- F. Stella, “Dottrina e giurisprudenza di fronte al problema causale”, in *Commentario del Codice penale*, Giuffrè, 1999.

- F. Stella, “Clinica medica e processo penale: la spiegazione causale di singole malattie”, in *Riv. it. med. leg.*, 1999, pag. 475.

- F. Stella, “Giustizia e modernità. La protezione dell’innocente e la tutela delle vittime”, Giuffrè, Milano, 2001.
- F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese,” in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 767 – 816.
- F. Stella, “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi. Nota a Cass. Pen., S.U., ud. 10.7.2002, dep. 11.9.2002, n. 30328, Franzese,” in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1215 - 1247.
- F. Stella, “Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 - 49.
- F. Stella, “L’allergia alle prove della causalità individuale. Le sentenze sull’amianto successive alla sentenza Franzese”, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 379-431.
- F. Stella, “I saperi del giudice”, Giuffrè, 2004.
- F. Stella, “Causalità e probabilità: il giudice corpuscolariano”, in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, n.1/2005, pag. 60-130.
- F. Stella “Causalità omissiva, probabilità, giudizi controfattuali. L’attività medico chirurgica.”, in *Cass. pen.*, 2005, pag.1062-1090.
- F. Stella, “Il giudice corpuscolariano”, Milano, 2005.
- Stuart Mill, “Sistema di logica razionativa e induttiva”, Roma, 1968, pag. 323.
- Taruffo, “La prova dei fatti giuridici”, Milano, 1992.
- M. Tornatore, “In tema di colpa medica omissiva. Nota a Cass. Pen., IV, 12 luglio 1991, Silvestri e Leone”, in *Giur. It.*, 1992, II, c. 413-418.
- M. T. Trapasso, “Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all’accertamento. Nota a Cass. Pen., S.U., 11 settembre 2002, imp. Franzese”, in *Ind. Pen.*, 2003, pag. 1225-1242.
- Trimarchi, “Causalità e danno”, Giuffrè, 1966.
- Turillazzi “Causalità omissiva: leggi di copertura e giudizio medico – legale. Nota a Trib. Grosseto, 31 ottobre 2000”, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 435 ss.
- Usai “Sulla responsabilità penale del medico psichiatra”, nota a Corte d’Appello Cagliari, 9 aprile 1991, Scamonatti, in *Riv. giur. sarda*, 1992, pag. 162.
- A. Vallini, “La ricostruzione del nesso di causalità nell’attività medica”, in *Medicina e diritto penale*, a cura di S. Canestrari, F. Giunta, R. Guerrini e T. Padovani, ETS, 2009.
- Vannini, “Ancora sul problema della causalità”, in *Ann. Dir. pen.*, 1948, II, 113.
- Vannini, “Una parola ancora sul nesso di causalità”, in *Arch. Pen.*, 1952, I, pag. 3.
- P. Veneziani, “Omicidio e lesioni colpose nel settore medico-chirurgico”, in *Trattato di diritto penale – Parte Speciale*, diretto da Giorgio Marinucci e Emilio Dolcini, 2003, pag. 167 e ss.
- P. Veneziani, “Regole cautelari <proprie> e <improprie> nella

prospettiva delle fattispecie colpose causalmente orientate”, Padova, 2003.

- P. Veneziani, “Il nesso tra omissione ed evento nel settore medico: struttura sostanziale ed accertamento processuale”, in Studi in onore di Giorgio Marinucci, 2006, pag. 1970.

- G. Vidoni, “I reati omissivi per colpa specifica nel campo della professione medica”, Studi criminologici, 1987, pag. 19.

- F. Viganò “Problemi vecchi e nuovi in tema di responsabilità penale per medical malpractice”, in *Corriere del Merito*, 2006, pag. 961 e ss.

- F. Viganò, “Riflessioni sulla c.d. <causalità omissiva> in materia di responsabilità medica”, in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, 2009, n. 4, pag. 1679 – 1725.

- Vineis, “Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità”, Torino, 1990.

- Vineis, “Nel crepuscolo delle probabilità. La medicina tra scienza ed etica”, Torino, 1999.

- Zana, “Responsabilità medica e tutela del paziente”, Milano, 1993.

- M. Zanchetti, “Fra l’incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione. Nota a Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), n. 10430, imp. Guida”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2854-2871.

- P. Zangani, “Orientamenti e cause in tema di causalità omissiva”, in *Giust. Pen.*, 2002, I, pag. 157-160.

Giurisprudenza di legittimità

- Cass. Pen., II, 17 ottobre 1952, Bussola, in *Riv. pen.*, II, pag. 189-190 e in *Giustizia Penale*, 1953, II, pag. 503 e ss, con nota di E. Battaglini, “La colpa professionale dei sanitari”.

- Cass. Pen., II, 17 ottobre 1952, Amistani, in *Giust. pen.*, 1953, pag. 4 ss.

- Cass. Pen., 3 luglio 1962, Castellucci, in *Foro It., Rep.*, 1963, voce Reato colposo, n. 37.

- Cass. Pen., IV, ud. 2 dicembre 1963, Sorvillo, in *Cass. Pen.*, 1964, pag. 313.

- Cass. Pen., IV, ud. 2 dicembre 1963, Piciocchi, in *Giust. Pen.*, 1964, II, pag. 652-653.

- Cass. Pen., II, 13 gennaio 1964, Fiore, in *Giust. Pen.*, 1964, II, pag. 801.

- Cass. Pen., IV, 4 maggio 1965, Nani, in *Giust. Pen.*, II, 1966, pag. 498 – 499.

- Cass. Pen., IV, 6 marzo 1967, Izzo, in *Giust. Pen.*, 1967, II, pag. 1158 – 1159.

- Cass. Pen., IV, 20 maggio 1969, Spegne, in *Giust. Pen.*, 1970, II, c. 557

- Cass. Pen., IV, 14 ottobre 1969, Recchioni, in *Cass. Pen.*, 1971, pag. 278, n. 296.

- Cass. Pen., IV, 21 ottobre 1970, Listo, in *Cass. Pen.*, 1972, pag. 558, m. 723 e in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1973, pag. 255.

- Cass. Pen., 15 marzo 1971, Biadene in *Cass. Pen., Mass. Ann.*, 1972, pag. 795 - 820 e in *Foro It.*, 1971, II, pag. 717, con nota di Martinelli.

- Cass. Pen., IV, ud. 4 febbraio 1972, Del Vecchio, in *Cass. Pen.*, 1973,

pag. 538 - 546.

- Corte Cost., 28 novembre 1973, n. 166, in *Foro it.*, 1974, I, pag. 19.
- Cass. Pen., 8 marzo (13 novembre) 1974, Bertani, in *Riv. Pen.*, 1975, II, 782.
- Cass. Pen., 4 dicembre 1974, Pagliuca, in *Cass. Pen.*, 1977, pag. 854, m. 1032, con nota di Poglieni, "Sulle concause".
- Cass. Pen., V, 27 gennaio 1976, Nidini, in *C.E.D. Cass.*, n. 133819 e in *Foro It.*, Rep., 1976, voce *Reato in genere*, n. 21.
- Cass. Pen., IV, 7 luglio 1977, in *Riv. Pen.*, 1978, pag. 330.
- Cass. Pen., V, 6 dicembre 1977 (17 febbraio 1978), Valentini, in *Cass. Pen.* 1979, pag. 520, m. 502.
- Cass. Pen., VI, 15 febbraio 1978, in *Riv. Pen.*, 1978, pag. 732.
- Cass. pen., 6 aprile (23 giugno) 1978, Bonadei, in *Cass. Pen.*, 1979, pag. 1095, n. 1090.
- Cass. Pen., IV, 10 aprile (18 luglio) 1978, Zanini, in *Cass. Pen.*, 1979, pag. 1095, n. 1089.
- Cass. Pen., IV, 7 giugno 1979, Mendola, in *Cass. Pen.*, 1981, pag. 344, n. 372.
- Cass. Pen., 11 marzo 1980, Tenapla, in *Cass. Pen.*, 1981, II, c. 355.
- Cass. Pen., IV, 15 novembre 1979 (27 marzo 1980), Ruffoli, in *Riv. Pen.*, 1980, pag. 535.
- Cass. Pen., 30 ottobre 1979 (13 maggio 1980), Castelli, in *Mass. Pen.*, 1981, pag. 556 e in *Foro it.*, Rep., 1981, voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 117.
- Cass. Pen., 22 gennaio (21 maggio) 1980, De Santis, in *Cass. Pen.*, 1981, pag. 1767.
- Cass. Pen., V, 21 ottobre 1980, Limitone, in *Giust. Pen.*, 1981, II, pag. 721.
- Cass. Pen., IV, 25 novembre 1980, Vicario, in *C.E.D. Cass.*, n. 147891 e in *Riv. Pen.*, 1980, pag. 535.
- Cass. Pen., IV, 4 luglio (27 dicembre) 1980, Brancino, in *Cass. Pen.*, 1982, pag. 240, n. 175.
- Cass. Pen., IV, 27 febbraio 1981, Patella, in *Cass. Pen.*, 1982, pag. 1158, m. 1008.
- Cass. Pen., IV, 12 dicembre 1980 (26 maggio 1981), Gamberi, in *Cass. Pen.*, 1983, pag. 47, n. 7.
- Cass. Pen., 9 giugno 1981, Fini, in *C.E.D. Cass.*, n. 150650.
- Cass. Pen., I, 19 gennaio 1982, Cacace, in *Cass. Pen.*, 1982, II, c. 484.
- Cass. Pen., V, 7 maggio 1982, Callisti, in *Cass. Pen. Mass. Uff.*, 1982, m. 154.267.
- Cass. Pen., IV, 1 dicembre 1981 (17 febbraio 1982), Currò, in *Cass. Pen.*, 1983, pag. 876.
- Cass. Pen., 8 marzo 1982, Siciliano, in *Cass. Pen., Mass. Uff.*, 1982, m. 158.226.
- Cass. Civ., 13 maggio 1982, n. 3013, in *Dir. prat. Ass.*, 1988, pag. 255.
- Cass. Pen., 18 novembre 1982, Torre, in *Giust. Pen.*, 1983, II, c. 433;

- Cass. Pen., V, 10 marzo 1983, Di Martino, in *Giur. pen.*, 1984, II, c. 163 e in *Foro It.*, Rep., 1984, voce *Reato in genere*, nn. 27, 34.
- Cass. Pen., V, 25 marzo 1983, Piotto, in *Giust. Pen.*, 1984, II, c. 222.
- Cass. Pen., IV, 19 aprile 1983, Milardi, inedita.
- Cass. Pen., IV, 7 gennaio (12 maggio) 1983, Melis, in *Cass. pen.*, 1984, pag. 1142 – 1145, n. 820; in *Riv. It. med. leg.*, 1984, pag. 871 – 875; in *Foro It.* 1986, II, pag. 351- 356, con nota di L. Renda, “Sull’accertamento della responsabilità omissiva nella responsabilità medica”; in *Giust. Pen.*, 1986, II, pag. 8 con nota di F. Lubinu, M. G. Sini, “In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto”.
- Cass. Pen., 22 ottobre 1983, Rovacchi, in *C.E.D. Cass.*, n. 160826;
- Cass. Pen., 5 novembre 1983, Bruno, in *Riv. Pen.*, 1984, pag. 550.
- Cass. Pen., I, 10 giugno (8 novembre) 1983, Galletti, n. 9294, in *Riv. pen.*, 1984, pag. 550.
- Cass. Pen., 26 aprile (16 novembre) 1983, Andreini, in *Riv. pen.*, 1984, pag. 482 – 483 e in *Foro it.*, Rep., 1984, voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 100.
- Cass. Pen., I, 13 dicembre 1983 (23 gennaio 1984), Oneda, in *Cass. Pen.*, 1984, pag. 2393 n. 1603 e pag. 2400 n. 1613; in *Foro It.*, 1984, II, pag. 361, con nota di Floris.
- Cass. Pen., IV, 25 giugno 1984, Sblendorio, in *Giust. Pen.*, 1985, II, c. 35.
- Cass. Pen., I, 17 giugno 1985, Pellegrino, in *Giust. Pen.*, 1986, II, pag. 309.
- Cass. Pen., IV, 4 novembre 1985, Rotunno, in *Riv. giur. circ. trasp.*, 1987, pag. 125.
- Cass. Pen., IV, 24 giugno 1986, Ponte, in *Mass. Uff.*, 1986, n. 174511 - 174512.
- Cass. Pen., IV, 27 aprile 1987, Mancinelli, in *C.E.D. Cass.*, n. 176926.
- Cass. Pen., 24 giugno 1987, Mondonico, in *C.E.D. Cass.*, n. 176416;
- Cass. Pen., IV, 5 maggio (1 luglio) 1987, Bondioli, in *Cass. Pen.*, 1988, pag. 839, n. 710 con nota di A. Ferraro e in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107, con nota di Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra” e con nota di A. Manacorda, “Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni”.
- Cass. Pen., I, 26 maggio 1987, Salminci, in *Giust. Pen.*, 1988, II, pag. 548.
- Cass. Pen., IV, 12 giugno 1987, Boschi, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 68.
- Cass. Pen., IV, 22. aprile (10 luglio) 1987, Ziliotto, in *Cass. pen.*, 1989, pag. 72 - 76, n. 45; in *Riv. It. med. leg.*, 1989, pag. 668 – 675; in *Mass. Uff.*, 1987, n. 176402; in *Cass. Mass. Uff.*, 1987, pag. 572; in *Foro It.*, Rep. 1989, voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 110, pag. 2045; in *Foro It.*, Rep. 1988, voce *Reato in genere*, n. 34; in *Riv. Pen.*, 1988, pag. 91.
- Cass. Pen., I, 21 marzo (8 giugno) 1988, n. 6834, Montalbano, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 1242, n. 1066 e in *Riv. Penale*, 1989, pag. 424.

- Corte Costituzionale, 24 marzo 1988, n. 364, in *Cass. Pen.*, pag. 1152, 1988. e in *Foro It.*, I, c. 1385 e segg., con nota di G. Fiandaca.
- Cass. Pen., IV, 3 ottobre 1988, Nardi, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 2179, n. 1725.
- Cass. Pen., IV, 8 novembre 1988, Angelli, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 245, n. 209.
- Cass. Pen., IV, 25 aprile (2 dicembre) 1988, Parasacco, in *Cass. Pen.*, 1989, pag. 2178, n. 1723.
- Cass. Pen., IV, 28 febbraio (17 dicembre) 1988, Giuliano, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 230, n. 182.
- Cass. Pen., IV, 7 novembre 1988 (23 gennaio 1989), Servadio, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 246-247, n. 211 e in *Riv. Pen.*, 1989, pag. 1146.
- Cass. Pen., IV, 22 dicembre 1988 (1 febbraio 1989), Garoni, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 401, n. 361.
- Cass. Pen., IV, ud. 7.3.1989 (dep. 12.5.1989), Prinzivalli, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1278 - 1279, n. 1018; in *Riv. Pen.*, 1990, pag. 119; in *Foro It. Rep.*, 1990, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 79, pag. 2113.
- Cass. Pen., IV, 15 dicembre 1988 (9 marzo 1989), Scognamiglio, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1028, n. 844.
- Cass. Pen., IV, 9 marzo 1989, n. 3602, Carapezza, in *C.E.D. Cass.*, n. 180736.
- Cass. Pen., IV, 1 marzo (19 aprile) 1989, Maestri, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 838, n. 685.
- Cass. Pen., IV, 15 maggio (3 ottobre) 1989, Ricciardi, in *Cass. Pen.*, 1990, pag. 1911 - 1912, n. 1506.
- Cass. Pen., IV, 16 maggio 1989, Esposito, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 1961 - 1962, n. 1434.
- Cass. Pen., I, 22 maggio 1989, Barranca, in *C.E.D. Cass.*, 1992, n. 182290.
- Cass. Pen., 18 dicembre 1989, Olivi, in *C.E.D. Cass.*, n. 184881.
- Cass. Pen., V, 12 luglio 1989 (24 aprile 1990), Lamanne, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 1962 - 1963, n. 1435.
- Cass. Pen., IV, 2 marzo 1990, Papini, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 1826 e ss, n. 1384.
- Cass. Pen., IV, 30 maggio (10 agosto) 1990, Berardino, n. 11389, in *Riv. Pen.*, 1991, pag. 558 e in *C.E.D. Cassazione*, n. 185086.
- Cass. Pen., IV, 23 gennaio (5 giugno) 1990, Pasolini, n. 8148, in *Cass. Pen.*, 1991, pag. 1577, n. 1213, in *Giust. Pen.*, 1991, II, c. 108 e in *Foro it., Rep.*, 1991, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 85.
- Cass. Pen., IV, 13 giugno (16 agosto) 1990, n. 11484, D'Erme, in *Giurispr. it.*, 1991, voce cit. n. 25 e in *Giust. Pen.*, 1991, II, pag. 157; in *Riv. pen.*, 1991, pag. 558; in *Foro it., Rep.* voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 86.
- Cass. Pen., IV, 26 settembre (6 novembre) 1990, Corbetta, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2100 e ss, n. 1112.
- Cass. Pen., IV, 17 ottobre 1990, Lodigiani, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2102, n. 1113.

- Cass. Pen., IV, 18 ottobre (23 novembre) 1990, Oria, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2102 e ss, con nota di P. Dell'Anno; in *Riv. pen.*, 1991, pag. 870; in *Foro it., Rep.*, voce *Reato in genere*, n. 25.
- Cass. Pen., IV, 6 dicembre 1990, Bonetti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2726, n. 1411 e in *Foro It.* 1992, II, pag. 36.
- Cass. Pen., V. 27 marzo 1991, Rossini, in *Giust. Pen.*, 1991, II, pag. 665.
- Cass. Pen., IV, 12 luglio 1991 (17 gennaio 1992), Silvestri e Leone, in *Foro it.* 1992, II, pag. 363 - 368, con nota di I. Giacona, "Sull'accertamento del nesso di causalità tra la colposa omissione di terapia da parte del medico e la morte del paziente"; in *Cass. pen.*, 1992, pag. 2104 con osservazioni di P. Dell'Anno; in *Giur. it.*, 1992, II, pag. 414 e ss., con nota di M. Tornatore, "In tema di colpa medica omissiva"; in *Nuova giur. Civ.*, 1992, I, pag. 358, con nota di Zeno Zencovich, "Questioni in tema di responsabilità per colpa professionale", in *Riv. Pen.*, 1992, pag. 454; in *Dir. Economia*, 1992, pag. 469, con nota di Colombini.
- Cass. Pen., S.U., 4 febbraio 1992, Musumeci, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 2662, n. 1406.
- Cass. Pen., IV, 21 aprile (13 maggio) 1992, Massimo, in *Riv. it. med. leg.*, 1993, pag. 460 e ss, con nota di D. Rodriguez.
- Cass. Pen., IV, 31 ottobre 1991 (19 maggio 1992), Rezza, in *Cass. Pen.*, 1994, pag. 1204, n. 691.
- Cass. Pen., III, 20 gennaio (22 febbraio) 1993, Conte, in *C.E.D. Cass.*, n. 193052 e in *Riv. pen.*, 1993, pag. 1003 e ss.
- Cass. Pen., IV, 27 aprile 1993, Messina, in *Giur. It.*, 1994, II, pag. 668 e ss.
- Cass. Pen., IV, ud. 30.4.1993, dep. 7.7.1993, De Giovanni, in *Giurispr. It.*, 1994, voce cit. n. 50; in *Giust. Pen.*, 1994, II, pag. 269; in *Riv. Pen.*, 1994, pag. 954; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73.
- Cass. Pen., IV, 27 maggio 1993, Rech, con nota di R. Blaiotta, "Il caso ATR-42, causalità, scienza, esperienza nel diritto penale", in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 2898 - 2912, n. 1714 e in *Foro It. Rep.*, 1994, voce *Incolunità pubblica*, n. 14 e n. 16.
- Cass. Pen. IV, 23 marzo (21 ottobre) 1993, De Donato, in *Cass. Pen.*, 1994, pag. 2701, n. 1671; in *C.E.D.* n. 195169; in *Foro It. Rep.*, 1994, voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 49.
- Cass. Pen., IV, 27 settembre (16 novembre) 1993, Rossello, in *Giur. it.*, 1994, II, pag. 634, con nota di A. Grilli; in *Cass. Pen.*, 1995, pag. 291, n. 221; in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 3325, con nota di Siracusano "Giudizi di probabilità e sequenze causali nell'accertamento della colpa medica".
- Cass. Pen., IV, 17 dicembre 1993, Ianieri, in *Riv. Pen.*, 1996, pag. 56 e ss.
- Cass. Pen., IV, 11 novembre 1994 (18 gennaio 1995), Presta ed altri, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 1442, n. 820; in *Rep. Foro It.* 1995, voce *Omicidio e lesioni personali colpose*, n. 43; in *Riv. Pen.*, 1995, pag. 968; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73.

- Cass. Pen., IV, 17 ottobre (19 novembre) 1994, Fiorillo, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 511, n. 243 con nota di R. Blaiotta, “Maltrattamenti nelle istituzioni assistenziali e dovere costituzionale di solidarietà”.
- Cass. Pen., IV, 28 febbraio 1995, Est. Losapio, Imp. Colonnelli, inedita.
- Cass. Pen., IV, 8 marzo 1995, Est. Losapio, Imp. Prosperini, inedita.
- Cass. Pen., 9 ottobre (31 ottobre) 1995, La Paglia, in *Cass. Pen.*, 1996, pag. 2539 e in *Foro It., Rep.*, 1996, voce Reato in genere, n. 30.
- Cass. Pen., III, 6 dicembre 1995, Sonderegger, in *Giust. Pen.*, 1996, II, pag. 682 e ss.
- Cass. Pen., IV, 4 febbraio 1997, Est. Battisti, Imp. Zucci, inedita.
- Cass. Pen., 29 settembre 1997, imp. A., n. 1698, in *Riv. It.med. leg.*, 2000, II, pag. 615.
- Cass. Pen., IV, 12 giugno (30 settembre) 1997, Valleri e altro, in *Dir. pen. e proc.*, 1998, pag. 1552, con nota di P. F. Piras, “Nesso di causalità e imputazione a titolo di colpa”.
- Cass. Pen., 12 novembre 1997, Van Custem, in *Cass. Pen.*, 1998, pag. 2916, n. 1579 e in *Foro It., Rep.*, 1998, voce Reato in genere, n. 18.
- Cass. Pen., IV, 26 gennaio 1998, Est. Losapio, Imp. Viviani, in *C.E.D.*, 211847.
- Cass. Pen., 18 febbraio 1998, n. 3131, in *Juris Data*, 2001.
- Cass. Pen., 15 maggio 1998, Barraco, in *Cass. Pen.*, 1999, pag. 2535; in *Riv. Pen.*, 1998, pag. 769 e in *Foro It. Rep.*, 1998, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 33 (1499).
- Cass. Pen., V, 1 settembre (20 ottobre) 1998, Casaccio, in *Cass. Pen.* 2000, pag. 1183 e ss, con nota di R. Blaiotta, “Causalità e colpa nella professione medica tra probabilità e certezza”; in *Riv. it. med. leg.*, 2000, pag. 278, con nota di Fineschi, “Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale”; in *Riv. Pen.*, 1998, pag. 1123-1126.
- Cass. Pen., IV, 27 novembre 1998, Est. Losapio, Paoli, inedita.
- Cass. Pen., IV, 1 ottobre 1998 (8 gennaio 1999), Stanzione, in *Riv. Pen.*, 1999, pag. 270.
- Cass. Pen., IV, 20 gennaio 1999, Est. De Maio, Hautmann, inedita.
- Cass. Pen., IV, 5 febbraio 1999, Est. Losapio, Fanti, in *Arch. Giur. circ. sin. strad.*, 1999, pag. 890.
- Cass. Pen., 2 marzo 1999, Facchinetti, in *Giust. Pen.*, 2000, II, pag. 623 e ss e in *Foro It., Rep.* 2000, voce Reato in genere, n. 27.
- Cass. Pen., IV, 11 gennaio.(7 giugno) 1999, n. 7151, Traballi, in *Cass. pen.*, 2001, pag. 129 e ss., con nota di R. Blaiotta, “Sulla causalità nell’ambito della professione medica: una pronunzia di legittimità controtendenza” e in *Foro it., Rep.*, 1999, voce Omicidio e lesioni personali colpose, n. 10.
- Cass. Pen., 2 luglio 1999, Giannitrapani, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 260 e ss, con nota di R. Guariniello, “Malattie professionali, tumori da amianto, asbestosi”.
- Cass. Pen., IV, 1 ottobre 1999, Altieri e altri, inedita.
- Cass. Pen., 5 ottobre 1999, Angele, in *Giust. Pen.*, 2001, II, pag. 41 e ss.

- Cass. Pen., 20 ottobre 1999, n. 10929, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2000, I, pag. 271.
- Cass. Pen., 17 novembre 1999 (18 gennaio 2000), n. 2906, Zanda, in *Cass. Pen.*, 2001, pag. 41, con nota di Riverditi.
- Cass. Pen., 7 dicembre 1999, n. 1126, in *Riv. pen.*, 2000, pag. 572
- Cass. Pen., 7 dicembre 1999 (1 febbraio 2000), Gulisano, in *Riv. Pen.*, 2000, pag. 751.
- Cass. Pen., 5 ottobre 1999 (20 marzo 2000), n. 3567, imp. Hariolf, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 577-578.
- Cass. Pen., 24.11.1999, Tretti, in *Riv. It. med. leg.*, n. 3/2005, pag. 676-677.
- Cass. Pen., 8 maggio 2000, De Vito, inedita.
- Cass. Pen., 5 luglio (20 ottobre) 2000, Diele, in *Dir. pen. e proc.*, 2001, pag. 338 e in *Cass. Pen.*, 2001, pag. pag. 2709-2713.
- Cass. Pen., IV, 7 luglio 2000, imp. Gallelli, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1270 – 1271 e in *Riv. Pen.*, 2001, pag. 69.
- Cass. Pen., IV, 14 luglio 2000, n. 10482, inedita.
- Cass. Pen., V, 14 luglio 2000, Falvo, in *CED* n. 217149.
- Cass. Civ., III, 4 maggio (13 settembre) 2000, n. 12103, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 829, con nota di A. Fiori.
- Cass. Pen., IV, 5 ottobre (19 dicembre) 2000, Brignoli, in *Dir. pen. e proc.*, 2001, pag. 338 e in *Riv. Pen.*, 2001, pag. 452.
- Cass. Pen., IV, 2 marzo (13 settembre) 2000, n. 9638, Troiano, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 574- 577; 578-579, con nota di A. Cavallo.
- Cass. Pen., 29 novembre 2000, n. 9793, inedita.
- Cass. Pen., 12 ottobre (7 dicembre) 2000, Avallone”, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 1029-1030.
- Cass. Pen., IV, 28 settembre 2000, (9 marzo 2001), n. 1688, Baltrocchi, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di Centonze “Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità”, in *Riv. It. med. leg.*, 2001, pag. 805 - 830, con nota di A. Fiori e G. La Monaca, “Una svolta della Cassazione penale: il nesso di causalità materiale nelle condotte mediche omissive deve essere accertato con probabilità vicina alla certezza; e, *ivi*, 2002, pag. 581 - 597, con nota di F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale”; in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 159 - 205., n. 11, con note di G. F. Iadecola, “In tema di verifica della causalità omissiva nell’attività medico chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione”, e di R. Blaiotta, “La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica”, in *Dir. pen. e proc.*, 2002, pag. 311 – 324, con nota di C. Piemontese “Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale” e in *Foro It.*, 2001, II, pag. 420 e ss, con nota di E. Nicosia; in *Studium Juris*, 2001, n. 7-8, pag. 956 - 957.
- Cass. Pen., IV, 28 novembre 2000, n. 2123, Di Cintio, in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di F. Centonze “Causalità attiva e causalità

omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità”; in *Rep. Foro It.*, 2001, con nota di G. Fiandaca, voce “reato in genere”, n. 34 e in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale”.

- Cass. Pen., IV, 29 novembre 2000, n. 2139, Musto, in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 168 e ss. n. 11, con note di G. F. Iadecola, “In tema di verifica della causalità omissiva nell’attività medico chirurgica in recenti interventi della Corte di Cassazione”, e di R. Blaiotta, “La causalità ed i suoi limiti: il contesto della professione medica”; in *Riv. It. dir. proc. pen.*, 2001, pag. 277 con nota di F. Centonze “Causalità attiva e causalità omissiva: tre rivoluzionarie sentenze della giurisprudenza di legittimità”; in *Dir. pen. e proc.* 2002, pag. 311 - 324 con nota di C. Piemontese, “Responsabilità penale del medico e giudizio sul nesso causale” e in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente medico legale”.

- Cass. Pen., IV, 30 marzo 2000 (6 febbraio 2001), n. 5037, Camposano, in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 171; in *Dir. e giust.*, n. 7, pag. 22; in *Foro it.*, 2001, II, pag. 278, con nota di Guariniello “Dai tumori professionali ai tumori extraprofessionali da amianto”.

- Cass. Civ., III, 24 aprile 2001, n. 6023”, in *Resp. civ. e prev.*, pag. 133-154, con nota di G. Facci, “Il nesso di causalità e la funzione della responsabilità civile”.

- Cass. Pen., IV, ud. 9.3.2001 (dep. 12.7.2001), Pres. Losapio, Rel. Brusco, P.M. Iadecola, Barese, in *Cass. pen.* 2002, pag. 517 – 533, con nota di G. F. Iadecola, “Sulla configurabilità del delitto di omicidio preterintenzionale in caso di trattamento medico con esito infausto, praticato al di fuori dell’urgenza e senza consenso del paziente”.

- Cass. Pen., I, 14 giugno (3 agosto) 2001, n. 30425, Lucini”, in *Cass. Pen.*, 2002, n. 10, pag. 3096- 3104; in *Riv. Pen.*, 2001, pag. 924; in *Studium Iuris*, pag. 799-801 con nota di E. Busson; in *Giust. Pen.*, pag. 396-404; in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 1932-1945, con nota di E. Di Salvo, “Dolo eventuale e colpa cosciente”; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 515-527 con nota di M. Nisticò, “Sul contagio venereo da *virus hiv*”.

- Cass. Pen., IV, 12 luglio (18 ottobre) 2001, n. 37629, Pacini e altri”, in *Guida al diritto*, n. 4, 2002, pag. 72; in *Riv. pen.*, 2002, pag. 135 - 137.

- Cass. Pen., IV, 15 novembre 2001, n. 6824, Puddu, inedita..

- Cass. Pen., 27 novembre 2001, n. 1957, Mirengi, inedita.

- Cass. Pen., 8 gennaio 2002, Trunfio, inedita.

- Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1586, Pres. Lisciotta, Est. Battisti, Ric. Ambrosio, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 581-597, con nota di F. Centonze, “Il nuovo corso della giurisprudenza di Cassazione sulla spiegazione causale: la necessità del ricorso a leggi universali o statistiche con coefficiente percentualistico vicino a cento, il ruolo del giudice e del consulente

medico legale”; in *Guida al diritto*, n. 19, 2002, pag. 93; in *Dir. e giust.*, n. 7, pag. 22 – 27, con nota di A. Puliatti, “Malpractice: non basta la probabilità resta indispensabile la certezza”.

- Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (16 gennaio 2002), n. 1585, Sgarbi”, in *Giust. Pen.*, 2002, pag. 609 – 614; in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 849; in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757 con nota di F. D’Alessandro, “La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull’oltre ogni ragionevole dubbio”; in *Guida al diritto*, 2002, n. 38, pag. 73.

- Cass. Pen., IV, 4 dicembre 2001 (13 febbraio 2002), Magagnoli, in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 1491-1494, con nota di S. Ferrari, “Sulla valutazione della responsabilità medica per colpa”.

- Cass. Pen., IV, 25 settembre 2001 (13 febbraio 2002), n. 1652, Covili, in *Giust. Pen.*, 2002, pag. 684-692; in *Foro It.*, 2002, II, pag. 289 - 296, con nota di G. Fiandaca; in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 849; in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 737 – 757 con nota di F. D’Alessandro, “La certezza del nesso causale: la lezione antica di Carrara e la lezione moderna della Corte di Cassazione sull’oltre ogni ragionevole dubbio”; in *Studium Iuris*, 2003, pag. 110-111.

- Cass. Pen., 27 novembre 2001, n. 1957, Mirengi, inedita.

- Cass. Pen., V, 13 febbraio (6 aprile) 2002, n. 313114, Izzo, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 2299.

- Cass. Pen., V, 7 febbraio (9 aprile) 2002, n. 13530, Sorvillo e altro, in *Guida al diritto*, n.20, 2002, pag. 82.

- Cass. Pen., IV, 20 novembre 2001 (16 aprile) 2002, n. 14334, Turco, in *Guida al diritto*, n. 21, 2002, pag. 79.

- Cass. Pen., I, 7 (27 maggio) 2002, n. 20615, Costantini, in *Guida al diritto*, n. 36, 2002, pag. 76.

- Cass. Pen., IV, 23 gennaio (10 giugno) 2002, n. 22568, Orlando, in *Foro it.*, 2002, II, pag. 420 - 433, con nota di G. Fiandaca; in *Riv. Pen.*, n. 5/2005 o 2002, pag. 641 671; in *Guida al diritto*, n. 37, 2002, pag. 75-76; in *Guida al diritto*, n. 39, 2002, pag. 91-105, con nota di G. Amato, “Per l’attribuzione della colpa professionale considerati gli elementi del caso concreto”; in *Studium Iuris*, 2003, pag. 254-255; in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 – 49 con nota di F. Stella, “Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)”.

- Cass. Pen., I, 29 maggio (1 luglio) 2002, Volterrani, in *Dir. pen. e proc.*, 2002, pag. 1201 – 1202 e in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 751-755.

- Cass. Pen., VI, 7 luglio 2002, Gallelli, in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 69..

- Cass. Pen., IV, 12 luglio (9 agosto) 2002, Padovano, in *Giurispr. it.*, 2004, pag. 839- 841, con nota di S. Ferrari.

- Cass. Pen., S.U., 10 luglio (11 settembre) 2002, n. 30328, Franzese, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 1133- 1144; in *Cass. Pen.*, 2002, pag. 3643 – 3661 con note di udienza del p.m. Iadecola e con nota di T. Massa, “Le Sezioni Unite davanti a nuvole e orologi: osservazioni sparse sul principio di causalità”; in *Riv. pen.*, 2002, pag. 885 ss; in *Foro it.*, 2002, II, pag. 601 e ss. con nota di udienza del p.m. Iadecola e con nota di O. Di Giovine, “La causalità omissiva in

campo medico-chirurgico al vaglio delle sezioni unite”; in *Cass. pen.*, 2003, pag. 1176 e ss., con nota di R. Blaiotta, “Con una storica sentenza le Sezioni Unite abbandonano l’irrealistico modello nomologico deduttivo di spiegazione causale di eventi singoli. Un nuovo inizio per la giurisprudenza”; in *Cass. Pen.*, 2003, n. 12, pag. 3798 – 3816, con nota di E. Di Salvo, “Nesso di causalità e giudizio controfattuale”; in *Dir. pen. e proc.*, 2002, pag. 1357-1358; in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1614-1634, con nota di A. Fiori, G. La Monaca, G. Albertacci, “Le Sezioni Unite penali della Cassazione riaffermano l’esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale sulle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili”; in *Guida al diritto*, n. 38, 2002, pag. 62-73, con nota di S. Maccioni, “Per l’accertamento del nesso causale non bastano i coefficienti di probabilità”; in *Riv. Pen.*, 2003, pag. 247-252, con note di udienza del p.m. Iadecola”; in *Studium Iuris*, 2003, pag. 252-253, con nota di F. Cingari; in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 58 – 64, con nota di A. Di Martino, “Il nesso causale attivato da condotte omissive tra probabilità, certezza ed accertamento”; in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 94-113, con nota di M. Macri, “Responsabilità medica: unico criterio metodologico processuale di accertamento della sussistenza del nesso causale per i reati omissivi e commissivi; in *Riv. pen.*, 2003, pag. 274; in *Ind. Pen.*, 2003, pag. 1225-1242 con nota di M. T. Trapasso, “Imputazione oggettiva e colpa tra <azione> ed <omissione>: dalla struttura all’accertamento”; in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 2002, pag. 767 – 816, con nota di F. Stella, “Etica e razionalità del processo penale nella recente sentenza sulla causalità delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione”; in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2002, pag. 1215 – 1247, con nota di F. Stella, “Verità, scienza e giustizia: le frequenze medio – basse nella successione di eventi.”; in *Riv. pen.*, 2007, n. 9, pag. 896-901, con nota di D. Potetti, “Il nesso causale secondo le Sezioni Unite”; in *Corr. Giur.*, 2003, pag. 354, con nota di Di Vito, “Le Sezioni Unite sul nesso di causalità omissiva in tema di responsabilità del medico”.

- Cass. Pen., IV, 3 ottobre (15 novembre) 2002, n. 38334, Albissini, in *Riv. pen.*, 2003, pag. 110-116; in *Dir. pen. e proc.*, 2003, pag. 597-609 con nota di G. F. Iadecola, “Colpa medica e causalità omissiva: nuovi criteri di accertamento”; in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 1180; in *Guida al diritto*, n. 6, 2003, pag. 67-76 con nota di G. Amato, “Con la verifica dell’applicazione al caso concreto le leggi statistiche perdono peso processuale”.

- Cass. Pen., V, 23 ottobre (20 novembre) 2002, n. 38836, Bertolani e altro, in *Guida al diritto*, n. 10, 2003, pag. 88.

- Cass. Pen., IV, 25 settembre (22 novembre) 2002, n. 39637, Amato, in *Riv. pen.*, 2003, pag. 110-120.

- Cass. Pen., IV, 22 novembre 2002, Giardina, in *C.E.D. Cass.*, Marzo 2003, n. 222933.

- Cass. Pen., IV, 5 dicembre 2002, Labellarte, inedita.

- Cass. Pen., IV, 11 luglio 2002 (14 gennaio 2003), n. 953, Macola ed altri, in *Cass. Pen.*, 2003, pag. 3383-3400 con nota di R. Blaiotta, “Causalità e neoplasie da amianto”; in *Resp. civ. e prev.*, 2003, pag. 1168-1169; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 3621 9; in *Foro it.*, 2003, pag. 324 – 329, con nota di R. Guariniello,

“Tumori professionali da amianto e responsabilità penale”; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 1142.

- Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2002 (3 febbraio 2003), Perilli, in *C.E.D. Cass.*, Agosto 2003, n. 224178.

- Cass. Pen., V, 15 ottobre 2002 (13 febbraio 2003), Loi e altri, in *Giust. Pen.*, 2003, II, pag. 648-649; in *Foro It.*, 2003, II, pag. 406 – 408; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 141; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2347-2379, con nota di R. Blaiotta, “Incidenti da aviolancio, problemi causali nuovi, attività rischiose”; in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2004, pag. 23 – 49 con nota di F. Stella, “Fallacie e anarchia metodologica in tema di causalità. La sentenza Orlando, la sentenza Loi, la sentenza Ubbiali (Cass. Sez. IV pen)”.

- Cass. Pen., IV, 18 febbraio (2 maggio) 2003, Trioni, in *Riv. Trim. dir. pen. economia*, 2003, pag. 1685.

- Cass. Pen., V, 19 marzo (15 maggio) 2003, n. 30055, Ghiozzi, in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 718 e in *C.E.D. Cass.*, Ottobre 2003, n. 224529.

- Cass. Pen., IV, 7 aprile 2003, Cerini ed altro, inedita.

- Cass. Pen., IV, 21 gennaio (14 aprile) 2003, De Paula, in *Giust. Pen.*, 2004, II, pag. 67-71; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 471; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 770, pag. 2392-2393.

- Cass. Pen., IV, 14 aprile 2003, Cardillo, in *C.E.D. Cass.*, Ottobre 2003, n. 224581.

- Cass. Pen., IV, 14 aprile 2003, Cinque e altri, inedita.

- Cass. Pen., IV, 2 maggio 2003, Guglielmi, inedita.

- Cass. Pen., IV, 9 maggio (2 ottobre) 2003, n. 37432, Monti e altri”, in *Foro it.* II, pag. 69-83, con nota di R. Guariniello e in *Riv. pen.*, 2004, pag. 762.

- Cass. Pen., IV, 17 settembre 2002 (21 maggio 2003), n. 22341, Marinari, in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 141; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 768, pag. 2379-2387, con nota di P. F. Piras, “Il giudizio causale in assenza di leggi scientifiche”.

- Cass. Pen., IV, 19 giugno 2003, Giacomelli, in *Foro it.*, 2004, II, pag. 69-83 con nota di R. Guariniello.

- Cass. Pen., IV, 15 maggio (1 luglio) 2003, Eva”, in *Guida al diritto*, n. 49, 2003, pag. 75; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 762; in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 424, con nota di E. Di Salvo “Tumori da amianto e nesso di causalità”.

- Cass. Civ., III, 23 maggio (21 luglio) 2003, n. 11316, Scoppa”, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 250-251.

- Cass. Pen., IV, 28 maggio (16 settembre) 2003, n. 834, Palladino, in *Studium Iuris*, 2004, pag. 536, con nota di A. Palma; in *Riv. it.med. leg.*, 2003, pag. 1179-1188 con nota di G. F. Iadecola, “Medici, lavorare in *equipe* non esclude la responsabilità. E sul nesso causale si conferma la tesi delle sezioni unite”; in *Cass. Pen.*, 2004, n. 769, pag. 2387-2392; in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 56.

- Cass. Pen., IV, 6 novembre 2003 (4 marzo 2004), Guida, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 231– 249; *ivi*, pag. 1246–1263, con nota di M. Maspero, “Una discutibile sentenza della Cassazione sulla responsabilità penale del medico psichiatra”; in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 626-630; in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2854-2871, con nota di M. Zanchetti, “Fra l’incudine e il martello: la responsabilità

penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione”; in *Guida al diritto*, 2004, n. 15, pag. 96; in *Dir. Pen. e proc.*, 2004, pag. 556-557; *ivi*, 2004, pag. 1143 e ss, con nota di G. F. Iadecola; in *Foro It.*, 2004, II, pag. 566 – 581, con nota di G. Fiandaca.

- “Cass. Pen., IV, 5 dicembre 2003, Ubbiali, inedita.

- Cass. Civ. III, 11 dicembre 2003 (4 marzo 2004), n. 4400, B. ed altri”, in *Cass. Pen.*, 2004, pag. 2537-2559, con nota di F. D’Alessandro, “La perdita di *chance* secondo la Cassazione civile: una tutela della <vittima> effettiva e praticabile”; in *Resp. Civ. e prev.*, 2004, pag. 1040-1048, con nota di G. Citarella, “Errore diagnostico e perdita di *chance* in Cassazione”; in *Foro it.* II, pag. 1403-1409.

- Cass. Pen., IV, 12 febbraio (26 marzo) 2004, n. 14881, Ferranti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008), Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 14 gennaio 2003 (1 aprile 2004), n. 15461, Williams e altri”, in *Guida al diritto*, 2004, n. 23, pag. 93.

- Cass. Pen., IV, 4 febbraio (9 aprile) 2004, n. 16900, Caffaz, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 29 gennaio (7 maggio) 2004, n. 21709, Verri, in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 775; in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 4024 e in *Giust. Pen.*, 2005, II, pag. 565 e ss.

- Cass. Pen. IV, 2 marzo (7 maggio) 2004, n. 21732, Bocca, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 2 marzo (28 maggio) 2004, n. 24036, Sarteanesi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 18 marzo (28 maggio) 2004, n. 24049, Montemagno e altri, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 18 marzo (26 maggio) 2004, n., 24051, Fatuzzo, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4-5/2005, pag. 910-916 con nota di F. Sardella, “L’ accertamento del nesso causale: la funzione teleologica e selettiva delle regole cautelari”; in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 641 e in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 1533 e ss., con nota di L. Gizzi “Il criterio della concretizzazione del rischio tra causalità della condotta e causalità della colpa”.

- Cass. Pen., IV, 7 aprile (7 giugno) 2004, n. 25310, Ardovino, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 4 marzo (21 giugno) 2004, n. 27851, Del Bono”, in *Guida al diritto*, 2004, n. 30, pag. 105.

- Cass. Pen., IV, 11 febbraio (16 luglio) 2004, n. 31304, D’Andrea, in *Guida al diritto*, 2004, n. 33, pag. 83-84.

- Cass. Pen., IV, 16 aprile (18 luglio) 2004, n. 31321, Lavanga, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 20 gennaio (29 luglio) 2004, n. 32901, Marandola, in *Cass. Pen.*, 2005, pag. 2990 e in *Riv. It. Med. Leg.*, 2006, pag. 200, con nota di M. Barni, “L’assistente in formazione ancora al vaglio della Suprema Corte: le <specifiche competenze> tra teoria e prassi”.
- Cass. Pen., IV, 22 giugno (11 agosto) 2004, n. 34369, Lo Presti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 12 luglio (11 agosto) 2004, n. 34379, Spapperi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 5 luglio (17 settembre) 2004, n. 36805, Verde, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 26 maggio (8 ottobre) 2004, n. 39062, Picciurro, in *Dir. pen. e proc.*, n. 1/2005, pag. 27-28, in *Riv. Pen.*, n. 3/2005, pag. 302-311 e in *Riv. It. med. leg.*, n. 3/2005, pag. 675-676.
- Cass. Pen., IV, 23 giugno (13 ottobre) 2004, n. 40183, Ferrari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 22 giugno (26 ottobre) 2004, n. 41654, Esposito, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 1 luglio (26 ottobre) 2004, n. 41663, Erriques, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 5 luglio (26 ottobre) 2004, n. 41666, Casini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 luglio (26 ottobre) 2004, n. 41674, Marini, in *Riv. Pen.*, n.12/2005, pag. 1407-1408 e 1412.
- Cass. Pen., IV, 4 febbraio (5 novembre) 2004, n. 43210, Maglio e altri, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 16 settembre (22 novembre) 2004, n. 45101, D’Amico, in *Guida al diritto*, 2005, n. 3, pag. 93-94..
- Cass. Pen., IV, 28 ottobre (1 dicembre) 2004, n. 46586, Ardizzone, in *Cass. pen.*, 2006, n. 4, pag. 1468-1469; in *Guida al diritto*, 2005, n. 4, pag. 92-93; in *Riv. Pen.*, n. 1/2006, pag. 124; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 227.
- Cass. Pen., IV, 1 dicembre 2004 (11 marzo 2005), n. 9739, Dilonardo e altri, in *Riv. it. med. leg.*, 2005, pag. 195 – 196 e pag. 942 - 943; in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 828 e ss.; in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 249; in *Foro It.*, 2006, pag. 243 e ss., con nota di A. Di Landro; in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 1470-1471; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 454.

- Cass. Pen., IV, 21 dicembre 2004 (16 marzo 2005), n. 10212, Mazza, in *La Giustizia Penale*, 2006, II, pag. 359 e in *Riv. pen.*, 2006, n. 5, pag. 586.
- Cass. Pen., V, 16 febbraio (25 marzo) 2005, n. 11969, Caruso, in *La Giustizia Penale*, 2006, II, pag. 593-594 e in *Riv. pen.*, 2006, n. 7-8, pag. 877.
- Cass. Pen., IV, 9 dicembre 2004 (12 aprile 2005), n. 13198, D'Agostino, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.
- Cass. Pen., V, 6 maggio 2005, n. 17394, D'Iginio, in *Cass. Pen.*, 2006, n. 10, pag. 3248-3250 e in *La giustizia penale*, 2006, pag. 642.
- Cass. Pen., IV, 25 novembre 2004 (25 maggio 2005), n. 19777, Nobili, in *Riv. Pen.*, 2005, pag. 1063-1070, in *Cass pen.*, 2006, pag. 2126-2139, con nota di F. Centonze, "La cultura delle prove e la causalità omissiva nella giurisprudenza della quarta sezione della Suprema Corte di Cassazione"; in *La Giustizia Penale*, 2006, II, pag. 462; in *Riv. It. med. leg.*, n. 4/2006, pag. 963/976 con nota di A. Fiori, Marchetti, "L'accertamento del nesso causale in sede penale, con certezza allo stato delle conoscenze scientifiche del momento storico" e in *Foro It.*, 2006, II, pag. 620-637 con nota di A. R. Di Landro, "La giurisprudenza in tema di responsabilità professionale segue i principi affermati dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese? Due nuovi esempi di causalità more iuridico demonstrata."
- Cass. Pen., IV, 9 dicembre 2004 (12 aprile 2005), n. 13198, D'Agostino, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 12 gennaio (12 aprile) 2005, n. 13241, Lattanzi, in *Dir. pen. e proc.*, 2005, pag. 826 e in *Guida al diritto*, 2005, n. 41, pag. 89 e ss., con nota di M. Galdieri, "In caso di trattamento volontario non può sorgere obbligo di custodia".
- Cass. Pen., IV, 3 novembre 2004 (4 maggio 2005), n. 16658, Capitani, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 12 aprile (17 maggio) 2005, n. 18206, Siragusa, inedita.
- Cass. Pen., IV, 24 gennaio (18 maggio) 2005, n. 18548, Miranda e altro, in *Guida al diritto*, 2005, n. 36, pag. 93; in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 761; in *Giust. Pen.*, 2006, II, pag. 499-500.
- Cass. Pen., IV, 26 gennaio (18 maggio) 2005, n. 18568, Cloro, in *Guida al diritto*, 2005, n. 34, pag. 83 - 84; in *Riv. Pen.*, 2006, pag. 764.
- Cass. Pen., IV, 2 marzo (1 giugno) 2005, Zanieri, in *La Giustizia Penale*, 2007, II, pag. 132 - 139 e in *Foro It.*, 2006, II, pag. 620-637 con nota di A. R. Di Landro, "La giurisprudenza in tema di responsabilità professionale segue i principi affermati dalle Sezioni Unite nella sentenza Franzese? Due nuovi esempi di causalità more iuridico demonstrata."
- Cass. Pen., IV, 13 aprile (24 giugno) 2005, n. 23724, Ferraro, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 13 aprile (26 giugno) 2005, n. 24295, Primavera, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 25 maggio (12 luglio) 2005, n. 25233, Lucarelli, in *Cass. Pen.*, n. 7-8/2006, pag. 2393-2421, con nota di F. D'Alessandro, "L'oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità"; *ivi*, 2006, pag. 3219 e ss, con nota di R. Bartoli, "Causalità omissiva e modello di accertamento *ex ante* – *ex post*"; in *Riv. pen.*, 2005, n. 12, pag. 1350 e ss.; *ivi*, 2006, n. 7-8, pag. 877; in *Guida al diritto*, 2005, n. 44, pag. 71 e ss., con nota di G. Amato, "Al giudice spetta il compito di verificare la presenza di eventuali fattori alternativi".

- Cass. Pen., IV, 30 marzo (22 luglio) 2005, n. 27376, Sergi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, ud. 19.5.2005, dep. 29.7.2005, n. 28564, Pauletti, in *Riv. pen.*, 2006, n. 10, pag. 1128.

- Cass. Pen., IV, 3 maggio (29 luglio) 2005, n. 28549, Candelora, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 19 maggio (29 luglio) 2005, n. 28564, Pauletti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 23 giugno (19 agosto) 2005, n. 31314, Zelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 14 giugno (6 ottobre) 2005, n. 36335, Idotta, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 7 giugno (6 ottobre) 2005, n. 36340, Modica, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 4 maggio (21 ottobre) 2005, n. 38820, Costalaia, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 18 maggio (21 ottobre) 2005, n. 38823, Orestano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 22 giugno (21 ottobre) 2005, n. 38835, Nigro, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 24 agosto (16 novembre) 2005, n. 41511, Anemona, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 27 settembre (21 novembre) 2005, n. 41640, Randazzo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, "Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)", Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 27 settembre (21 novembre) 2005, n. 41642, Capezzuto, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 27 settembre (29 novembre) 2005, n. 43100, Lecce, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 8 giugno (7 dicembre) 2005, n. 44632, Migliori, in *Guida al diritto*, 2006, n. 6, pag. 69.
- Cass. Pen., IV, 12 ottobre (7 dicembre) 2005, n. 44656, Di Certo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 10 novembre (30 dicembre) 2005, n. 47362, Matteucci, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 26 ottobre 2005 (13 gennaio 2006), Boscherini, n. 1214, in *CED Cassazione*, Aprile 2006, n. 233173.
- Cass. Pen., IV, 15 novembre 2005 (27 gennaio 2006), n. 3380, Fedele, in *Guida al diritto*, 2006, n. 31, pag. 81-82.
- Cass. Pen., IV, 29 novembre 2005 (3 febbraio 2006), n. 4552, Campanile, in *Riv. it. med. leg.*, n. 6/2007, pag. 1407 – 1413 con nota di Barni, “Come si esorcizza il ragionevole dubbio: prove di restaurazione”.
- Cass. Pen., IV, 14 novembre 2005 (16 febbraio 2006), n. 5959, Salerno, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 dicembre 2005 (16 febbraio 2006), n. 5971, Tranquilli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 8 giugno 2005 (16 marzo 2006), n. 9154, Petramala, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 luglio 2005 (16 marzo 2006), n. 9159, Fernandez, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 9 febbraio (12 aprile) 2006, n. 12894, Vescio, in *Giur. It.*, 2007, n. 7, pag. 1785 – 1788 con nota di Francesca Pavesi; in *Riv. it. med. leg.*, n. 6/2007, pag. 1407 – 1413 con nota di Barni, “Come si esorcizza il ragionevole dubbio: prove di restaurazione”; in *Guida al diritto*, 2006, n. 23 pag. 99 e in *Guida al diritto*, 2006, n. 24, pag. 95.
- Cass. Pen., III, 21 aprile (11 maggio) 2006, n. 16053, Ambrosio, inedita.
- Cass. Pen., IV, 15 dicembre 2005 (18 maggio 2006), n. 16991, Mastropasqua, in *Guida al diritto*, 2006, n. 32, pag. 101-102.
- Cass. Pen., IV, 19 gennaio (18 maggio) 2006, n. 16995, Luzzi, in *Giurispr. It.*, 2007, n. 6, pag. 1513-1516, con nota di F. Pavesi, “Causalità omissiva e responsabilità del medico”.

- Cass. Pen., IV, 16 dicembre 2005 (1° giugno 2006), Pollina, n. 19163, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., III, 19 aprile (13 giugno) 2006, n. 20192, Rinzivillo, in *Guida al diritto*, 2006, n. 33, pag. 79.

- Cass. Pen., IV, 21 aprile (21 giugno) 2006, n. 21473, Maccarone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 6 giugno (10 luglio) 2006, n. 23881, Giacomini, in *Guida al diritto*, 2006, n. 36, pag. 68 e ss., con nota di G. Amato, “L’eventuale sottovalutazione dei sintomi deve essere accertata dai giudici di merito”.

- Cass. Pen., IV, 8 giugno (14 luglio) 2006, n. 24400, Cardillo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 19 giugno (12 settembre) 2006, n. 30057, Talevi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 9 maggio (4 novembre) 2006, n. 36557, Nocenti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 4 ottobre (4 novembre) 2006, n. 36618, Capalbo ed altra, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 23 febbraio (22 giugno) 2006, n. 38364, Grandi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, ud. 19.10.2006, dep. 22.11.2006, n. 38464, Montante, in *Studium Iuris*, 2007, n. 12, pag. 1389-1390.

- Cass. Pen., IV, 12 ottobre (7 dicembre) 2006, n. 40289, Ciardini e altro, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 4 ottobre (21 dicembre) 2006 n. 41943, Lestingi, in *Cass. pen.*, 2007, n. 11, pag. 4169-4170.

- Cass. Pen., IV, 17 ottobre 2006 (17 gennaio 2007), n. 1025, Caruso, in *Studium Iuris*, 2007, n. 10, pag. 1147-1148.

- Cass. Pen., IV, 9 novembre 2006 (25 gennaio 2007), n. 2624, Falcone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 14 dicembre 2006 (2 febbraio 2007), Guarneri, n. 4177”, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 1875-1886 con nota di C. Brusco, “Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell’accertamento della causalità.” e in *Guida al diritto*, 2007, n. 10, pag. 66.

- Cass. Pen., 6 febbraio (17 maggio) 2007, Bartalini, n. 4675, in *Cass. Pen.*, 2010, n. 7/8, pag. 2837 e ss, con nota di E. Di Salvo, “Esposizione a sostanze nocive. Leggi scientifiche e rapporto causale nella pronuncia della Cassazione sul caso Porto Marghera”.

- Cass. Pen., IV, 19 settembre 2006 (8 febbraio 2007), n. 5256, Curella, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 22 gennaio (9 marzo) 2007, n. 10107, Ricci, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 15 febbraio (9 marzo) 2007, n. 10136, Gastel, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 febbraio (29 marzo), 2007, n. 12798, Carpagnano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 22 gennaio (5 aprile) 2007, n. 14130, Pastorelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 21 febbraio (24 aprile) 2007, n. 16425, Loizzo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen. IV, 6. dicembre 2006, (18 maggio 2007), n. 19334, Rossetto in *Dir. Pen. e proc.*, 2007, n. 10, pag. 1286-1287.
- Cass. Pen., IV, 27 febbraio (18 maggio) 2007, n. 19350, Apreada, inedita.
- Cass. Pen., IV, 28 febbraio (18 maggio) 2007, n. 19353, Montalbano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 23 marzo (1 giugno) 2007, n. 21588, Margani, Emma e altri, in *Foro It.*, 2008, n. 3, II, pag. 181-183 con nota di A. R. Di Landro, “Interruzione del nesso causale e accertamento della causalità modello Franzese”.
- Cass. Pen., IV, 2 aprile (1 giugno) 2007, n. 21597, Pecchioli, in *Cass. Pen.*, 2008, n. 5, pag. 1875-1886 con nota di C. Brusco, “Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell’accertamento della causalità.”
- Cass. Pen., IV, 17 aprile (1° giugno) 2007, n. 21602, Ventola, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 3 maggio (8 giugno) 2007, n. 22513, Tarricone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 7 dicembre 2006 (26 giugno 2007), n. 24812, Galletti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 12 aprile (26 giugno) 2007, n. 24859, Comitini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 19 aprile (9 luglio) 2007, n. 26410, Materia, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 9 maggio (9 luglio) 2007, n. 26439, Siciliano, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 9 maggio (9 luglio) 2007, n. 26442, Boschetti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 8 maggio (13 luglio) 2007, n. 27741, Pelliccione, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 9 maggio (13 luglio) 2007, n. 27743, Morelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 17 gennaio (20 luglio) 2007, n. 29151, Millia, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., V, 20 aprile (20 luglio) 2007, n. 29352, Casini, in *Foro It.*, 2008, n. 4, II, pag. 220-224.
- Cass. Pen., IV, 7 febbraio (20 luglio) 2007, n. 29164, Tedesco, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 21 giugno (20 luglio) 2007, n. 29211, Martinelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 26 giugno (20 luglio) 2007, n. 29220, Pizzi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 4 maggio (6 settembre) 2007, n. 34075, Di Legge, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 4 maggio (10 settembre) 2007, n. 34246, Russo, inedita.
- Cass. Pen., IV, 24 maggio (20 settembre) 2007, n. 35115, Tassinaro, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 6, pag. 709.
- Cass. Pen., IV, 7 giugno (3 ottobre) 2007, n. 36162, Isola, in *Resp. civ. e prev.*, 2008, n. 5, pag. 1135-1138, con nota di P. Piras, “Omessa diagnosi di setticemia e nesso causale”.
- Cass. Pen., IV, 7 giugno (3 ottobre) 2007, n. 36164, Bernardini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 26 giugno (12 ottobre) 2007, n. 37597, Pellis, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 luglio (12 ottobre) 2007, n. 37606, R. G., in *Dir. pen. e proc.*, 2007, pag. 1579 – 1580.
- Cass. Pen., IV, 21 giugno (26 ottobre) 2007, Buggè, n. 39592, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 7/8, pag. 842.

- Cass. Pen., IV, ud. 21.6.2007, dep. 26.10.2007, n. 39594, Rizzo, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 7/8, pag. 841.
- Cass. Pen., IV, 28 giugno (26 ottobre) 2007, n. 39600, Cottone, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 9.11.2007, n. 41293, Taborelli, in *Riv. Pen.*, 2008, n. 7/8, pag. 841- 842.
- Cass. Pen., IV, 11 ottobre (9 novembre) 2007, n. 41317, Raso, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 7 febbraio (14 novembre) 2007, n. 41813, Pirisi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 28 giugno (14 novembre) 2007, n. 41835, Villa, inedita.
- Cass. Pen., IV, 12 luglio (14 novembre) 2007, n. 41841, Talarico, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 12 luglio (14 novembre) 2007, n. 41844, Abou, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., III, 18 ottobre (18 novembre) 2007, n. 42383, Capalbo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 luglio (20 novembre) 2007, n. 42708, Russo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 18 ottobre (30 novembre) 2007, n. 44793, Ferrera, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 24 ottobre (13 dicembre) 2007, n. 46359, Antignani, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 17 ottobre (20 dicembre) 2007, n. 47152, Federico, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 8 novembre (20 dicembre) 2007, n. 47169, Biondo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 25 ottobre 2007 (10 gennaio 2008), n. 839, Mari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 6 novembre 2007 (10 gennaio 2008), n. 840, Brignoli, in *Guida al diritto*, 2008, n. 7, pag. 53; in *Dir. pen. e proc.*, 2008, n. 4, pag. 434-436; in *Foro It.*, 2009, n. 2, II, pag. 120 – 125.
- Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2007 (21 gennaio 2008), n. 3003, Panico, Cass. Pen., IV, ud. 11.12.2007, dep. 21.1.2008, n. 3003, Panico, in *Guida al*

diritto, 2008, n. 9, pag. 70, in *Riv. pen.* 2008, n. 11, pag. 1230-1231 e in *Giust. Pen.*, 2008, II, n. 7, pag. 435.

- Cass. Pen., IV, 15 novembre 2007 (8 febbraio 2008), n. 6268, Magnarelli, in *Guida al diritto*, 2008, n. 14, pag. 82.

- Cass. Pen., IV, 15 gennaio (20 febbraio) 2008, n. 7721, Bogi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 17 gennaio (20 febbraio) 2008, n. 7742, Macrì, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 30 gennaio (27 febbraio) 2008, n. 8608, Bruno, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, ud. 14.11.2007, dep. 11.3.2008, n. 10795, Pozzi, in *Guida al diritto*, 2008, n. 17, pag. 89-90 e n. 18, pag. 99; in *Foro It.*, II, 2008, n. 5, pag. 279-282 con nota; in *Cass. Pen.*, n. 12/2008, pag. 4638-4648, con nota di Massimo Baraldo, “Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale”; in *Giur. It.*, n. 10/2008, pag. 2286 – 2289, con nota di Simone Ferrari “Sul concorso colposo del medico psichiatra nell’omicidio doloso di un infermo di mente”; in *Riv. Pen.*, n. 12/2008, pag. 1344 – 1362, con nota di Salvatore Crimi, “Concorso colposo nel delitto doloso: intersezioni e cointeressenze tra causalità e colpa, violazione dello scopo di protezione della norma, posizioni di garanzia ed orizzonti del principio dell’affidamento”; in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2008, pag. 1438 – 1455, con nota di A. Fiori - F. Buzzi, “Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. pen. n. 10795/2008; in *Giur. It.* 2009, n. 1, pag. 173 – 178 con nota di A. F. Morone; in *Riv. It. Dir. e Proc. Pen.*, 2009, n. 1, pag. 438 - 461, con nota di F. Cingari, “Presupposti e limiti della responsabilità penale dello psichiatra per gli atti etero – aggressivi del paziente”.

- Cass. Pen., IV, 29 gennaio (11 marzo) 2008, n. 10824, Mennella, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 12 febbraio (11 marzo) 2008, n. 10851, Di Loro in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 23 gennaio (11 aprile) 2008, n. 15221, De Blasi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 7 marzo (11 aprile) 2008, n. 15282, Vavassori, in *Riv. It. med. leg.*, n. 6/2008, nota a pag. 1463-1464; in *Riv. Pen.*, 2009, n. 2, pag. 214, 216 e in *Cass. Pen.*, n. 11/2009, pag. 4297-4298.

- Cass. Pen., IV, 19 marzo (11 aprile) 2008, n. 15298, Freni, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 5 dicembre 2007 (15 aprile) 2008, n. 15553, Spinosa, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 13 febbraio (15 aprile) 2008, n. 15558, Maggini, in *Giust. Pen.*, 2008, II, pag. 710 e in *Riv. Pen.*, 2009, n. 3, pag. 369.
- Cass. Pen., IV, 28 febbraio (16 aprile) 2008, n. 15703, Capretto, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 13 marzo (30 aprile) 2008, Remorgida, n. 17499, in *Foro It.*, 2008, II, pag. 376.
- Cass. Pen., IV, 13 marzo (30 aprile) 2008, n. 17503, Restelli, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 19 marzo (30 aprile) 2008, n. 17505, Pagnani, in *Riv. Pen.*, 2008, n.9, pag. 886 e in *Foro It.*, 2008, II, pag. 305 – 309.
- Cass. Pen., IV, 26 marzo (30 aprile) 2008, n. 17523, Franchi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 14 febbraio (15 maggio) 2008, n. 19512, Aiana, in *Riv. Pen.*, 2009, n. 4, pag. 524.
- Cass. Pen., IV, 13 marzo (15 maggio) 2008, n. 19527, Aloia in *Riv. Pen.*, 2009, n. 2, pag. 214.
- Cass. Pen., IV, 15 aprile (3 giugno) 2008, n. 22169, Massari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 18 aprile (3 giugno) 2008, n. 22187, Politi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 4 marzo (11 giugno) 2008, n. 23497, Civita, inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 aprile (15 giugno) 2008, n. 23507, Martino, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 7 maggio (30 giugno) 2008, n. 26111, Catananti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 18 ottobre (4 luglio) 2008, n. 27398, Nigri, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 24 giugno (9 luglio) 2008, n. 27978, Schiavoni, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 30 gennaio (27 febbraio) 2008, n. 29461, Bruno, inedita.
- Cass. Pen., IV, 7 luglio (16 luglio) 2008, n. 29464, Temporin, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P.Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.

- Cass. Pen., IV, 28 marzo (23 luglio) 2008, n. 30804, Lamari, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 10 luglio (1 agosto) 2008, n. 32424, Sforzini, in *Cass. Pen.*, n. 11/2009, pag. 4298-4299.
- Cass. Pen., IV, 8 luglio (11 agosto) 2008, n. 33309, Rizzato, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 3 aprile (8 settembre) 2008, n. 34762, Soro, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 4 giugno (15 settembre) 2008, n. 35307, Izzo, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 24 giugno (30 settembre) 2008, n. 37077, Marazziti, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 7 luglio (30 settembre) 2008, n. 37093, Tamperi, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 9 luglio (3 ottobre) 2008, n. 37992, Ignone, in *La Giustizia Penale*, II, n. 1/2010, pag. 23 – 29.
- Cass. Pen., IV, 18 settembre (31 ottobre) 2008, n. 40809, Di Punzio, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 2 ottobre (31 ottobre) 2008, n. 40924, Tolaro, in *Studium Iuris*, n. 4/2009, pag. 471.
- Cass. Pen., IV, 6 novembre (4 dicembre) 2008, n. 45126, Ghisellini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 14 ottobre (9 dicembre) 2008, n. 45501, Cristallini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 28 ottobre (10 dicembre) 2008, n. 45705, Iorio, in *Cass. Pen.*, 2009, n. 11, pag. 4288 – 4290.
- Cass. Pen., IV, 28 ottobre (17 dicembre) 2008, n. 46412, Calò, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 14 novembre (22 dicembre) 2008, n. 47490, Calzini, in F. Giunta, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, “Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità (2004-2008)”, Pisa, 2009.
- Cass. Pen., IV, 27 novembre (29 dicembre) 2008, n. 48292, Desana, in *Cass. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 1462- 1470. con nota di P. F. Piras – C. Sale, “Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra”,
- Cass. Civ. III, 16 gennaio 2009, n. 975, Pres. Vittoria, Est. e Rel. Finocchiaro, in *Riv. It. Med. Leg.*, n. 2/2010, pag. 368.

- Cass. Pen., IV, 27 novembre 2008 (14 gennaio 2009), n. 1236, Labriola, inedita.
- Cass. Pen., IV, 3 dicembre 2008 (16 gennaio 2009), n. 1796, Maragoni, inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 dicembre 2008 (19 gennaio 2009), n. 1866, Toccafondi, in *Guida al diritto*, n. 11, pag. 66 e in *Riv. Pen.*, 2009, n. 5, pag. 575 – 580.
- Cass. Pen., IV, 27 novembre 2008 (21 gennaio 2009), n. 2652, Rossodivita, inedita.
- Cass. Pen., IV, 12 novembre 2008 (28 gennaio 2009), n. 4107, Calabrò, in *Cass. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 1462- 1470 con nota di P. F. Piras – C. Sale, “Atti auto ed etero lesivi e responsabilità dello psichiatra”,.
- Cass. Pen., V, 18 dicembre 2008 (4 febbraio 2009), n. 4941, in *Cass. Pen.*, n. 2/2010, p 625.
- Cass. Pen., IV, 9 dicembre 2008 (12 febbraio 2009), n. 6213, Benvenuto, inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 febbraio (27 febbraio) 2009, n. 9050, Sturniolo, inedita.
- Cass. Pen., IV, 11 dicembre 2008 (10 marzo 2009), n. 10512, Luzzi, inedita.
- Cass. Civ. III, 11 maggio 2009, n. 10743, Pres. Senese, Est. e Rel. Filadoro, in *Riv. It. Med. Leg.*, n. 2/2010, pag. 363 – 364.
- Cass. Pen., IV, 4 marzo (11 marzo) 2009, n. 10819, Ferlito, in *Riv. Pen.*, 2010, n. 4, pag. 447 e in *Riv. It. Med. Leg.*, 2009, n. 6, pag. 1377 – 1389, con nota di A. Fiori, D. Marchetti, “I compiti della <Guardia Medica>, la <causalità forte>, il ragionevole dubbio”.
- Cass. Pen., IV, 21 gennaio (17 marzo) 2009, n. 11570, Chivilò, inedita.
- Cass. Pen., IV, 28 gennaio (30 marzo) 2009, n. 13855, Caniglia, inedita.
- Cass. Pen., IV, 21 gennaio (16 aprile) 2009, n. 16073, Cimma, inedita.
- Cass. Pen., IV, 26 febbraio (24 aprile) 2009, n. 17607, D’Agostino, inedita.
- Cass. Pen., IV, 5 marzo (24 aprile) 2009, n. 17619, Piga, inedita.
- Cass. Pen., IV, 19 febbraio (6 maggio) 2009, n. 18964, Basile, inedita.
- Cass. Pen., IV, 9 aprile (8 maggio) 2009, n. 19755, Filizzolo, inedita.
- Cass. Pen., IV, 10 aprile (8 maggio) 2009, n. 19757, Bulzomì, inedita.
- Cass. Pen., III, 1 aprile (12 maggio) 2009, n. 19985, Caruso, inedita.
- Cass. Pen., IV, 6 maggio (11 giugno) 2009, n. 24040, Napoletano, inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 aprile (22 giugno) 2009, n. 26010, Baroni, inedita.
- Cass. Pen., IV, 15 aprile (30 giugno) 2009, n. 26643, Milani, inedita.
- Cass. Pen., IV, 22 aprile (30 giugno) 2009, n. 26645, Frisenna, inedita.
- Cass. Pen., IV, 28 aprile (7 luglio) 2009, n. 27824, Amoroso, inedita.
- Cass. Pen., IV, 16 aprile (13 luglio) 2009, n. 28577, Polito, inedita.
- Cass. Pen., IV, 8 maggio (5 agosto) 2009, n. 31943, Sansoni, inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 giugno (6 agosto) 2009, n. 32218, Sessa, inedita.
- Cass. Pen., IV, 24 giugno (6 agosto) 2009, n. 32291, Leone, inedita.

- Cass. Pen., IV, 8 luglio (11 agosto) 2009, n. 32685, Ascioti, inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 giugno (12 agosto) 2009, n. 33931, Di Donato, inedita.
- Cass. Pen., IV, 9 luglio (15 settembre) 2009, n. 35659, Morana, inedita.
- Cass. Pen., IV, 28 aprile (21 settembre) 2009, n. 36542, Sciacchitano, inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 giugno (24 settembre) 2009, n. 37478, Viganò, inedita.
- Cass. Pen., IV, 19 maggio (30 settembre) 2009, n. 38225, Di Fabio, inedita.
- Cass. Pen., IV, 8 luglio (13 ottobre) 2009, n. 39952, Carone, inedita.
- Cass. Pen., IV, 17 settembre (30 ottobre) 2009, n. 41821, Finsinger, inedita.
- Cass. Pen., IV, 27 ottobre (13 novembre) 2009, n. 43473, Di Biasio, inedita.
- Cass. Pen., IV, 5 novembre (17 novembre) 2009, n. 43958, Feminella, inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 novembre (26 novembre) 2009, n. 45623, Ichim, inedita.
- Cass. Pen., IV, 28 ottobre (1 dicembre) 2009, n. 45920, Fiorini, inedita.
- Cass. Pen., IV, 27 ottobre (15 dicembre) 2009, n. 47868, De Franco, inedita.
- Cass. Pen., IV, 10 novembre (15 dicembre) 2009, n. 47878, Matraccia, inedita.
- Cass. Pen., IV, 10 novembre (15 dicembre) 2009, n. 47880, Iorio, inedita.
- Cass. Pen., IV, 17 dicembre 2009 (14 gennaio) 2010, n. 1489, Brenna, inedita.
- Cass. Pen., IV, 17 dicembre 2009 (14 gennaio) 2010, n. 1565, Gusso, inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 dicembre 2009 (15 gennaio) 2010, n. 1850, Rocchetti, inedita.
- Cass. Pen., III, 19 novembre 2009 (19 gennaio) 2010, n. 2356, Sciortino, inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 dicembre 2009 (20 gennaio) 2010, n. 2488, Linguanti, inedita.
- Cass. Pen., IV, 15 dicembre 2009 (26 gennaio) 2010, n. 3359, Meroni, inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 dicembre 2009 (26 gennaio) 2010, n. 3365, Leone, inedita.
- Cass. Pen., IV, 15 ottobre 2009 (2 febbraio) 2010, n. 4156, La. Vi., inedita.
- Cass. Pen., IV, 15 gennaio (2 febbraio) 2010, n. 4174, V.A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 24 settembre 2009 (11 febbraio) 2010, n. 5574, A.P., inedita.
- Cass. Pen., III, 16 dicembre 2009 (11 febbraio) 2010, n. 5615, C. S., inedita.

- Cass. Pen., IV, 10 luglio 2009 (16 febbraio) 2010, n. 6197, D.C., inedita.
- Cass. Pen., IV, 10 dicembre 2009 (16 febbraio) 2010, n. 6215, P., inedita.
- Cass. Pen., IV, 5 novembre 2009 (18 febbraio) 2010, n. 6687, C. S., inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 gennaio 2009 (23 febbraio) 2010, n. 7289, C. M., inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 febbraio (3 marzo) 2010, n. 8635, B. L., inedita.
- Cass. Pen., IV, 11 febbraio (3 marzo) 2010, n. 8641, Truzzi e altro, in *Guida al diritto*, n. 21/2010, p 83.
- Cass. Pen., IV, 19 febbraio (3 marzo) 2010, n. 8643, B. P., inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 febbraio (8 marzo) 2010, n. 9177, T. L., inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 febbraio (8 marzo) 2010, n. 9199, D. L. R., inedita.
- Cass. Pen., IV, 13 novembre 2009 (10 marzo) 2010, n. 9690, A. F. A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 gennaio (11 marzo) 2010, n. 9967, P.G., inedita.
- Cass. Pen., IV, 22 dicembre 2009 (16 marzo 2010), n. 10452, Manera, in *Guida al diritto*, n. 16/2010, p 96.
- Cass. Pen., IV, 18 febbraio (16 marzo) 2010, n. 10454, C. F., in *Guida al diritto*, n. 15/2010, p 87.
- Cass. Pen., IV, 11 febbraio (18 marzo) 2010, n. 10680, B. O., inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 dicembre 2009 (19 marzo) 2010, n. 10821, D. F. A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 21 gennaio (24 marzo) 2010, n. 11200, M. L., inedita.
- Cass. Pen., IV, 2 marzo (26 marzo) 2010, n. 11811, M. A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 13 gennaio (7 aprile) 2010, n. 13070, M. U. M., inedita.
- Cass. Pen., IV, 25 febbraio (7 aprile) 2010, n. 13076, in *Guida al diritto*, n. 23/2010, pag. 84.
- Cass. Pen., IV, 19 gennaio (8 aprile) 2010, n. 13237, L. F., inedita.
- Cass. Pen., IV, 14 gennaio (15 aprile) 2010, n. 14505, B. M., inedita.
- Cass. Pen., IV, 4 marzo (15 aprile) 2010, n. 14525, P. A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 18 marzo (15 aprile) 2010, n. 14529, L. A., inedita.
- Cass. Pen., IV, 19 marzo (23 aprile) 2010, n. 15637, M. V., inedita.
- Cass. Pen., IV, 22 gennaio (7 maggio) 2010, n. 17556, C. S., inedita.
- Cass. Pen., IV, 1 aprile (7 maggio) 2010, n. 17580, P.P., inedita.
- Cass. Pen., IV, 9 febbraio (7 maggio) 2010, n. 17625, B. F., inedita.
- Cass. Pen., IV, 9 febbraio (13 maggio) 2010, n. 18138, R. F., inedita.
- Cass. Pen., IV, 14 aprile (17 maggio) 2010, n. 18630, F. A. E., inedita.
- Cass. Pen., IV, 8 aprile (28 maggio) 2010, n. 20370, Z. D., inedita.
- Cass. Pen., III, 6 maggio (8 giugno) 2010, n. 21635, D. M. I., inedita.
- Cass. Pen., IV, 17 marzo (23 giugno) 2010, n. 23938, C. E., inedita.
- Cass. Pen., IV, 20 maggio (23 giugno) 2010, n. 23942, V. S., inedita.
- Cass. Pen., IV, 9 giugno (14 luglio) 2010, n. 27355, S. P., inedita.
- Cass. Pen., IV, 11 maggio (15 luglio) 2010, n. 27667, P. M., inedita.

Giurisprudenza di merito

- Trib. Caltanissetta, 9 marzo 1963, in *Foro It., Rep.* 1963, voce Reato colposo, n. 125, pag. 2297 e in *Riv. Pen.*, 1963, II, 1063, con nota di Li Vecchi, “Discussioni e contrasti in tema di reati commissivi mediante omissione”.
- Trib. Rovereto, 17 gennaio 1969, in *Riv. it. dir. proc. pen.* 1971, pag. 1021, con nota di M. Nobili.
- Trib. Dell’Aquila, 17 dicembre 1969, inedita.
- Corte d’Appello Aquila, 3 ottobre 1970, in *Foro It.*, 1971, II, pag. 198, inedita.
- Corte d’Appello Milano, 13 dicembre 1976, in *Giur. it.*, 1978, II, c. 295 ss.
- Pret. Treviso, 30 aprile 1974, in *Giust. Pen.*, I, pag. 443 e II, pag. 649.
- Trib. Treviso, 14 aprile 1975, in *Giust. Pen.*, III, 1976, pag. 516, con nota di Devoto.
- Corte d’Appello Venezia, 29 aprile 1981, De Vido, in *Foro It., Rep.*, 1982, voce Reato in genere, n. 11, pag. 2438 e in *Riv. it. med. leg.*, 1982, pag. 249.
- Corte d’Assise Cagliari, 10 marzo 1982, Oneda e Costanzo, in *Foro It.*, 1982, II, c. 27, con nota di G. Fiandaca.
- Trib. Roma, 6 aprile 1984, Patriarca, in *Riv. it. med. leg.*, 1987, pag. 611 e in *Giur. Mer.*, 1987, pag. 713, con nota di N. Sciaraffa, “In tema di responsabilità penale del medico”.
- Corte d’Appello Perugia, 9 novembre 1984, imp. Bondioli, in *Foro It.*, 1988, II, pag. 107, con nota di Fiandaca, “Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra” e con nota di A. Manacorda, “Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente. Prime riflessioni”.
- Corte d’Appello Roma, 9 novembre 1985, Patriarca, in *Riv. it. med. leg.*, 1987, pag. 611 e in *Giur. Mer.*, 1987, pag. 719, con nota di N. Sciaraffa, “In tema di responsabilità penale del medico”.
- Pret. Torino, 22 marzo 1989, Maritano e Azzolini, in *Foro It.*, 1990, II, pag. 58.
- Pret. Ivrea, 5 giugno 1989, Alongi, in *Foro It.*, 1989, pag. 601 e ss.
- Trib. Roma, VII, 23 giugno 1990, Bergamin, in *Riv. Pen.*, 1991, pag. 834 e ss.
- Trib. Ravenna, 23 luglio 1990, Arienti, in *Cass. Pen.*, 1992, pag. 1617 e ss, n. 901.
- Corte d’Appello Cagliari, 9 aprile 1991, Scamonatti, in *Riv. giur. sarda*, 1992, pag. 162, con nota di Usai “Sulla responsabilità penale del medico psichiatra”.
- Pretura Roma, 22 gennaio 1993, Ascani, in *Cass. Pen.*, 1993, pag. 2635 e ss, n. 1633.
- Corte d’Appello Bologna, 14 dicembre 1993, in *Giur. merito*, 1994, II, pag. 680, con nota di G. F. Iadecola, “Profili di colpa e nesso di causalità nella responsabilità professionale del medico”.
- Pret. Torino, 9.2.1995, Barbotto Beraud, in *Foro It.*, 1996, II, pag. 107-139 e in *Riv. It. dir. e proc. pen.*, 1997, pag. 1447 e ss, con nota di Piergallini,

“Attività produttive e imputazione per colpa: prove tecniche di diritto penale del rischio”.

- Pret. Caltanissetta, 27 ottobre 1995, Maisano, Zanda e altri, in *Foro it.*, 1997, II, pag. 418 e ss., con nota di L. Tramontano, “Causalità attiva e omissiva, ed obblighi divisi e congiunti di garanzia: tre sentenze di merito a confronto”.

- Trib. Roma, 13 giugno 1996, in *Foro it.*, 1997, II, pag. 417, con nota di L. Tramontano, “Causalità attiva e omissiva, ed obblighi divisi e congiunti di garanzia: tre sentenze di merito a confronto”.

- Pret. Roma, 26 settembre 1997, in *Foro It.*, 1999, II, pag. 268.

- Pret. Padova, 3 giugno 1998, Macola, in *Riv. Trim. dir. Pen. Ec.*, 1998, pag. 720 e ss.

- Pret. Siracusa, 2 settembre 1998, in *Riv. Pen.*, 1998, pag. 1030.

- Pret. Modena – Carpi, 7 giugno 1999, Fontana, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 202 e ss, con nota di I. Genovese.

- Pret. Ascoli Piceno – San Benedetto del Tronto, 2 ottobre 1999, in *Foro It.*, 2000, II, pag. 511, con nota di G. Fiandaca.

- Corte d’Appello Milano, 19 novembre 1999, Baltrocchi, con nota di E. Nicosia, in *Foro It.*, 2001, pag. 422.

- Trib. Milano, I, 20 dicembre 1999 (18 febbraio 2000), Giud. Gatto, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1272-1278; *ivi*, pag. 1283-1296 con nota di R. Palavera, “Verso una costruzione giuridica della scienza: riflessi dell’oltre il ragionevole dubbio e della recente giurisprudenza di Cassazione sulle decisioni dei tribunali di merito”; in *Foro it.*, 2001, c. 53..

- Trib. Foggia, 10 maggio (24 maggio) 2000, Gesualdi e Rinaldi, in *Riv. it. med. leg.*, 2002, pag. 641-645.

- Trib. Roma, 25 maggio 2000, Giud. Bevere, Brunetti, in *Giust. Pen.*, 2003, II, pag. 48-64 con nota di A. De Lia, “Note a un caso di responsabilità penale del medico”.

- Trib. Rovereto, 17 ottobre 2000, Giud. Dies, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 639 e ss. con nota di Benciolini, “Giudice e perito dinanzi ai problemi metodologici di valutazione della responsabilità nell’ipotesi di omissione di accertamenti sanitari dovuti”.

- Trib. Grosseto, 31 ottobre 2000, in *Riv. it. med. leg.*, 2001, pag. 435 ss, con nota di Turillazzi “Causalità omissiva: leggi di copertura e giudizio medico – legale”.

- Trib. Como, 13 novembre 2000 (9 febbraio 2001), in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 907-955, con nota di Maspero, “Mancata previsione di un evento suicidario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set o rilevazione di un ossimoro?”.

- Corte d’Appello Venezia, 15 gennaio 2001, Macola, in *Riv. trim. dir. pen. ec.*, 2001, pag. 439 ss

- Trib. Lecce – Sez. Distaccata di Maglie, 2 maggio 2001, inedita.

- Trib. Roma, 8 maggio 2001, n. 7709, inedita.

- Trib. Milano, X, 23 aprile (4 giugno) 2001, Giud. Vitale, in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1279 -1296 con nota di R. Palavera, “Verso una costruzione giuridica della scienza: riflessi dell’oltre il ragionevole dubbio e della recente

giurisprudenza di Cassazione sulle decisioni dei tribunali di merito”.

- Trib. Padova 7.6.2001 Giud. Lolli, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 4-5, pag. 1137 – 1153 con nota di Ferrato, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico”.

- Corte d’Appello Torino, III pen., 28 settembre 2001, inedita.

- Trib. Perugia – Sez. Dist. Foligno, 15 gennaio 2002, Est. Cristiani, Casciola e altri, in *Riv. Pen.*, 2002, pag. 394-408.

- Trib. Milano, 1 marzo 2002, Giud. Saresella, F.G. e F.E.”, in *Resp. civ. e prev.*, pag. 1112- 1134, con nota di A. Sabatucci, “Esiste un nesso di causalità tra la morte di una lavoratrice e l’esposizione al fumo passivo”.

- Trib. Venezia, I, 22 ottobre 2001 (29 maggio 2002), Cefis ed altri, in *Cass. pen.*, 2003, pag. 267-316, con nota di F. Centonze – F. D’Alessandro; in *Questione Giustizia*, 2002, n. 6/2002, pag. 1371 – 1382 con nota “Morire di lavoro a Portomarghera. Le ragioni dei giudici”; in *Riv. It. med. leg.*, 2002, pag. 1692-1696, con nota di R. Palavera, “Riflessioni in tema di causalità. Nota a Trib. Venezia, I, ud. 22.10.2001 (dep. 29.5.2002), Cefis ed altri”; in *Foro it.*, 2003, pag. 151-153, con nota di G. Fiandaca.

- Corte d’Ass. App. Milano, 21 giugno 2002, in *Guida al diritto*, 2002, n. 10, pag. 47 ss.

- Corte d’Ass. Milano, 7 ottobre 2002, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 2003, pag. 673 ss, con nota di Centonze.

- Trib. Palermo, 5 novembre 2002, est. Pappalardo, in *Giur. mer.*, 2004, pag. 762.

- Corte d’Appello Venezia, I, 8.5.2003, Pres. Est. Dodero, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, n. 4-5, pag. 1137 – 1153 con nota di Ferrato, “Sulla responsabilità medica in tema di esami prenatali: il controverso accertamento del nesso eziologico”.

- Trib. Milano, IX pen., 13 febbraio 2003, Schirone, inedita.

- Trib. Ravenna – Sez. Faenza – 29 settembre 2003, est. Messini D’Agostini, Mura, in *Giur. mer.*, 2004, pag. 1217 e in *Foro It.*, 2004, II, pag. 566 – 581, con nota di G. Fiandaca.

- Trib. Forlì, 9 dicembre 2003, Leonidou, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, pag. 817-818.

- Trib. Trento, 11 marzo 2004, n. 38, est. Pacussi, N.ed altri, in *Riv. Pen.*, 2004, pag. 649-665.

- Corte d’Appello Torino, IV pen., 18 marzo 2004, inedita.

- Trib. Santa Maria Capua Vetere – Sez. Dist. Caserta – 13 maggio (17 giugno) 2004, Giud. Francica, in *Guida al diritto*, 2004, n. 33, pag. 86-87 e in *Ventiquattrore Avvocato*, n. 1/2004, pag. 83.

- Corte d’Appello Caltanissetta, 24.6.2004, Margani, Emma, e altri, in *Foro It.*, 2006, II, pag. 181 - 192.

- Trib. Potenza, 29 novembre 2004, n. 937, Est. Spina, A.L., in *Riv. Pen.*, n. 7-8/2005, pag. 884-891.

- Trib. Massa, sez. dist. Di Carrara, 15.1.2005, Est. Ferri, S.C., in *Riv. Pen.*, n. 12/2005, pag. 1376-1383.

- Trib. Varese, 26.2.2005, Giud. Battarino, in *Riv. It. med. leg.*, n. 4-

5/2008, pag. 920-932.

- Corte d'Appello di Cagliari – Sez. Dist. di Sassari, 10 marzo (15 marzo) 2005, n. 113, Pres. Cossu, Esposito, inedita.

- Trib. Mondovì, 11 luglio 2005, n. 403, Casalone, in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 2393 e ss con nota di D'Alessandro.

- Trib. Mondovì, 21 ottobre 2005, n. 512, Simonato, in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 2393 e ss con nota di D'Alessandro.

- Trib. Teramo, 31 dicembre 2005, n. 1017, Antelli e altri, in *Cass. Pen.*, 2006, pag. 2393 e ss con nota di F. D'Alessandro, "L'oltre ogni ragionevole dubbio nella valutazione del nesso causale e della colpa: passi avanti della più recente giurisprudenza di merito e di legittimità".

- Trib. Palmi, sez. civ., 11 febbraio 2006, inedita.

- Corte d'Appello Cagliari – Sez. Dist. Sassari, 30 ottobre (16 novembre) 2006, n. 389, Pres. Tabasso, Soro, inedita.

- Trib. Lecce (m), 6 febbraio 2007, Est. Baffa, in *Giur. mer.*, n. 6/2007, pag. 1748. e in *Giur. mer.*, 2008, n. 1, pag. 188-196, con nota di G. Gallo, "Responsabilità professionale del medico: prova della causalità e valutazione della colpa derivante da un approccio terapeutico di minoranza".

- Corte d'Appello di Venezia, 15 febbraio 2007, Pres. Zampetti, Est. Citterio, in *Giur. mer.*, n. 6/2007, pag. 1748.

- Trib. Milano, Sez. IX, 16 luglio – 13 ottobre 2007, Giud. Gatto, in *Riv. It. Med. Leg.*, n. 1/2009, pag. 233 – 234.

- Trib. Crotone, 6 giugno 2008, n. 983, Giud. Costa, in *Guida al diritto*, n. 1/2008, pag. 98.

- Trib. Civ. Brindisi, 2 febbraio 2009, G.U. Palmieri, in *Resp. Civ. e Prev.*, n. 3/2010, pag. 637 – 650, con nota di R. Bordon, "L'aumento di rischio in un caso di responsabilità medica".

- Trib. Trapani, 8 ottobre 2009, Giud. E. Cersosimo, inedita.

- Trib. Arezzo, 18 novembre 2009, Giud. Claudiani, inedita.