



12806-21

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

Composta da:

Angelo Costanzo

- Presidente -

Orlando Villoni

Alessandra Bassi

Martino Rosati

Maria Sabina Vigna

Sent. n. sez. 1163

UP - 15/12/2020

R.G.N. 18948/2020

- relatore -

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

sul ricorso proposto da

(omissis)

, nato a

(omissis)

avverso la sentenza del 25/02/2020 della Corte di appello di Firenze;

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere Martino Rosati;

lette le conclusioni del Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Tomaso Epidendio, che ha chiesto di dichiarare inammissibile il ricorso;

lette le conclusioni del difensore del ricorrente, avv. (omissis), che ha chiesto l'accoglimento del ricorso.

## RITENUTO IN FATTO

1. Per il tramite del proprio difensore, (omissis) impugna la sentenza della Corte di appello di Firenze del 25 febbraio 2020, che ha confermato quella emessa dal Tribunale della stessa città il 13 aprile 2018, che l'ha dichiarato colpevole del delitto di rifiuto di atti d'ufficio, per avere, nella sua qualità di medico in servizio presso il reparto di cardiologia invasiva di un ospedale di quella città, omesso di visitare un paziente ivi ricoverato, nonostante le richieste in tal senso formulategli da alcuni infermieri.

2. Quattro sono i motivi di ricorso, di seguito sintetizzati nei limiti di cui all'art. 173, comma 1, disp. att. cod. proc. pen..

2.1. Con il primo, si deducono la violazione dell'art. 328, cod. pen., e la conseguente insussistenza del reato, poiché l'imputato avrebbe agito con ragionevolezza, nel rispetto dei protocolli sanitari e della discrezionalità tecnica consentitagli nella sua qualità.

A tal fine, la difesa ricorrente pone l'attenzione sulle seguenti circostanze di fatto:

a) il paziente, nelle ore precedenti, era stato già visitato da altri medici quattro volte, era sottoposto ad idonea terapia farmacologica, i suoi parametri vitali erano costantemente monitorati, la diagnosi era certa;

b) durante la visita di *routine*, effettuata alle ore 9.30 da altri medici del reparto, il paziente si è mostrato tranquillo, avendo mostrato segni di agitazione ed insofferenza soltanto prima e dopo tale incombenza: con ciò lasciando ragionevolmente intendere che le sue richieste non fossero legate ad un aggravamento della sintomatologia, ma piuttosto ad uno stato confusionale, congruente con la terapia farmacologica praticatagli;

c) quando l'infermiere (omissis) gli ha segnalato la situazione ed è nato tra loro un alterco, il ricorrente stava analizzando la documentazione relativa proprio a tale paziente, per decidere se farlo sottoporre ad intervento chirurgico: unico rimedio idoneo, in quelle condizioni, a salvargli la vita e per disporre il quale - a differenza di quanto ritenuto in sentenza - non era necessaria la preventiva visita;

d) l'infermiere (omissis), diversamente da quanto ritenuto dalla Corte di appello, ha sollecitato l'intervento dell'imputato solamente una volta e, nel frangente, tenendo un comportamento non conforme alle procedure abitualmente seguite nel reparto, non gli ha rappresentato aspetti tecnici e, in particolare, un peggioramento dei parametri vitali del paziente, bensì soltanto l'insistente volontà di quest'ultimo di essere visitato da un medico ed il suo stato

di agitazione, tuttavia perfettamente compatibile con la terapia morfina in atto: in tal modo, l'infermiere non avrebbe consentito al (omissis) di percepire la gravità della situazione;

e) al momento in cui l'infermiere (omissis), intorno alle ore 10.00, ne ha richiesto l'intervento, le condizioni del degente erano stabili, essendo peggiorate soltanto intorno alle 10.30, allorché l'imputato è prontamente intervenuto;

f) il suo operato è stato perfettamente conforme ai protocolli sanitari, come acclarato dal perito, che ha escluso l'esistenza di terapie od attività alternative a quelle praticate al paziente dai sanitari ed idonee a scongiurarne o ritardarne significativamente l'*exitus*: da ciò deve inferirsi che l'intervento a lui richiesto non fosse urgente ed indifferibile.

2.2. Con il secondo motivo, la difesa prospetta quali altrettante ipotesi di travisamento probatorio le diverse valutazioni compiute in sentenza sulle circostanze quindi innanzi evidenziate, in particolare: le informazioni offerte dall'infermiere (omissis), la spiegazione resa a quest'ultimo dal (omissis) a giustificazione del mancato intervento, la compatibilità delle condizioni del paziente con il quadro clinico e la terapia in atto, lo stato confusionale – e non già di progressiva ingravescenza – di costui.

2.3. Il terzo motivo, sostanzialmente sulla base del medesimo percorso argomentativo, denuncia l'assenza di dolo, per avere l'imputato agito nella convinzione che la visita del paziente, in quella situazione, fosse atto del tutto superfluo, e dunque non urgente né indifferibile.

2.4. L'ultima doglianza attiene al vizio di motivazione in punto di diniego delle attenuanti generiche. La sentenza impugnata l'ha giustificato in ragione della genericità della richiesta avanzata con l'atto di gravame e dell'assenza di elementi positivamente valutabili, tuttavia trascurando che la sentenza di primo grado aveva sostanzialmente omesso di motivare sul punto, ed altresì che, nell'atto d'appello, per questa parte, si era fatto richiamo solo per brevità a tutti gli elementi istruttori evidenziati in ricorso.

3. Ha depositato requisitoria scritta il Procuratore generale, chiedendo di dichiarare inammissibile il ricorso, poiché sostanzialmente attinente a profili di valutazione della prova, non consentiti in sede di legittimità.

4. Ha depositato memoria di replica e, poi, conclusioni scritte la difesa del ricorrente, sinteticamente ribadendo quanto rappresentato con i primi due motivi di ricorso ed insistendo nelle relative richieste.



## CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I primi tre motivi di ricorso, con i quali si contesta l'affermazione di responsabilità dell'imputato, non sono fondati; il quarto, invece, in punto di attenuanti generiche è irrilevante, in quanto il reato si è nelle more estinto, per l'intervenuto decorso del termine di prescrizione.

2. Il tema in discussione, in estrema sintesi, è quello se, nelle condizioni date, il ricorrente, medico in servizio presso una struttura ospedaliera, avesse o meno il dovere di sottoporre a visita il paziente.

2.1. In linea generale, non vi può esser dubbio sul fatto che il sanitario, a fronte di una richiesta in tal senso, conservi un margine di discrezionalità nell'apprezzamento dell'indifferibile necessità del suo intervento: si tratta di una discrezionalità di tipo tecnico, delimitata dalle regole della scienza medica e dall'eventuale presenza di discipline specifiche, anche di rango secondario (protocolli operativi, ma anche altre disposizioni di natura amministrativa), nonché consentita nei limiti della ragionevolezza.

Si tratta, tuttavia, al di là delle enunciazioni di principio, di segnare con maggiore precisione i confini di tale ambito discrezionale.

2.2. Nel caso specifico, l'elemento peculiare, ai fini di una siffatta indagine, è rappresentato dalla sollecitazione formulata al sanitario dal personale ausiliario infermieristico.

In tale situazione, ovvero allorché a richiedere l'intervento del medico siano figure professionali tecnicamente qualificate, quali sono gli infermieri, la giurisprudenza di legittimità è costante nel ritenere, senza mezzi termini, che sul sanitario gravi un preciso obbligo di procedere immediatamente a visitare il paziente, con conseguente sussistenza del delitto di rifiuto di atti d'ufficio, qualora questo non accada.

Tanto dicasi, in particolare, anche nel caso in cui, successivamente, le condizioni di salute del paziente non si siano rivelate particolarmente gravi e questi non abbia corso alcun pericolo concreto per effetto della condotta omissiva del sanitario (Sez. 6, n. 14979 del 27/11/2012, M., Rv. 254863); come pure allorché il malato sia comunque assistito dal personale infermieristico, incaricato di monitorarne le condizioni fisiche ed i parametri vitali, e la valutazione del sanitario si fondi su dati clinici e strumentali (Sez. 6, n. 21631 del 30/03/2017, Ferlino, Rv. 269955, in fattispecie del tutto analoga a quella in scrutinio, ovvero di atto sanitario richiesto dal personale infermieristico, in una situazione di oggettivo rischio per il paziente, poi deceduto); e, ancora, anche quando la patologia sia stata valutata come non grave ad un primo *screening* del



personale paramedico e, per una valutazione più completa, sia necessario attendere ulteriori esami (Sez. 6, n. 40753 del 05/07/2016, Urbani, Rv. 268153, nell'ipotesi, in particolare, come quella in esame, di soggetto ultrasettantenne, presentatosi presso la struttura sanitaria con sintomatologia acuta).

2.3. In applicazione di tali principi alla fattispecie in rassegna, assumono dunque rilevanza, anzitutto, alcuni dati di fatto incontrovertibili: l'età molto avanzata del paziente, 87 anni; la sua storia clinica estremamente travagliata, già nota a tutto il personale dell'ospedale, compreso il ricorrente, trattandosi dell'ennesimo ricovero di costui presso quella struttura; la gravità obiettiva delle condizioni nelle quali, quella mattina, il paziente si è presentato ed è stato ricoverato, tali da imporre un controllo continuo e da averlo comunque condotto a morte nel breve volgere di qualche ora (la sentenza, in proposito, riporta testualmente le affermazioni del dott. <sup>(omissis)</sup>, che ha accolto il paziente ed ha lasciato le consegne al ricorrente, subentratogli in servizio: quegli ha parlato, infatti, di «*imponente patologia cardiovascolare*», tale per cui «*ci vuole poco a volte, in una situazione così, al riprecipitare del quadro*»).

2.4. Può tenersi per accertato, inoltre, che plurime siano state le sollecitazioni rivolte al ricorrente, affinché si recasse a visitare quel degente.

Sul punto, la sua difesa, denunciando un travisamento probatorio, sostiene che l'infermiere <sup>(omissis)</sup> soltanto una volta ne abbia richiesto l'intervento rappresentandogli il quadro clinico del paziente, poiché, in una prima occasione, quegli si sarebbe limitato soltanto a comunicare al <sup>(omissis)</sup> la volontà del paziente medesimo di essere sottoposto a visita e ad informarsi su quale dei medici in servizio vi avrebbe provveduto.

In verità, però, il lamentato travisamento non si ravvisa affatto. Giova rammentare, in proposito, che, perché lo stesso possa dirsi esistente, è necessario che la relativa deduzione abbia un oggetto definito e inopinabile, tale da evidenziare la *palese e non controvertibile* difformità tra il senso intrinseco della dichiarazione e quello tratto dal giudice, con conseguente esclusione della rilevanza di presunti errori da questi commessi nella valutazione del significato probatorio della dichiarazione (tra molte, Sez. 5, n. 8188 del 04/12/2017, B., Rv. 272406; Sez. 4, n. 1219 del 14/09/2017, Colomberotto, Rv. 271702). Nello specifico, invece, la difesa fonda il proprio assunto su un'isolata affermazione resa dal <sup>(omissis)</sup> in sede di testimonianza, non perentoria né precisa nei contenuti e rappresentata in forma completamente decontestualizzata dal resto della sua deposizione (pag. 13, ricorso), sì da non potersene apprezzare l'eventuale capacità di compromettere la coerenza logica dell'intera trama argomentativa della sentenza: ragione per cui la doglianza difensiva si risolve in

una censura in fatto, e cioè sul significato da attribuirsi alla dichiarazione, che esula dall'ambito di sindacato consentito al giudice di legittimità.

In realtà, tale deduzione difensiva non solo si fonda su un dato probatorio malcerto, ma nemmeno si misura con altre significative evidenze, rappresentate in sentenza e sulle quali il ricorso di fatto sorvola, finendo così per risultare generico per questa parte.

Spiega la Corte d'appello, infatti, che, in occasione del primo contatto con (omissis), l'infermiere (omissis) non si è limitato ad informarsi, ma gli ha comunicato che il paziente «aveva l'ossigeno ad alti flussi» (e quindi versava in una condizione di severa difficoltà respiratoria), e che tanto risulta pure riportato nella cartella clinica. Non solo: si legge in sentenza che anche altre due infermiere, F(omissis) e (omissis), sentite in giudizio quali testimoni, hanno dichiarato di aver anch'esse sollecitato inutilmente l'intervento dell'imputato (pag. 7). E, su tali aspetti, il ricorso tace.

2.5. Dunque, si trattava di un degente anziano, con una sindrome respiratoria acuta in atto, con un quadro clinico generale fortemente compromesso e, perciò, ad elevato rischio esiziale, peraltro in brevissimo tempo concretizzatosi. Tali aspetti erano tutti ben noti al ricorrente, medico responsabile del reparto in quel frangente, il quale, benché ripetutamente sollecitato da più d'un infermiere in servizio, ha deliberatamente ritenuto di non recarsi a visitarlo.

Sussisteva, quindi, un'oggettiva condizione di urgenza e l'atto d'ufficio richiesto all'imputato era da lui dovuto, in presenza di una richiesta rivoltagli ripetutamente e da personale provvisto di specifiche cognizioni tecniche.

Proprio tale circostanza rende vana l'allegazione difensiva dell'inutilità di un'ulteriore visita, sul presupposto che il paziente fosse stato già più volte visitato da altri sanitari nelle ore precedenti e che le sue condizioni fossero costantemente controllate strumentalmente e dal personale infermieristico del reparto. Trattandosi – per dirla con le già ricordate parole del teste (omissis) – di “*situazione in cui ci vuole poco al riprecipitare del quadro*”, e quindi in continua evoluzione e suscettibile di repentina ingravescenza, le successive sollecitazioni degli infermieri vanificavano la rilevanza dei pregressi accertamenti, rendendo perciò attuale la necessità di una nuova visita, quale adempimento primario ed essenziale per la verifica dell'evoluzione clinica del paziente, del corretto *monitoraggio* strumentale, dell'adeguata somministrazione delle cure in atto o della necessità di eventuali scelte terapeutiche ulteriori e differenti.

2.6. Certa l'assenza di specifiche disposizioni, anche solo interne al reparto, legittimanti il mancato intervento, acclarato che il ricorrente non fosse impegnato in altre attività di servizio urgenti, ed indiscusso che egli non abbia

mai chiesto, al (omissis) od agli altri infermieri che ne sollecitavano l'intervento, informazioni tecniche, specifiche e dettagliate sull'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente, al fine di poter compiutamente valutare la necessità o meno di quanto i suoi collaboratori gli chiedevano, rimane allora – quale unico aspetto suscettibile, in teoria, di escludere il carattere indebito del rifiuto o, comunque, la consapevolezza di esso da parte del suo autore – quello del compimento di una condotta alternativa a quella rifiutata, ma comunque funzionale alla tutela del medesimo bene giuridico: ovvero l'assistenza sanitaria del malato, che rappresenta nel caso specifico – ai sensi dell'art. 328, cod. pen. – la ragione di sanità che impone al pubblico agente di attivarsi.

Il ricorrente si difende, infatti, sostenendo di non essersi recato a visitare il paziente, in quanto impegnato nello studio della relativa documentazione, ai fini della valutazione di una diversa opzione terapeutica, segnatamente di tipo chirurgico.

Ma, per ritenere che la scelta comportamentale alternativa possa far venir meno il carattere doveroso della condotta rifiutata, condizione minima ed essenziale è che essa si presenti altrettanto funzionale alla tutela del medesimo bene giuridico e, altresì, egualmente urgente ed indifferibile: diversamente, infatti, rimane intatto l'obbligo di tenere la condotta dovuta e, di conseguenza, indebito ne è il rifiuto.

Tanto significa che, nella specifica ipotesi oggetto di giudizio, una giustificazione di tal genere si sarebbe potuta prendere in considerazione semmai fosse emerso che (omissis) avesse chiesto al proprio personale ausiliario di essere continuamente e dettagliatamente aggiornato sull'evoluzione clinica del paziente; avesse individuato una specifica scelta terapeutica differente, sulla base di una motivata valutazione tecnico-scientifica; fosse stato nella necessità di prendere tale decisione alternativa senza alcuna possibilità di dilazione, se non a prezzo di un pericolo di compromissione della salute del paziente sostanzialmente eguale o maggiore.

Di tutto questo, però, non c'è traccia, sia in sentenza che nel ricorso. Quest'ultimo, infatti, si limita a richiamare (pagg. 10 s.) le dichiarazioni di un paio di sanitari in quel momento in servizio, secondo le quali (omissis), «per quanto ne so, si stava occupando di questo caso, di ricercare o dei documenti o di valutare la possibilità di un intervento (...) una cosa un pochino estrema però» (dott. (omissis)), ovvero «cercava roba per prendere una decisione di cosa fare, se, cioè, se fare qualcosa di interventistico» (dott.ssa (omissis)).

Nulla più, dunque, di un generico interessamento: non fondato su una puntuale conoscenza diacronica ed aggiornata delle condizioni del paziente; non specificamente documentato; non sorretto da illustrate e valide ragioni



scientifiche; non indifferibile, al punto, cioè, che l'eventuale visita, a fronte del vantaggio costituito dalla diretta verifica della situazione clinica del malato, avrebbe però comportato la perdita di tempo prezioso per l'apprestamento di cure per lui salvifiche o, per lo meno, migliorative del suo stato di salute.

Del resto, sintomatici di quale sia stato l'atteggiamento tenuto dal ricorrente nella complessiva vicenda si rivelano due suoi comportamenti, descritti in sentenza e non smentiti: la risposta resa all'infermiere (omissis) in occasione della nuova sollecitazione (*«a me non frega un cazzo... quel paziente è fuori di testa... tu non sei in grado di definire se un paziente è in testa o meno... non hai le competenze, quindi torna a fare il tuo lavoro»*); ed il fatto che, solo quando la situazione si è aggravata, ed altro sanitario, al quale gli infermieri si sono rivolti, ha disposto il trasferimento del malato in terapia intensiva coronarica, egli si è presentato.

3. Il reato, pertanto, sussiste e l'imputato ne è colpevole.

Come accennato nell'esordio della parte motiva, però, non può giungersi ad una pronuncia di condanna, perché, nelle more della presente impugnazione, è maturata la prescrizione.

Il fatto risale al (omissis) ed il termine di prescrizione, quantunque prorogato, in ragione della pena massima prevista per il reato, è pari a sette anni e sei mesi da allora, a norma degli artt. 157, primo comma, e 161, secondo comma, cod. pen.; a tale periodo, inoltre, vanno aggiunti 68 giorni, durante i quali il processo è rimasto sospeso ai sensi dell'art. 159, primo comma, n. 3), stesso codice: detto termine, pertanto, è spirato il (omissis).

Non può trovare applicazione, infatti, l'ulteriore sospensione del termine di prescrizione prevista dall'art. 83, comma 3-bis, d.l. n. 18 del 2020, conv. dalla legge n. 27 del 2020, la quale opera esclusivamente per i procedimenti pendenti dinanzi alla Corte di cassazione che siano pervenuti alla cancelleria della stessa nel periodo dal 9 marzo al 30 giugno 2020 (Sez. U, n. 5292 del 26/11/2020, dep. 2021, Sanna, non ancora massimata): il presente processo, infatti, è pervenuto in cancelleria l'8 luglio 2020.

4. In conclusione, dunque, la sentenza impugnata dev'essere annullata senza rinvio, perché il reato è estinto per intervenuta prescrizione.

La ritenuta responsabilità dell'imputato comporta, invece, la conferma delle statuizioni civili.





**P.Q.M.**

Annulla senza rinvio la sentenza impugnata, per essere il reato estinto perché prescritto.

Conferma le statuizioni civili.

Così deciso il 15 dicembre 2020.

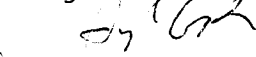
Il Consigliere estensore

Martino Rosati



Il Presidente

Angelo Costanzo



**Deposito in Cancelleria**



IL DIRETTORE

*Dott.ssa Rosa Grazia Musumeci*  
IL CANCELLIERE

2/4/21