

Cassazione penale sez. VI, 21/06/2024, n. 24722

RITENUTO IN FATTO

1. Con la sentenza in epigrafe, la Corte di appello di Palermo assolveva (*omissis*) dal reato di rifiuto di atti d'ufficio (art. 328, comma 1, cod. pen.) per il quale era stato condannato in primo grado perché, in qualità di medico di assistenza primaria, aveva omesso di effettuare, nonostante le continue richieste di intervento dei familiari, una visita domiciliare a scopo diagnostico e terapeutico ad un assistito che lamentava forti dolori a seguito caduta accidentale, anziano e affetto da patologie (Parkinson avanzato, cardiopatia ischemica cronica), condizioni che gli impedivano di recarsi presso l'ambulatorio.

2. Avverso la sentenza ha presentato ricorso il Procuratore Generale presso la Corte d'appello di Palermo per i seguenti due motivi.

2.1. Errata applicazione di norme giuridiche di cui si deve tener conto nell'applicazione della legge penale.

Posto che non vi erano dubbi sul fatto che le condizioni di salute del paziente non ne consentissero il trasferimento e che lo stesso imputato, in sede dibattimentale, aveva dichiarato di essere di ciò consapevole, il Tribunale aveva riconosciuto che il medico di base non ha alcuna funzione di emergenza/urgenza e, dunque, nessun obbligo giuridico di prestazione sanitaria urgente. Ciò nondimeno, aveva correttamente ravvisato la violazione dell'art. 47, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente all'epoca dei fatti (del 23/03/2005), del quale non è fatto, invece, alcun cenno nella sentenza impugnata e che sancisce uno specifico obbligo per i medici di base di effettuare la visita domiciliare al paziente nel caso di non trasferibilità dell'ammalato.

Non si può condividere quanto affermato dalla Corte d'appello e cioè che il giudizio operato dal giudice di primo grado sulle capacità di spostamento della persona offesa è stato effettuato ex post, dal momento che le condizioni di salute del paziente erano particolarmente gravose già prima delle cadute verificatesi nel mese di ottobre e, comunque, note all'imputato.

2.2. Vizio di motivazione.

Nella misura in cui la sentenza non ha argomentato in modo dettagliato le ragioni del ribaltamento della decisione in primo grado, è incorsa anche nella violazione dell'obbligo motivazionale.

3. Disposta la trattazione scritta del procedimento, ai sensi dell'art. 23, comma 8, del d.l. 28 ottobre 2020, n. 137, conv. dalla l. 18 dicembre 2020, e successive modificazioni, in mancanza di

richiesta, nei termini ivi previsti, di discussione orale, il Procuratore generale ha depositato conclusioni scritte, come in epigrafe indicate.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. Il ricorso Ã infondato.

2. Premesso che i due motivi presentati sono strettamente intrecciati e richiedono, quindi, un esame congiunto, va premesso come il Giudice dell'appello abbia ribaltato la decisione del Tribunale che aveva condannato lâ attuale ricorrente ex art. 328, comma 1, cod. pen., perchÃ©, nella sua qualitÃ di medico di assistenza primaria (c.d. medico di famiglia) non effettuÃ la visita domiciliare ad un suo assistito, affetto da Parkinson allo stadio avanzato (IV grado), da problemi cardiaci e â come si scoprÃ di seguito, una volta trasportato in ospedale â da un frattura vertebrale, causata da una caduta accidentale.

3. All'esito assolutorio della sentenza in appello il Procuratore Generale ricorrente oppone lâ omessa considerazione di quanto disposto dall'art. 47, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente all'epoca dei fatti (del 23/03/2005), a mente del quale Â«lâ attivitÃ medica viene prestata nello studio del medico o a domicilio, avuto riguardo alla non trasferibilitÃ dell'ammalatoÂ»: disposizione invece menzionata nella sentenza di primo grado, dalla quale deriverebbe â deve inferirsi â la fonte dell'obbligo di agire, tale da giustificare lâ integrazione del reato omissivo, oltre al dedotto vizio motivazionale.

4. In realtÃ , la disposizione in oggetto non Ã affatto sfuggita alla Corte d'appello la quale, seppur senza citarla espressamente, in un punto della pronuncia, vi ha fatto un chiaro riferimento, precisando di non fare Â«questione di adempimento o meno del dovere giuridico del medico di base di procedere a visita a domicilio del paziente non trasportabile, quanto solo dell'esistenza o meno nel caso concreto di un dovere di procedere senza ritardo ad un tale incombente [â?], dovere di urgenza nÃ© ordinariamente pretensibile dal medico di medicina generale nÃ© specificamente dall'imputato in considerazione delle circostanze del caso concretoÂ».

In un altro passaggio, in modo ancora piÃ inequivoco, i Giudici di secondo grado hanno inoltre ritenuto che Â«il medico di base, contrariamente al medico di guardia, non Ã istituzionalmente preposto a soddisfare le urgenze, le quali rimangono affidate al servizio sanitario di urgenza ed emergenza medica giÃ denominato 118Â», aggiungendo che Â«da ciÃ² deriva che per fondare uno specifico obbligo giuridico di prestazioni sanitarie urgente, anche nelle more del servizio di emergenza, da parte di un pubblico ufficiale sanitario a ciÃ² non preposto, sarebbe stata necessaria una peculiare situazione di prossimitÃ spaziale di necessitÃ non indifferibile [â?], ben distante dall'ordinarietÃ degli accadimentiÂ».

5. Nessuna lacuna motivazionale Ã, dunque, ravvisabile nella sentenza impugnata la quale distingue, al contrario, in modo netto, il profilo della trasferibilitÃ del paziente (toccato dal citato

Accordo Nazionale) da quello dell'urgenza della prestazione richiesta: urgenza in presenza della quale – come nel caso di specie –, trasferibile o meno che fosse il paziente, i Giudici hanno ritenuto scattasse la competenza di altra articolazione sanitaria, e cioè, nella specie, dei medici del c.d. 118.

6. Tale ricostruzione non è certo illogica e tantomeno destituita di fondamento dal punto di vista della teoria del reato.

Anzi, assume in modo corretto una ripartizione di ruoli la quale, nell'ottica del penalista, deve orientare l'interprete nell'individuazione dell'obbligo giuridico che, sempre, nei reati omissivi – anche quelli c.d. propri – costituisce il fondamento della tipicità penale.

Distinzione di ruoli che, in genere, trova la sua ratio nell'esigenza di assicurare il miglior assolvimento delle funzioni all'interno di un'organizzazione complessa qual è il sistema sanitario, consentendo a ciascun operatore del settore di concentrarsi sui propri compiti specifici.

Distinzione che, inoltre, nei casi come quello di specie, risponde inoltre all'esigenza di evitare sovrapposizioni non soltanto inutili (il medico di base non essendo attrezzato per far fronte alle urgenze), ma anche potenzialmente dannose, ove – come ben possibile – foriere di ritardi e confusioni.

7. È, infine, il caso di precisare che la ricostruzione operata nella sentenza impugnata non contrasta con la consolidata giurisprudenza di questa Corte.

È vero che, secondo i giudici di legittimità, il delitto di rifiuto di atti d'ufficio è integrato dalla condotta del sanitario in servizio di guardia medica che non aderisca alla richiesta di intervento domiciliare urgente nella persuasione – a priori – della falsità o enfattizzazione dei sintomi denunciati dal paziente, posto che l'esercizio del potere-dovere di valutare la necessità della visita sulla base della sintomatologia esposta, sicuramente spettante al professionista, è comunque sindacabile da parte del giudice al fine di accertare se esso non trasmodi nell'assunzione di deliberazioni ingiustificate ed arbitrarie, scollegate dai basilari elementi di ragionevolezza desumibili dal contesto storico del singolo episodio e dai protocolli sanitari applicabili (tra le tante, Sez. 6, n. 23817 del 30/10/2012, dep. 2013, Tomas, Rv. 255715) – conclusione ritenuta valida anche là dove l'iniziale diagnosi sia stata confermata all'esito del successivo controllo ospedaliero del paziente (Sez. 6, n. 12143 del 11/02/2009, Bruno, Rv. 242922) e recentemente ribadita per il caso di malato terminale che abbia optato per l'assistenza domiciliare, in relazione alla somministrazione delle cure palliative (legge 15 marzo 2010, n. 38).

Tale consolidata giurisprudenza, tuttavia, si riferisce alla differente figura professionale c.d. medico di guardia, oggi normativamente definito – medico del servizio di continuità assistenziale – a cui i vari accordi collettivi nazionali avvicendatisi nel tempo hanno – non per

nulla -finora assegnato un obbligo di pronta reperibilit  che, invece, non   previsto per il medico di assistenza primaria.

8. Per le ragioni esposte, si impone il rigetto del ricorso.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso.

Cos  deciso il 07/05/2024

Depositato in cancelleria il 21 giugno 2024

Campi meta

Giurispedia.it

Giurispedia.it

Giurispedia.it

Massima : *In tema di responsabilità medica per omissione, il medico di assistenza primaria non è penalmente responsabile per il mancato intervento in situazioni di urgenza che richiedono un intervento immediato, essendo tale compito di competenza del servizio di emergenza (118). L'obbligo di visita domiciliare, previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per i casi di impossibilità del paziente a spostarsi, non si estende alle situazioni di urgenza.*
Supporto Alla Lettura :

Responsabilità medica

Il 17 marzo 2017 è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la legge 8 marzo 2017 n. 24, recante *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*. Il legislatore ha inteso tipizzare la responsabilità in campo sanitario e certamente ciò non costituisce una novità nell'ambito della responsabilità civile (si pensi alla responsabilità per danno ambientale disciplinata dal d.lgs 152/2006 e s.m.i. ovvero ai profili speciali già tratteggiati dal codice civile negli artt. 2049 e s.s. c.c.). L'art. 7 della legge di riforma prevede che la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura, risponde delle loro condotte dolose e colpose ai sensi degli artt. 1218 (Responsabilità del debitore) e 1228 (Responsabilità per fatto degli ausiliari) del codice civile.

Viene recepito dal legislatore l'approdo della giurisprudenza sull'inquadramento della natura della responsabilità sanitaria della struttura nel solco del contratto atipico di ospedalizzazione (Cass., sez. un. 11.1.2008 n. 577; Cass. civ., 20.1.2014, n. 993). L'art. 7 comma 3 della legge 24/17 costituisce il cuore della riforma laddove individua nella responsabilità extracontrattuale la regola generale mentre la natura contrattuale della responsabilità del sanitario costituisce l'eccezione. Dunque sembrerebbe che il legislatore abbia estromesso la regola del contatto sociale dal suo ambito di elezione ma non chiuso definitivamente alla possibilità di configurare una responsabilità contrattuale. Al fine di poter inquadrare le situazioni tipo in cui si potrebbe qualificare il rapporto medico-paziente dal punto di vista contrattuale, in assenza di uno schema negoziale formale, potenzialmente ripiegano sulle regole del consenso informato.

L'art. 8 prevede, invece, un meccanismo finalizzato a ridurre il contenzioso per i procedimenti di risarcimento da responsabilità sanitaria mediante un **tentativo obbligatorio di conciliazione** da espletare da chi intende esercitare in giudizio un'azione risarcitoria attraverso la mediazione ovvero un ricorso 696-bis c.p.c.. La Cassazione con ben dieci sentenze 11 novembre 2019, ha provato a ricostruire il sistema della responsabilità medica cercando di dare risposte tra i dubbi interpretativi alimentati dall'inerzia del legislatore che non ha dato piena attuazione alla legge 24/17 (Cass. 28985/2019; Cass. 28986/2019; Cass. 28987/2019; Cass. 28988/2019; Cass. 28989/2019; Cass. 2990/2019; Cass. 28991/2019; Cass. 28992/2019; Cass. 28993/2019; Cass. 28994/2019). Gli argomenti affrontati dalla Cassazione attengono a temi centrali della responsabilità medica ed in particolare: 1. Il limite all'applicazione retroattiva della legge Gelli Bianco; 2. Il consenso informato; 3. La rivalsa della struttura sanitaria; 4. Il principio distributivo dell'onere probatorio nella responsabilità contrattuale; 5. L'accertamento e la liquidazione del danno differenziale da aggravamento della patologia preesistente; 6. Il danno da perdita di chance; 7. La liquidazione del danno.

Giurispedia.it