Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

33329/15

M.

ASR

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
QUARTA SEZIONE PENALE

UDIENZA PUBBLICA
DEL 05/05/2015

SENTENZA
N. 985/2015

REGISTRO GENERALE
N. 43664/2014

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott.	GAETANINO ZECCA	- Presidente -
Dott.	CLAUDIO D'ISA	- Consigliere -
Dott.	FELICETTA MARINELLI	- Consigliere -
Dott.	ROCCO MARCO BLAIOTTA	- Rel. Consigliere -
Dott.	GIUSEPPE GRASSO	- Consigliere -

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

avverso la sentenza n. 1109/2012 CORTE APPELLO di CATANZARO, del 17/03/2014

visti gli atti, la sentenza e il ricorso
udita in PUBBLICA UDIENZA del 05/05/2015 la relazione fatta dal Consigliere Dott. ROCCO MARCO BLAIOTTA
Udito il Procuratore Generale in persona del Dott. Policastro
che ha concluso per il rigetto dei ricorsi.

Udito, per la parte civile, l'Avv.

Udit i difensor Avv.

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

MOTIVI DELLA DEISIONE

1. Il processo in esame concerne il reato di omicidio colposo della giovane imputato a diversi sanitari che la ebbero in cura.

Il Tribunale di Vibo Valentia, con sentenza del 20 gennaio 2011, ha affermato la responsabilità degli imputati ; e li ha condannati, in solido con il responsabile civile, al risarcimento del danno nei confronti delle parti civili. Ha assolto gli imputati e

La sentenza è stata parzialmente riformata dalla Corte d'appello a seguito di impugnazioni del procuratore della Repubblica, degli imputati e delle parti civili, con sentenza del 17 marzo 2014. È stata affermata la responsabilità di e che sono stati altresì condannati al risarcimento del danno in solido con il responsabile civile. Per il resto la prima pronunzia è stata confermata.

In distinto processo, lo stesso Tribunale, con sentenza del 26 novembre 2012, ha affermato la responsabilità in ordine al medesimo illecito nei confronti dell'imputato e lo ha altresì condannato al risarcimento del danno nei confronti delle parti civili, in solido con il responsabile civile. La sentenza è stata confermata dalla Corte d'appello di Catanzaro con pronunzia del 17 marzo 2014. Tale pronunzia è oggetto di ricorso per cassazione trattato separatamente e deciso nell'udienza odierna. Attesa la stretta connessione della posizione di tale imputato con quella degli altri ricorrenti, al ruolo de si farà cenno anche nella presente sentenza.

2. Secondo quanto ritenuto dai giudici di merito, la ragazza accusò i primi segni di affezione tonsillare il 30 novembre 2007; il primo dicembre fu visitata dal medico di famiglia che diagnosticò ascesso tonsillare e prescrisse antibiotico e cortisone. Fece seguito il ricovero ospedaliero il successivo 3 dicembre. La paziente venne visitata dal primario dr e dal dr. Fu diagnosticato asceso peritonsillare con edema. Venne prescritta terapia con cefalosporine in endovena e cortisonico.

Nel prosieguo la giovane venne assistita in diversi momenti dagli imputati. fu presente anche la mattina del 4 dicembre; fu di turno di reperibilità notturna il 3 dicembre nonché in servizio la mattina del 4 dicembre a fu presente nel pomeriggio e la notte del 4 dicembre. In quella stessa notte il effettuò una consulenza anestesiologica.

Al mattino del 5 dicembre la giovane venne condotta in sala operatoria per esecuzione di tracheotomia resa necessaria per l'ingravescenza della patologia.

Qui l'anestesista tentò due volte di dar corso ad anestesia generale con somministrazione di curaro ed intubazione; ma senza esito. L'effetto miorilassante del curaro determinò la paralisi dei muscoli respiratori con conseguente totale occlusione

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

delle vie respiratorie. Sopraggiunge anossia con desaturazione. In tale drammatica contingenza il dr. tentò l'esecuzione di tracheotomia in emergenza, ma senza esito. Il bisturi incise pure l'esofago e lese alcuni vasi. Sopravvenne l'esito letale per arresto cardiocircolatorio seguito ad asfissia indotta farmacologicamente.

Nei confronti dei sanitari sono stati ritenuti addebiti colposi dei quali si dirà meglio in appresso. Essi ricorrono per cassazione.

3 propone diversi motivi.

3.1.Si deduce che entrambe le sentenze di merito omettono di segnalare che la prescrizione di un accertamento strumentale è codificata solo dalle linee guida degli anestesisti nella fase che precede la gestione delle vie aeree. Al contrario non è stata prodotta alcuna linea guida dalla quale poter desumere che all'atto del ricovero della povera vittima sarebbe stato necessario un esame strumentale Tac.

L'unico otorino escusso in dibattimento ha escluso l'esistenza della regola precauzionale in questione. Pertanto l'opinione dei giudici di merito è priva di alcun fondamento scientifico. D'altra parte, non può neppure sostenersi che l'imputato dovesse provvedere a tale indagine in previsione di un rischio in realtà non preventivabile, afferente alla cattiva gestione dell'aspetto anestesiologico del caso.

Si è pure trascurato che la morte della ragazza trova la sua causa in un errore anestesiologico ed esattamente nell'asfissia cagionata dalla somministrazione di curaro cui il ricorrente tentò vibratamente di opporsi. Si è pure trascurato che la tracheotomia posta infine in essere costituì intervento di estrema urgenza per nulla programmato e reso indifferibile dalla condotta anestesiologica.

La difesa ha dimostrato che la condotta terapeutica in ambito otorinolaringoiatrico fu appropriata e che furono eseguite visite strumentali con laringoscopio e fibroscopio; e che inoltre la decisione di effettuare la tracheotomia era ineccepibile.

Erroneamente è stato pure sostenuto che l'imputato non conoscesse attraverso la strumentazione a sua disposizione la natura e l'estensione dell'ascesso. Egli conosceva talmente bene tale situazione che decise di effettuare la tracheotomia. Se poi si contesta che la Tac doveva servire a verificare il posizionamento della trachea, occorre individuare una regola cautelare, mai ventilata neanche dai consulenti, che prescriva all'otorino, prima della tracheotomia, di effettuare una tac per individuare l'esatto posizionamento della trachea. In proposito l'unico otorino escusso in dibattimento ha escluso categoricamente l'esistenza di una prassi in tal senso. La motivazione è dunque al riguardo apparente e preconcetta. In conclusione è mancata l'allegazione scientifica della regola cautelare che si assume violata, nè sono state acquisite informazioni desunte dalle linee guida della categoria.

Guida al Diritto 24 ORE SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

Oltre a ciò si deduce al riguardo violazione dell'articolo 521 cod. proc. pen. perché l'imputazione afferiva alla mancata effettuazione di una Tac in grado di impedire l'evoluzione della patologia ascessuale.

In ogni caso il giudice di merito avrebbe dovuto verificare l'applicabilità dell'art. 3 del decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 e ponderare la eventuale gravità della colpa.

3.2. L'intero processo ha evidenziato la gravità dell'errore degli anestesisti consistito nel procedere alla somministrazione di curaro e ad una intubazione normale in quelle condizioni. Vengono a tale riguardo riportati brani di dichiarazioni di consulenti dai quali emerge che l'approccio appropriato nella situazione data era senz'altro quello della anestesia locale e che prima della somministrazione del ridetto curaro la situazione respiratoria della ragazza era caratterizzata da piena autonomia e spontaneità. In conclusione tale somministrazione costituisce l'unica vera causa dell'evento.

3.3. Per quanto concerne l'aspetto dell'imputazione relativo all'esecuzione dell'atto chirurgico, si considera che l'accusa riguarda un presunto errore nella esecuzione di una facile manovra di tracheotomia. Per il primo giudice invece l'addebito è quello di non essersi opposto per iscritto alla scelta degli anestesisti ovvero per non essersi allontanato dalla sala operatoria; mentre secondo il giudice d'appello è responsabile perché avrebbe dovuto preoccuparsi di preparare l'intervento e di allontanare dalla sala operatoria gli anestesisti. Vi è dunque mancanza di correlazione tra il capo d'imputazione e le diverse opinioni che hanno condotto all'affermazione di responsabilità. L'imputato si è infatti difeso dall'accusa che gli era stata mossa, dimostrando che l'intervento terminale era tutt'altro che agevole. E tuttavia l'affermazione di responsabilità è basata su fattori non contestati in ordine ai quali non è stato possibile esercitare la difesa, tanto più che i giudici di merito hanno espresso valutazioni tra loro contrastanti e comunque collidenti con l'indubbio dato di fatto che nella situazione data, in sala operatoria avrebbero dovuto trovarsi tanto gli otorino quanto gli anestesisti. A tale riguardo si rammenta che la disciplina legale prevede in via ordinaria la presenza di due chirurghi, un anestesista ed un infermiere e che inoltre la figura dell'anestesista ha una riconosciuta autonomia e responsabilità afferente appunto all'anestesia ed al suo andamento. Si assume a tale riguardo che occorre provvedere alla separazione dell'ambito di responsabilità delle due indicate figure mediche. All'una e all'altra non possono essere accollati rischi specifici che vanno oltre le loro funzioni e le conoscenze derivanti dalla loro specializzazione.

In ogni caso, ove si verifichi contenzioso decisionale tra chirurgo e anestesista, non è possibile far ricadere sul chirurgo la responsabilità decisionale finale, costringendolo ad indagini di controllo sull'operato del collega anestesista o addirittura costringendolo a richiedere pareri e consulti esterni. La diversità di conoscenze

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

specialistiche circoscrive l'ambito della responsabilità alle competenze specifiche dei singoli. Insomma, il chirurgo dovrà esprimersi solo sul rischio chirurgico e solo per questo sarà responsabile, come l'anestesista lo sarà solo per il rischio anestesiologico. In caso di dissenso deve prevalere l'opinione del più esperto in materia, non potendo sostenersi che il chirurgo debba abbandonare la sala operatoria quando non condivide la scelta anestesiologica o, come abnormemente vorrebbe la Corte d'appello, fare allontanare l'anestesista. A tale riguardo si sottolinea che la Corte d'appello dimentica che in sala operatoria erano presenti ben quattro anestesisti e tre parteciparono all'individuazione del tipo di anestesia. Inoltre la Corte pretenderebbe dal ricorrente l'impegno di svolgere un intervento chirurgico senza il tecnico del respiro su una ragazza che aveva avuto poche ore prima una crisi respiratoria e che era stata portata in sala per effettuare una tracheotomia d'urgenza programmata.

In proposito si argomenta pure che l'imputato, oltre a manifestare opposizione all'intubazione, provò a suggerire agli anestesisti l'utilizzo della fibra ottica e che questi si rifiutarono ritenendola troppo corta ed assumendo di non averne altra disponibile. L'utilizzazione di tale apparato avrebbe consentito l'intubazione guidata conformemente alle linee guida anestesiologiche. Anche qui in conclusione si deduce di non riuscire a scorgere quale sia la regola cautelare violata.

3.4. La sentenza non chiarisce se vi fu errore chirurgico e se esso abbia contribuito a determinare la morte. Se ne parla solo implicitamente. Sembra di intendere che l'unica responsabilità sia quella di aver contribuito a provocare l'emergenza accettando e condividendo l'operato degli anestesisti. Tale tesi è tuttavia priva di alcun fondamento: la difesa ha dimostrato che non vi è stata alcuna condivisione e che e stato manifestato un dissenso che, seppure non annotato in cartella clinica, non può perciò solo essere occultato.

In ogni caso l'operazione era estremamente difficoltosa e forse infruttuosa anche laddove l'imputato avesse raggiunto la trachea ormai stravolta dai tentativi di intubazione.

4.Bava a sua volta propone diverse censure.

4.1.Con il primo motivo si deduce che l'appello del pubblico ministero è inammissibile per difetto di specificità e per mancanza di correlazione tra le ragioni argomentate dalla decisione impugnata e quelle poste a fondamento dell'impugnazione.

Il pubblico ministero ha riproposto il quadro accusatorio originario che però era stato completamente smentito dalle risultanze dibattimentali. L'impugnazione insiste su errori già ampiamente evidenziati dal processo. Si è arrivati a trascurare completamente persino la seconda consulenza disposta dall'Ufficio ed il contenuto

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

dell'esame autoptico che vale da solo a smentire completamente qualunque responsabilità del ricorrente. Tale modo di procedere viene ritenuto inspiegabile.

Si è deciso paradossalmente di procedere nei confronti dei medici del reparto e di archiviare semplicisticamente, contro il parere manifesto dei propri consulenti, la posizione degli anestesisti di sala operatoria, il cui operato è stato ritenuto corretto sulla base di una affrettata consulenza di parte.

È stata completamente ignorata la grave responsabilità dell'anestesista dottor la cui condotta è stata censurata da tutti i consulenti incaricati, che gli hanno attribuito unanimemente una scelta ad alto rischio e senza ritorno.

L'appello confonde tra l'originario edema esterno interessante il collo con l'edema interno di carattere traumatico insorto in sala operatoria e dovuto alla somministrazione di curaro e alla conseguente paralisi delle corde vocali e dei tessuti che, chiusi su se stessi, furono poi colpiti violentemente con l'apparato di intubazione. In conclusione arbitrariamente è stato posto un rapporto di causalità tra la patologia della paziente e la sua morte, rapporto che è stato assolutamente escluso dall'esame autoptico e dalle dichiarazioni di tutti i consulenti. E' risultato sin troppo chiaro che l'ostruzione delle vie respiratorie della povera ragazza nulla ha a che vedere con l'originario edema, non ne è né la causa né l'origine.

4.2. Con il secondo motivo si deduce violazione di legge e travisamento della prova. Si assume che la Corte d'appello, sorvolando sulle prove acquisite, ha accolto *in toto* con supina adesione le erronee proposizioni accusatorie dando luogo ad una sentenza inficiata da gravi errori già evidenziati nel ricorso. La pronunzia non ha minimamente spiegato in cosa abbia errato il primo giudice ed ha basato la sua decisione su considerazioni semplicemente diverse, in contrasto con la giurisprudenza di legittimità che richiede una severa revisione critica della sentenza assolutoria.

La sentenza reca errore in fatto afferente alla collocazione temporale dell'attività del Il sanitario è entrato in servizio nel pomeriggio del 4 dicembre quando la paziente era sottoposta a trattamento farmacologico con cefalosporina e cortisonico. Ha curato il dolore lamentato con la somministrazione di un antidolorifico. Successivamente nella tarda serata, essendo stato avvertito che la paziente non si sentiva bene, ha attuato tutti i presìdi e gli interventi richiesti dalle linee guida: ha potenziato la terapia farmacologica in essere, esegue diversi esami strumentali, ha visitato la paziente, ha tentato puntura esplorativa, ha monitorato la paziente per diverse ore, ha contatta il primario per acquisire maggiori notizie, ha chiesto conferma delle proprie scelte all'anestesista rianimatore dottor il, quale dopo aver visitato accuratamente la paziente, ha concordato con le scelte terapeutiche riconoscendo che la giovane era lucida, collaborante, non necessitava di alcun trattamento ulteriore. Tale ricostruzione è stata confermata dalla teste che ha riferito dell'attivo, responsabile comportamento del ricorrente durante tutta la notte. La situazione si era

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

normalizzata ed è rimasta stabile. Né i congiunti possono riferire nulla in proposito essendo sopraggiunti più tardi e non avendo partecipato ai trattamenti terapeutici. La ridetta teste ha riferito che la paziente si sentì meglio tanto da richiedere di andare in camera a riposare; che nessun ulteriore intervento fu richiesto per tutta la notte. Il ricorrente ricorda che verso le sette prima di smontare dal turno entrò nella stanza della paziente che però dormiva.

Più tardi, alle otto, la paziente venne visitata dal medico montante Dott. il quale riportò in cartella "buona ossigenazione". Tutto ciò prova che la paziente aveva raggiunto un equilibrio stabile, nessun peggioramento dimostrato da alcun sintomo. Se la situazione fosse stata diversa il medico subentrante avrebbe avuto tutto l'interesse a sottolinearla. Egli, al contrario, riscontrò la buona ossigenazione

D'altra parte la tracheotomia disposta qualche ora dopo dal Dott. come è stato ampiamente chiarito, non era dettata da assoluta urgenza. La pervietà delle vie aeree era garantita e l'intervento si finalizzava in chiave profilattica ovvero era teso ad assicurare anche un' ulteriore via respiratoria per poi procedere al drenaggio dell'ascesso. Tale evoluzione non riveste alcun carattere di eccezionalità ma è il normale sviluppo di un'infiammazione refrattaria ad una terapia farmacologica appropriata, conforme alle linee guida e culminante nel drenaggio dell'ascesso.

Inoltre non vi fu mai *tirage*, segno di difficoltà respiratorie. Tutti i sanitari ed i testi hanno riferito che la ragazza nella sala attigua alla sala operatoria ha parlato, scherzato senza la mascherina dell'ossigeno. Del resto nessuno dei ben quattro anestesisti presenti ha riferito nella cartella anestesiologica di *tirage*, bensì solo di dispnea cioè lieve difficoltà respiratoria che costituisce sintomatologia minore attribuibile a diversi non significativi fattori come il dolore o l'ansia. Anche i livelli di saturazione misurati nella sala operatoria sono per dichiarazioni unanimi e conformi dei testimoni qualificati tra 98 ed il 100%..

Nonostante tale imponente quadro probatorio il pubblico ministero e le parti civili hanno immaginato una presunta ingravescenza della paziente addirittura con pericolo di vita, nella notte tra il 4/5 dicembre basandosi su elementi a cui non hanno saputo dare giusto peso; così compiendo un salto logico e partendo da un presupposto falso.

Il presupposto falso è che la paziente sia stata portata in sala operatoria perché afflitta da *tirage* e quindi in una situazione che richiedeva una tracheotomia d'urgenza. Tutto ciò è falso. Non vi è alcuna prova che la paziente durante la notte abbia avuto un restringimento delle vie respiratorie. Vi sono anzi dati di segno contrario già menzionati.

Nel giudizio vi è anche un grosso presupposto falso, un mendacio intenzionale messo in atto dal professor per salvare se stesso e l'anestesista dottor Il professionista ha spontaneamente ammesso di aver apportato di propria

Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

mano una aggiunta postuma alla cartella clinica. Nella documentazione alle 8:00 del 5 dicembre compare l'annotazione del Dott. nella quale si fa riferimento al notevole edema sottomentoniero e comunque, però, alla buona ossigenazione. Subito dopo compare una annotazione del dr. che riferisce di tonsille che ostruiscono notevolmente la cavità orale che presenta completa chiusura, con *tirage*. Si decide quindi tracheotomia d'urgenza. ha chiarito di aver apposto tale falsa annotazione al solo fine di tutelare il collega anestesista dottor . Tale annotazione aggiuntiva, posticcia, è secondo il ricorrente determinata dalla necessità di tutelare il detto anestesista che era gravato da altro processo per responsabilità professionale. In breve, quanto riportato in cartella dal non corrisponde alla verità dei fatti ma è frutto di una manipolazione della cartella clinica dopo l'esito infausto del trattamento chirurgico. Si voleva dimostrare fittiziamente che le condizioni della ragazza al momento dell'intervento chirurgico erano disperate.

La Corte d'appello non ha minimamente tratto le doverose conseguenze derivanti da tale dichiarata falsificazione. Non si comprende che l'alterazione della verità è finalizzata ad esigenze difensive: a far apparire una situazione disperata della paziente e la necessità quindi di un intervento di somma urgenza. L'approccio accusatorio, tra l'altro, trascura completamente le autorevoli risultanze delle relazioni dei propri consulenti. Tale alterazione del quadro dei fatti misconosce l'operato del ricorrente e lo rimprovera senza ragione di non aver sottoposto la paziente a TAC.

A tale ultimo riguardo la sentenza trascura completamente che tutti i consulenti hanno concordato che il principale esame strumentale in siffatte situazioni è costituito dal fibroscopio o dal fibroendoscopio, cioè esattamente lo strumento utilizzato dal ricorrente. Vengono a tale riguardo evocate le dichiarazioni degli esperti in tal senso, che hanno valorizzato l'utilità del fibroscopio e mostrato la discutibilità dell'uso della TAC. In ogni caso un esame di tale genere avrebbe dovuto essere eseguito all'atto del ricovero, cosa sulla quale la Corte inopinatamente conviene; e quindi non dopo due giorni, nella notte di turno del ricorrente. D'altra parte l'esecuzione della TAC in quella notte non sarebbe stata di utilità anche perché non ve ne era una precedente con la quale confrontarla. Del resto tali questioni sono state affrontate ed approfondite nella sentenza del Tribunale che ha conformato la propria motivazione a quanto è risultato pacifico, logico e scientificamente corretto.

La Corte d'appello non ha esaminato gli atti con l'accuratezza e con l'imparzialità che sarebbero state richieste. Il quadro accusatorio d'altra parte è stato confuso dall'effettuazione di ben tre consulenze che si sono fondate su acquisizioni fattuali probatorie risalenti all'avvio delle indagini e che sono state poi successivamente confutate nel corso del processo. In breve da errati presupposti fattuali si sono tratte erronee inferenze. Tale processo di deformazione della realtà ha condotto anche a svalutare e forzare il contenuto dell'esame autoptico che ha tra

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

l'altro escluso l'esistenza di una pregressa patologia respiratoria, come del resto ritenuto dal Tribunale. Inoltre la correttezza del comportamento del ricorrente trovano ampia, granitica conferma nella consulenza del dottor che è l'unico professionista escusso dotato di riconosciuta autorità internazionale. Costui ha tra l'altro indicato anche i protocolli terapeutici adeguati e la loro parte pratica applicazione. L'esperto ha anche riconosciuto l'acquisita elevata professionalità del ricorrente e la correttezza delle misure terapeutiche adottate nel corso della notte. La Corte d'appello ha preso atto di tali valutazioni ma non ne ha tratto le necessarie conseguenze.

Un ulteriore argomento critico dell'impugnazione riguarda le cause della morte. L'impugnazione ha introdotto elementi di confusione vulnerando la correttezza scientificità della prima sentenza che ha ben distinto tra la patologia dalla quale era affetta da ragazza e la causa della morte. Il Tribunale si è avvalso delle spiegazioni fornite da tutti i consulenti in sede di esame dibattimentale. Tutti gli esperti hanno chiarito la distinzione tra il gonfiore del collo di origine infiammatoria e l'edema interno di carattere traumatico, dovuto alla somministrazione di curaro ed alla paralisi delle corde vocali e dei tessuti che furono successivamente colpiti violentemente dall'apparato di intubazione. Gli stessi esperti sono stati concordi che se la paziente non fosse stata curarizzata e sottoposta agli errati tentativi di intubazione avrebbe continuato a respirare autonomamente, avrebbe mantenuto la normale saturazione e sarebbe ancora viva. Tale indicazione è emersa pacificamente dall'autopsia: le vie aeree erano pervie e la trachea non aveva subito compromissioni. Il dottor consulente del pubblico ministero, è stato chiaro nel senso che l'asfissia è stata prodotta dal curaro. Anche il professor ha chiarito che l'originario edema e la patologia della paziente non hanno nulla a che fare con la causa della morte. L'edema originario spinge verso l'esterno mentre l' edema che provoca l'ostruzione interna è di carattere traumatico, provocato dai colpi inferti con il tubo armato usato per gli errati tentativi di intubazione. In breve, la curarizzazione non seguita da intubazione equivale alla morte per asfissia a prescindere da quale sia la preesistente patologia e persino in un soggetto completamente sano.

Il giudice di merito per affermare il nesso eziologico ha fatto ricorso al concetto di concausalità, errando tuttavia nell'applicazione dei principi espressi in materia dalla giurisprudenza di legittimità. La pronunzia evocata dalla Corte ha ben chiarito che di nesso causale può parlarsi solo in presenza di una condotta colposa. Colpa che non grava sullo specialista otorino ma sull'anestesista cui è demandata la gestione della strumentazione e dei dispositivi ritenuti necessari per ogni procedura. La diversità di conoscenze specialistiche circoscrive l'ambito della responsabilità alle competenze specifiche dei singoli. Questo prescrivono i codici medici. Ognuno ha le sue competenze e in caso di dissenso deve prevalere l'opinione dei più esperti in materia.

La opposta tesi espressa dalla Corte d'appello conduce al risultato abnorme che i chirurghi sarebbero autorizzati ad abbandonare la sala operatoria o sarebbero addirittura autorizzati ad allontanare gli anestesisti in caso di dissenso. Erroneamente l'accusa pubblica mette in campo la cirCostanza che la condotta colposa dell'anestesista dottor non è tale da interrompere il nesso causale. Il punto cruciale che viene trascurato è però che il ricorrente non ha posto in essere alcuna condotta rimproverabile per negligenza imperizia o imprudenza. La Corte ha erroneamente valutato al riguardo mentre corretto è il giudizio assolutorio espresso dal primo giudice.

Del resto l'imputato ha manifestato in ogni modo il proprio dissenso per ciò che si stava compiendo. Pur non facendo parte della *equipe* operatoria ma trovandosi ad assistere dal vetro della sala, accortosi della scelta errata, cercò di dissuadere il dal suo proposito avviando un vivace scambio di battute. Il suo grido restò inascoltato. Infatti, a seguito del duplice errore di intubazione del dottor come riferito dal consulente professor la morte fu dovuta ad arresto cardiocircolatorio da protratta apnea da blocco totale della meccanica respiratoria indotta dal trattamento curarico in anestesia. L'esperto ha posto in luce il grave errore contenuto nella scelta della somministrazione di curaro che costituisce una scelta di non ritorno.

4.3. Ha fatto seguito la presentazione di una memoria depositata il 16 aprile.

Si deduce violazione dell'obbligo di motivazione rafforzata e dell'art. 6.1 della CEDU; violazione di legge e vizio della motivazione. Si è passati da sentenza assolutoria a pronunzia di condanna sulla sola base delle valutazioni di due consulenti del pubblico ministero, sebbene esse siano state smentite e confutate da altri tre consulenti dell'accusa, nonché da tutti gli altri consulenti escussi nel dibattimento. La Corte non ha spiegato perché l'apprezzamento fondato su tali opinioni debba prevalere sull'altro, che ha escluso qualunque profilo di responsabilità; tanto più che gli indicati due consulenti hanno basato il loro giudizio sull'esame di una parte soltanto degli atti e particolarmente sulle dichiarazioni della madre e sulla cartella clinica falsata dalla mendace annotazione apposta dal dott . La Corte dunque non si è attenuta ai principi che in casi del genere impongono l'esposizione di motivi critici tali da scardinare l'efficacia persuasiva della prima pronunzia.

In particolare la sentenza reca errori che concretizzano travisamento della prova. Nessuno in dibattimento ha riferito di una grave crisi respiratoria durante la notte. E' invece emerso dalla deposizione dell'infermiera che l'imputato ha controllato le vie respiratorie con il fibroscopio, strumento ritenuto ottimale da tutti i consulenti.

Altrettanto erroneamente si è ritenuto che vi fosse necessità di un intervento per garantire la pervietà delle vie aeree. Ma tale per pervietà non è mai venuta meno come è emerso da tutte le deposizioni di cui si dà analiticamente conto.

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Pure erronea è la valutazione sulle condizioni che indussero alla decisione di andare in sala operatoria. È la stessa sentenza che in altro passaggio spiega che la tracheotomia (pagina 93) era un presidio per la tranquilla esecuzione dell'intervento di drenaggio.

Ancora si è basata la decisione sulla cartella clinica nella quale compaiono false annotazioni apposte dopo l'esito nefasto del tentativo di intubazione.

Nessuno ha mai parlato di emergenza o di segni di soffocamento ed infatti la Corte omette ogni precisazione ed ogni riferimento alla fonte del suo convincimento.

Pure, la Corte erra nel confondere l'efficienza causale dell' edema con le reali cause della morte ben chiarite dall'esame autoptico e dalle valutazioni di tutti i consulenti esaminati. Al riguardo la Corte territoriale esprime un apprezzamento che non è supportato da alcuna prova scientifica.

Le considerazioni sull'ingravescenza della patologia sono basate sulle valutazioni dei già contestati consulenti, che tuttavia non hanno mai avuto completa cognizione del materiale probatorio nella sua interezza; ed hanno comunque espresso apprezzamenti altamente discutibili.

La decisione della Corte è ancora più censurabile laddove si consideri che il totale capovolgimento nei confronti del ricorrente è avvenuto sulla base di mero esame delle carte senza risentire le fonti di prova dichiarativa nè disporre alcuna perizia che pure alcune difese avevano richiesto, in violazione della giurisprudenza di legittimità che ha fatto applicazione della sentenza della Corte EDU nel caso Dan contro Moldavia.

La memoria prosegue deducendo che la Corte ha omesso di individuare la regola cautelare che si assume violata, di descrivere la condotta doverosa, di confrontare le ipotesi causali alternative, di indagare in ordine alla prevedibilità ed evitabilità dell'evento da parte del ricorrente. La Corte stessa, pur di fondare il suo giudizio di responsabilità, ha affastellato argomenti sparsi privi di chiarezza e coerenza. Si dicono e riportano cose slegate tra loro senza chiarire in cosa il ricorrente abbia realmente errato. L'errore è tanto maggiore se si considera che la pubblica accusa non ha mai acquisito le linee guida in materia; e l'unico esperto il professor docente di otorinolaringoiatria, ha ritenuto del tutto appropriato il comportamento del ricorrente.

Si ribadisce che l'evento è conseguenza, come ritenuto dai consulenti del pubblico ministero, della somministrazione del miorilassante che era del tutto sconsigliata nel caso di specie nonché del tentativo di intubazione tradizionale. Ove non fosse stato somministrato il miorilassante, anche se il tentativo di intubazione con fibroscopio non fosse andato a buon fine, il tono muscolare delle prime vie aeree non sarebbe mai venuto meno e le difficoltà respiratorie non avrebbero giammai condizionato l'apnea che si presentò drammaticamente ed impose il ricorso alla

tracheotomia. Dunque la condotta del dottor costituisce l'unica ed esclusiva causa del decesso. Essa reca violazione plateale di regole assolutamente consolidate ed applicate in tutti gli ospedali del mondo avanzato da oltre trent'anni. E' inconcepibile che un anestesista non le conosca o decida di non utilizzarle, tanto più quando altri medici terrorizzati urlano perché desista dal suo assurdo intento. La notte precedente l'imputato non avrebbe assolutamente potuto prevedere tale sconsiderata scelta dell'anestesista.

5. Il ricorso d non è dissimile da quello del coimputatc

5.1 Si espone che già in appello era stata rappresentata l'inammissibilità dell'impugnazione proposta dall'accusa pubblica, che in modo incongruo ha tentato di collegare la posizione del ricorrente a quella del dottor Non si comprende quale concreto addebito possa essere mosso all'imputato che nella qualità di anestesista è stato chiamato a consulto nella notte tra il quattro ed il 5 dicembre, ha condiviso la scelta praticata dal medico di reparto, con apprezzamento che è stato condiviso da tutti gli esperti escussi nel processo. Del resto, grazie agli interventi terapeutici compiuti nella notte, la paziente aveva superato la crisi respiratoria, la pervietà delle vie aeree era stata garantita fino a quando si introdusse il fattore critico costituito dalla somministrazione di curaro. Insomma l'impugnazione non ha puntualmente preso in considerazione le acquisizioni probatorie ed il contenuto della prima sentenza.

5.2. Oggetto di censura è pure l'apprezzamento della Corte territoriale in ordine al nesso causale. È mancata qualsiasi valutazione su una condotta colposa che avrebbe dovuto costituire il presupposto del nesso eziologico. Nel caso di specie il ricorrente ha tenuto condotta appropriata e non aveva alcuna concreta ragione di prevedere il gravissimo, aberrante errore commesso dall'anestesista. Si rammenta che la paziente nel momento in cui ha varcato la soglia della sala operatoria non versava in una situazione di emergenza o di urgenza. In tale ultima fase il ricorrente non ha svolto alcun ruolo essendosi limitato all'indicato consulto notturno. Tale comportamento del dr. costituisce condotta atipica, abnorme e tale da interrompere qualunque eventuale nesso causale.

Il ricorrente invoca inoltre il principio di affidamento ed il congruo apprezzamento in ordine al comportamento dell'esperto otorino nel corso della notte, che condusse ad uno stato di appropriata ossigenazione.

5.3. La sentenza è altresì affetta da vizio motivazionale, avendo basato le sue valutazioni sulle dichiarazioni rese da persone non qualificate e particolarmente coinvolte emotivamente. Essa, inoltre, non si attiene ai principi espressi dalla giurisprudenza di legittimità e dalla Corte Edu in tema di revisione critica della sentenza assolutoria e di audizione personale delle fonti testimoniali sulle quali si fonda la decisione difforme.

Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

La Corte distrettuale non si è attenuta a tali principi essendosi limitata ad alcune sommarie valutazioni scientifiche e fattuali. Sono state poste in essere ponderazioni congetturale, approssimative e malevolmente orientate, tecnicamente inappropriate perché compiute senza prima aver proceduto ad una nuova audizione degli esperti e dei testi.

Il reale stato delle cose e delle responsabilità va invece desunto dalla sentenza che ha individuato la cruciale responsabilità dell'anestesista dottor nei confronti di paziente che entrò in sala operatoria cosciente, con un buon equilibrio emodinamico ed una buona ossigenazione.

6. e ricorrono con unico atto

6.1.Si censura la ritenuta esistenza del nesso causale. Viene premessa una ampia ricostruzione della vicenda e delle valutazioni espresse dai giudici di merito. Si aggiunge che i ricorrenti ebbero i loro turni di servizio nel reparto di otorinolaringoiatria il giorno 4 dicembre, prima che si verificasse la crisi respiratoria notturna. Tale crisi venne peraltro compensata. Tali eventi, dunque, non rientrano nel determinismo causale che ha portato al decesso. La morte è stata determinata dalla erronea manovra in anestesia e dalla non corretta tracheotomia. La morte non è stata determinata dall'ascesso ma dalla paralisi respiratoria determinata dalla somministrazione di curaro.

In tale situazione, il giudizio controfattuale conduce a ritenere che l'esecuzione di una Tac o di un qualunque altro esame strumentale non avrebbe in nessun modo evitato la morte. Se è vero che altre indagini avrebbero consentito di localizzare e dimensionare meglio l'ascesso è da chiedersi a cosa ciò sarebbe servito quanto all'evento verificatosi. Tutti gli esperti hanno infatti convenuto che tale indagine sarebbe stata eventualmente utile solo per la corretta identificazione del miglior approccio terapeutico.

Peraltro, con riguardo alla terapia, si rammenta che gli esperti hanno ritenuto che l'approccio appropriato è costituito dalla somministrazione per tre giorni di antibiotico e solo in caso di progressione della patologia, l'intervento chirurgico. Tale terapia è stata attuata ed è stata infine riconosciuta appropriata da esperti e giudici di merito. In tale situazione i ricorrenti scorgono l'assenza di qualunque nesso eziologico e dunque un macroscopico errore della sentenza impugnata visto che i due sanitari prescrissero misure terapeutiche appropriate.

6.2. La sentenza d'appello sembra far intendere che l'esecuzione tempestiva di una Tac avrebbe determinato un differente esito dell'intervento chirurgico, rendendo più agevoli e lineari le operazioni anestesiologiche, le manovre di intubazione e di tracheotomia. Tale apprezzamento viene censurato perché illogico e non conforme ai principi dell'ordinamento penale. Come già esposto, infatti, l'approccio terapeutico

Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

diagnostico è stato sostanzialmente appropriato e tale da non poter innescare il nesso eziologico. Si è trascurato che anche a seguito degli eventi della notte non vi erano le condizioni per procedere con urgenza ad una tracheotomia, come ritenuto dal consulente del pubblico ministero. La ragazza era lucida, collaborativa e non dava segni di insufficienza respiratoria. La paziente giunse in sala operatoria con una ossigenazione del 99%. L'intervento chirurgico costituiva in realtà la naturale sequela di un decorso della malattia che aveva mostrato la inefficacia del trattamento farmacologico e richiedeva a quel punto un nuovo approccio terapeutico con tutto ciò che ne consegue in termini di applicazione dei corretti protocolli di comportamento. La precoce esecuzione di una Tac o di altro esame strumentale avrebbe costituito un'inutile comportamento alternativo atteso che la necessità di intervento chirurgico si manifestò indipendentemente da tale omissione. La sentenza d'appello non spiega in alcun modo in quale modo la mancata esecuzione della Tac ridetta abbia inciso sullo svolgimento degli accadimenti.

6.3. La valutazione del giudice di merito reca anche travisamento della prova. L'affermazione che la ridetta indagine avrebbe reso più agevole la fase anestesiologica ed operatoria è apodittica, non è stata riferita da alcun esperto ed è anzi in contrasto con quanto riferito dai consulenti, i quali hanno semmai censurato i mancati approfondimenti strumentali volte a determinare, con indagini ecografiche, l'entità della raccolta ascessuale. Tale valutazione, tuttavia, attiene al trattamento farmacologico e non ha nessuna connessione causale con il determinismo letale realizzatosi nella fase operatoria. Vengono riportati brani delle diverse valutazioni degli esperti. Anche quelle più severe ritengono che una tempestiva esecuzione, all'ingresso nel reparto, di un'indagine TAC sarebbe servita ad un migliore inquadramento del caso, ma sempre in vista di una opzione terapeutica farmacologica che è stata ritenuta comunque appropriata. E' dunque pacifico, secondo i ricorrenti, che l'esecuzione della Tac non era in alcun modo correlata con l'esecuzione dell'intervento chirurgico e non ha comunque esercitato alcun determinismo su quanto verificatosi in sala operatoria. Tale indagine avrebbe semmai potuto assumere maggiore rilievo in vista dell'esecuzione dell'intervento chirurgico che però non era programmato nella fase in cui operarono i ricorrenti. Dunque l'eventuale omissione potrebbe essere semmai imputata al Dott. che diede corso all'intervento chirurgico senza tale approfondimento. Fermo restando che, si ribadisce ancora, la morte trova la sua causa esclusiva nell'errore anestesiologico.

6.4. Anche a voler ritenere che la condotta terapeutica dei ricorrenti sia in qualche modo censurabile, il comportamento dell'anestesista dottor costituisce condotta completamente atipica, imprevedibile ed esorbitante, tali da interrompere il nesso di causalità. La fase chirurgica costituisce momento completamente indipendente dal punto di vista eziologico, considerato che la paziente non si trovava

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

in emergenza ed era in condizioni tali da consentire la corretta esecuzione dell'atto chirurgico. D'altra parte è emerso chiaramente che se l'esecuzione dell'intubazione fosse stata corretta cioè guidata e senza inibizione del respiro, l'evento non si sarebbe verificato. Tale errore non solo è indipendente dalla pregressa fase della malattia ma costituisce anche comportamento abnorme ed interruttivo del nesso causale.

6.5. Si deduce infine che l'affermazione di responsabilità avrebbe dovuto essere in ogni caso proceduta da un congruo apprezzamento in ordine all'elemento psicologico. Al riguardo gli imputati sono immuni da alcune censure, poiché è emerso da entrambe le sentenze di merito che nel periodo in cui effettuarono i turni di servizio si trovavano di fronte ad una paziente che non presentava una condizione di gravità tale da richiedere una condotta precauzionale diversa da quella della somministrazione di terapia antibiotica con cefalosporine. Insomma non si rinviene alcuna regola cautelare che imponesse nelle condizioni date l'esecuzione della discussa Tac.

6.6.Ha fatto seguito la presentazione di motivi aggiunti, che sostanzialmente ribadiscono e corroborano i precedenti motivi.

7. Il ricorso di è infondato. Sono invece fondate le altre impugnazioni.

La pronunzia impugnata espone che la condotta dell'anestesista dr. è stata ritenuta altamente censurabile da tutti gli esperti. La procedura di anestesia generale con intubazione a rapida sequenza dopo somministrazione di curaro era del tutto inappropriata. Il rilassamento dei muscoli respiratori unitamente all'ascesso ha determinato la completa occlusione delle vie respiratorie; ha impedito la respirazione autonoma, ha altresì ostacolato l'intubazione, con la conseguenza che è intervenuta asfissia anche a seguito dell'edema ulteriore indotto dai tentativi di inserimento del tubo respiratorio.

Secondo i giudici di merito il , censurabilmente, non si dissociò e non si oppose all'operato degli anestesisti. Egli, responsabile dell'intervento, si sarebbe dovuto rifiutare di compiere un atto chirurgico non *quoad vitam* in condizioni che sapeva essere altamente rischiose per la paziente.

Il sanitario, a fronte delle iniziative anestesiologiche palesemente errate, non avrebbe dovuto tenere un atteggiamento acquiescente, avrebbe dovuto rifiutare di eseguire l'atto operatorio in quelle condizioni ed avrebbe semmai dovuto dar corso a tracheotomia in anestesia locale, estromettendo gli anestesisti. Proprio alla luce degli accesi contrasti insorti in sala operatoria circa le modalità dell'esecuzione dell'anestesia, il capo equipe era ben consapevole della alta pericolosità dell'intubazione a rapida sequenza.

D'altra arte si era in ambito interdisciplinare, l'errore era ben riconoscibile e dunque non poteva farsi affidamento sul comportamento degli anestesisti.

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

La alternativa condotta omessa avrebbe salvato la vita della paziente e dunque i due indicati profili di colpa fondano la responsabilità.

Il primario, inoltre, sin dal momento del ricovero, avrebbe dovuto disporre approfondimento strumentale con l'esecuzione di una Tac che avrebbe permesso di valutare la caratterizzazione e la localizzazione dell'ascesso. Ciò avrebbe impedito di giungere in sala operatoria al buio. Si sarebbe avuta una visione chiara dell'allocazione e delle dimensioni dell'ascesso e ci si sarebbe plausibilmente orientati verso più tempestive e diverse forme di intervento.

A tale riguardo si è esplicitato che la patologia in questione prevede terapia antibiotica per tre giorni; in caso di inefficacia di tale approccio si tenta lo svuotamento dell'ascesso e la rimozione del pus con punture locali; in caso di insuccesso, è previsto intervento chirurgico di incisione e svuotamento dell'ascesso, accompagnato da cervicotomia o tracheotomia.

Poiché l'evento chirurgico costituisce evenienza ordinaria, è conforme alle regole di ordinaria prudenza e diligenza, oltre che all'arte medica, l'esecuzione dell'accertamento strumentale con ecografia o Tac. In tal senso si sono espressi alcuni dei consulenti. La pronunzia esamina la difforme opinione dei consulenti delle difese e quali hanno riferito che "la Tac non la richiediamo praticamente mai". Si obietta che lo strumento fibroscopio, usuale in tali contingenze, non era pienamente efficace nella fattispecie: l'ascesso non era visibile, poiché si trovava dietro una tonsilla. In conclusione, dunque, l'accertamento è stato colpevolmente omesso. Esso ha determinato la totale sconoscenza dell'entità della localizzazione della patologia, ha concorso alla causazione dell'evento rendendo più difficili e complesse le operazioni anestesiologiche, le manovre di intubazione e di tracheotomia. I medici, assume la Corte d'appello, non avevano valutato adeguatamente la gravità della patologia.

Quanto ai dottori e si muove lo stesso addebito attribuito al : la mancata tempestiva esecuzione di indagini strumentali volte a definire la collocazione e l'entità della patologia, tanto più che la condizione della paziente si andò progressivamente aggravando. I sanitari, durante il turno di servizio del mattino del 4 dicembre negligentemente omisero di visitare la paziente e di rilevare, quindi, i segni di sofferenza e di deterioramento riferiti da vari testi. Il fatto che tali indagini potessero pure compiersi in prossimità dell'intervento non esonera da responsabilità i ricorrenti.

La pronunzia confuta la tesi della condotta interruttiva costituita dal comportamento del argomentando che il fattore interruttivo è solo quello che opera in assoluta autonomia in modo da sfuggire al controllo ed alla prevedibilità. Tale situazione non esiste quando i fattori sono in nesso di interdipendenza. E' stata comunque posta una condizione necessaria dell'evento. p. 37/38. In assenza di un

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

contegno colpevolmente attendista l'evoluzione della patologia sarebbe stata evitata con elevato grado di credibilità razionale. 38.

Per ciò che attiene agli imputat otorinolaringoiatra e anestesista, l'imputazione attiene alla condotta tenuta nella notte tra il 4 ed il 5 dicembre, in concomitanza con l'insorgenza di crisi respiratoria. La Corte espone che la pronunzia assolutoria espressa dal primo giudice attiene al fatto che la ragazza superò la crisi respiratoria e che ciò consentiva di attendere i tempi di un intervento in elezione ed operando in loro favore il principio di affidamento.

Si espone che visitò ripetutamente la paziente con fibroscopio, effettuò terapia cortisonica, ebbe la consulenza dell'anestesiologo dr. ›nsultò telefonicamente il primario dr. rappresentò ai familiari che se la situazione fosse precipitata si sarebbe reso necessario intervento urgente di tracheotomia. La crisi fu infine superata e si decise quindi che tale urgente intervento non fosse necessario.

La valutazione del Tribunale non è stata condivisa dalla Corte d'appello. Si è considerato che la condizione della paziente, in quel pomeriggio, non venne adeguatamente considerata e monitorata pur in presenza di segni di ingravescenza della patologia. Inoltre, pur essendo stata superata la crisi respiratoria non era giustificato il differimento dell'atto chirurgico. Vi fu una inspiegabile scelta attendista.

La pronunzia dà conto del parere espresso da due consulenti del P.M. circa l'appropriatezza della condotta terapeutica che condusse a controllare e superare il momento di crisi. La paziente era lucida, collaborativa, non dava segni di insufficienza respiratoria. Si ritiene invece di aderire al parere di altri esperti consulenti dell'accusa: un ritardo di poche ore può rendere la procedura più difficile e molto più pericolosa... forse non sono state tratte le conclusioni corrette.. si sarebbe dovuta eseguire una Tac che, evidenziando la gravità e la sede dell'ostruzione avrebbe plausibilmente portato all'esecuzione immediata di tracheotomia.

Il giudizio di responsabilità coinvolge ambedue i professionisti. La Corte ritiene non decisiva la circostanza che la contingenza respiratoria fosse stata superata e che al mattino la paziente fosse in buone condizioni respiratorie. A tale riguardo si dà atto che il dr. ha ammesso di aver apportato in cartella clinica, dopo la morte, annotazioni non veritiere circa la condizione di gravità della paziente, al fine di tentare di stornare responsabilità dal che era gravato da altro analogo processo penale.

Per tutti gli imputati si considera che attesa la condizione di colpa in cui essi si trovano, non può farsi applicazione del principio di affidamento in ordine al comportamento degli altri terapeuti.

8. Le censure afferenti al nesso di causalità tra le condotte che si assumono imperite e l'evento letale sono fondate ed assorbenti.

Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

Il tema è stato trattato dal primo giudice. Si è considerato che l'indagine sull'affezione attraverso la fibroscopia non era completamente appagante, atteso che con tale strumento l'ascesso non era completamente visibile. La tac o l'ecografia avrebbero consentito di meglio localizzare e dimensionare l'ascesso stesso. La terapia della patologia in discussione prevede progressivamente: trattamento antibiotico; in caso di mancata regressione dell'ascesso tentativi di svuotamento con punture della zona interessate; in caso di esito negativo di tale tentativo, drenaggio dell'ascesso cioè intervento chirurgico che mira allo svuotamento attraverso un'apposita cannula, accompagnato da tracheotomia. La possibilità di tale ultimo intervento richiede prudenzialmente la tempestiva esecuzione di ecografia o tac. Nel caso di specie il drenaggio in anestesia locale era l'intervento idoneo a risolvere la situazione. Tuttavia tale drenaggio non ha avuto luogo. L'omissione non è stata tuttavia la causa dell'evento: esso è stato determinato da condotta commissiva costituita dalla errata procedura anestesiologica. Si sarebbe dovuta eseguire in anestesia locale una tracheotomia che, garantendo la pervietà delle vie respiratorie, avrebbe garantito la respirazione in qualsiasi evenienza che si fosse determinata nel corso della incisione dell'ascesso e della eliminazione del materiale raccolto.

Si aggiunge che la paziente non era entrata in sala operatoria in condizioni di emergenza. Diversi testi hanno infatti riferito che nel corso della notte che precedette l'intervento la ragazza si addormentò e non subì ulteriori crisi respiratorie essa presentava solo una lieve dispnea ma non di raggio. La condizione era grave ma legata essenzialmente alla mancata regressione dell'ascesso ed alla necessità di eseguire il detto drenaggio. La tracheotomia era un presidio di mera garanzia in vista dell'esecuzione del drenaggio stesso. Il primo giudice non dubita che l'anestesia con curaro ha paralizzato la respirazione e che i falliti tentativi di inserimento del tubo orotracheale determinarono l'aumento dell'edema. Di qui la totale chiusura delle vie aeree superiori.

Sulla base di tali elementi di giudizio si conclude che nessuno degli imputati poteva invocare il principio di affidamento essendo ciascuno di essi in errore quanto all'osservanza delle corrette procedure e cautele. Inoltre il Dott. ed il Dott. che visitarono la paziente in ingresso non disposero le complete necessarie indagini strumentali. La negligenza del dottor si sostanzia nell'omesso rilevamento dei sintomi di peggioramento riferiti dai testi e nella mancata adozione di terapie aggiuntive appropriate.

Per ciò che riguarda il Dott. si considera che costui intervenne quando la situazione della paziente era già visibilmente peggiorata, sicchè non occorreva un esame strumentale bensì vi era necessità di superare la crisi respiratoria; cosa che egli fece, con la conseguenza che non gli può essere mosso alcun addebito. Egli infatti praticò la terapia appropriata e fronteggiò adeguatamente la situazione verificatasi

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

nella notte. In quel momento, come ritenuto dagli esperti, non era necessario un intervento chirurgico di emergenza che avrebbe comunque richiesto l'allestimento di una sala operatoria e l'intervento di chirurghi ed anestesisti. L'intervento era rinviabile all'indomani mattina come dimostrato dalla discreta condizione respiratoria prima dell'ingresso in sala operatoria.

Per ciò che attiene al dottor si considera che il sanitario visitò la paziente nella notte ed espresse una valutazione della condizione della paziente che è risultata corretta. In breve i due indicati sanitari tennero un comportamento diligente e corretto. Pure privo di censure il comportamento del che quella notte omise di recarsi in ospedale. Egli, interpellato telefonicamente, si interessò al caso e diede indicazioni appropriate.

Per contro è da ritenere colpevole il comportamento della che, pur avendo individuato le esatte procedure anestesiologiche e chirurgiche, consentì che venissero poste in essere quelle, completamente errate, che inevitabilmente condussero alla morte della giovane paziente.

Tale valutazione è senz'altro condivisibile per ciò che attiene al comportamento dei dottori ed ancora più appropriata appare per ciò che attiene alla considerazione della autonoma rilevanza della condotta commissiva poste in essere dal Dott accompagnata dall'atteggiamento inerte del capo equipe Vi è in questo aspetto della vicenda un profilo di decisivo rilievo che attiene al nesso causale ed alla sua interruzione. Esso induce a ritenere che si versi in una situazione che coinvolge anche i sanitari e nei cui confronti va escluso il nesso causale.

9. Tale cruciale questione richiede di porre alcune enunciazioni di principio, aderenti a quelle recentemente proposte dalle Sezioni unite di questa Corte (Sez. Un 24 aprile 2014, Espenhahn, Rv. 261103).

A proposito dell'art. 41 capoverso cod. pen. e della cosiddetta interruzione del nesso causale, evocando la precedente giurisprudenza, si è posto in luce che il garante è il gestore di un rischio; e che il termine "garante" viene ampiamente utilizzato nella prassi anche in situazioni nelle quali si è in presenza di causalità commissiva e non omissiva; ed ha assunto un significato più ampio di quello originario, di cui occorre acquisire consapevolezza, traendo argomento proprio dalla norma richiamata.

Si è considerato che la necessità di limitare l'eccessiva ed indiscriminata ampiezza del'imputazione oggettiva generata dal condizionalismo è alla base di classiche elaborazioni teoriche: la causalità adeguata, la causa efficiente, la causalità umana, la teoria del rischio. Tale istanza si rinviene altresì nel controverso art. 41, capoverso, cod. pen. L'esigenza cui tali teorie tentano di corrispondere è quella di

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

limitare, separare le sfere di responsabilità, in modo che il diritto penale possa realizzare la sua vocazione ad esprimere un ben ponderato giudizio sulla paternità dell'evento illecito.

La centralità dell'idea di rischio è emersa con insistenza particolarmente nel contesto della sicurezza del lavoro. Tutto il sistema è conformato per governare l'immane rischio, gli indicibili pericoli, connessi al fatto che l'uomo si fa ingranaggio fragile di un apparato gravido di pericoli. Il rischio è categorialmente unico ma, naturalmente, si declina concretamente in diverse guise in relazione alla differenti situazioni lavorative. Dunque, esistono diverse aree di rischio e, parallelamente, distinte sfere di responsabilità che quel rischio sono chiamate a governare. Soprattutto nei contesti lavorativi più complessi, si è frequentemente in presenza di differenziate figure di soggetti investiti di ruoli gestionali autonomi a diversi livelli degli apparati; ed anche con riguardo alle diverse manifestazioni del rischio.

Le Sezioni unite hanno sottolineato che questa esigenza di delimitazione si è fatta strada nella giurisprudenza, attraverso lo strumento normativo costituito dall'art. 41, capoverso, cod. pen. Infatti, la diversità dei rischi interrompe, per meglio dire separa le sfere di responsabilità. Tale tesi è stata argomentata traendo argomento proprio dalla prassi, richiamando alcuni casi topici, prevalentemente incentrati proprio sul diritto penale del lavoro ((Sez. 4, n. 44206, del 25/09/2001, Intrevado, Rv. 221149; Sez. 4, n. 11311 del 07/05/1985, Bernardi, Rv. 171215; Sez. 4, n. 3510 del 10/11/1999, Addesso, Rv. 183633; Sez. 4, n. 10733 del 25/09/1995, Dal Pont, Rv. 203223; Sez. 4, n. 2172 del 13/11/1984, Accettura, Rv. 172160; Sez. 4, n. 12381 del 18/03/1986, Amadori, Rv. 174222; Sez. 4, n. 1484 del 08/11/1989, Dell'Oro, Rv. 183199; Sez. 4, n. 9568 del 11/02/1991, Lapi, Rv. 188202; Sez. 4, n. 8676 del 14/06/1996, Ieritano, Rv. 206012).

In sintesi, le Sezioni unite hanno posto l'enunciazione che un comportamento è "interruttivo" (per restare al lessico tradizionale) non perché "eccezionale" ma perché eccentrico rispetto al rischio che il garante è chiamato a governare. Tale eccentricità renderà magari in qualche caso (ma non necessariamente) statisticamente eccezionale il comportamento ma ciò è una conseguenza accidentale e non costituisce la reale ragione dell'esclusione dell'imputazione oggettiva dell'evento. A ciò va aggiunta solo una chiosa di portata generale: l'effetto interruttivo può essere dovuto a qualunque circostanza che introduca un rischio nuovo o comunque radicalmente esorbitante rispetto a quelli che il garante è chiamato a governare.

10. Il tema di cui si discute è stato ripetutamente esaminato da questa Corte con riferimento al rischio terapeutico. Si può dire che l'ambito che ha determinato le maggiori discussioni sulla portata dell'art. 41 capoverso è sicuramente quello in cui

l'attività di cura interagisce con gli effetti determinati dalla precedente condotta illecita, aggravandoli.

La Suprema Corte ha ripetutamente 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 sè un fatto imprevedibile, eccezionale, atipico rispetto alla serie causale precedente di cui costituisce uno sviluppo evolutivo normale anche se non immancabile (ad es. Sez. I, 9 ottobre 1995, La Paglia; Sez. I, 19 gennaio 1998, Van Custem; Sez. IV, 10 marzo 1983, Di Martino). In tale approccio l'eccezionalità viene colta in modo categoriale, astratto: per definizione essa non si configura, indipendentemente dalle contingenze del caso concreto.

L'interruzione del nesso causale è stata pure esclusa in numerose occasioni nelle quali l'attività di cura di lesioni illecite è stata complicata da preesistenti condizioni morbose da cui la vittima era affetta: cardiopatie, malferme condizioni di salute, diabete ed altre malattie sono sempre insufficienti a produrre da sole l'evento, ma solo coagenti con il fattore causale radicato nella condotta illecita del primo agente (così Sez. I, 24 marzo 1986, Catalano; Cass. 1 marzo 1989, Maestri; Sez. I, 17 giugno 1985, Pellegrino).

La Suprema Corte ha pure ripetutamente escluso che il comportamento incongruo della vittima nel corso dell'attività di cura possa costituire fattore idoneo ad interrompere il nesso causale (Sez. V, 14 luglio 2000, Falvo, Rv. n. 217149; Sez. IV, 2 marzo 2000, Troiano, Rv. n. 217479; Sez. V, 4 dicembre 1986, Rapisarda, Rv. n. 175429).

Questa sommaria indicazione di tendenze della giurisprudenza mette in evidenza un atteggiamento nel complesso rigorista, poco propenso ad ammettere che l'interruzione del nesso causale. Tale giurisprudenza, tuttavia, sembra difettare in radice degli strumenti concettuali esposti dalla richiamata giurisprudenza delle Sezioni unite.

10.1 E' [illegible] da rimarcare che il nesso causale è stato escluso in un caso che presenta significative affinità con quello in esame (Sez. V, 27 gennaio 1976, Nidini, in *C.E.D. Cass.* n. 133819). Si era in presenza di un errore macroscopico del sanitario: una persona che viaggiava a bordo di un'auto subiva lesioni non molti gravi (frattura del femore e stato commotivo) a seguito di un incidente stradale nel quale si evidenziava la colpa del conducente; ricoverata in ospedale veniva sottoposta ad

intervento chirurgico di osteosintesi gravato da errori di esecuzione (applicazione al femore fratturato di viti che, per la loro eccessiva lunghezza determinavano emorragie, infezione e cancrena); tale situazione determinava la necessità di tre emotrasfusioni; nell'esecuzione di tali trasfusioni il medico errava nell'individuazione del gruppo sanguigno con esito letale. La Corte ha ritenuto che tale finale condotta erronea, pur inserendosi nella serie causale dipendente dalla condotta dell'automobilista che provocò l'incidente, agì "per esclusiva forza propria" ed interruppe il nesso di condizionamento. Rispetto all'evento morte l'originaria condotta colposa dell'automobilista, pur costituendo un antecedente necessario per l'efficacia delle cause sopravvenute, assume non il ruolo di fattore causale ma di semplice occasione.

Si tratta di una decisione senza dubbio condivisibile, visto che da un lato si è in presenza di un rischio non particolarmente grave, innescato dall'incidente; dall'altro si evidenzia non solo un errore di esecuzione dell'intervento di osteosintesi, ma anche e soprattutto di un errore gravissimo costituito dall'erronea individuazione del gruppo sanguigno, originatosi in una situazione in cui non si provvedeva alla cura della frattura ma si tentava di rimediare agli errori commessi dal chirurgo.

Una soluzione corretta, dunque, nella quale -tuttavia- piuttosto che la generica evocazione della occasionalità della condotta colposa del conducente del veicolo, appare assai più persuasiva e razionale la considerazione dell'incongruenza e dell'incommensurabilità tra l'originario rischio attivato dall'incidente automobilistico e quello realizzatosi a causa del gravissimo errore consistito nella fallace individuazione del gruppo sanguigno.

10.2. In breve, conclusivamente, la teoria del rischio evocata dalle Sezioni unite offre strumenti di analisi e ponderazione meno vaghi e più penetranti rispetto a quelli offerti dalla tradizione: in breve, l'individuazione del rischio quale chiave di volta per la lettura degli intrecci causali; l'intervento di fattori la cui concausalità è determinante e di significato tale da assorbire la spiegazione giuridica esclusiva dell'evento; la congruenza tra i rischi. Il fatto illecito altrui non esclude in radice l'imputazione dell'evento al primo agente, che avrà luogo fino a quando l'intervento del terzo, in relazione all'intero concreto decorso causale dalla condotta iniziale all'evento, non abbia soppiantato il rischio originario. L'imputazione non sarà invece esclusa quando l'evento risultante dal fatto del terzo possa dirsi realizzazione sinergica anche del rischio creato dal primo agente.

Tale approccio è utile anche quando la condotta illecita ha già prodotto conseguenze lesive, ma esse vengono portate ad esiti ulteriori e più gravi da condizioni sopravvenute, che possono essere costituite da comportamenti umani o da fatti naturali. Si tratta dell'ambito efficacemente tratteggiato dai casi di scuola della

vittima di un attentato che muore durante il trasporto in ospedale a causa di un incidente stradale, o di un incendio sviluppatosi nell'ospedale. In tale contesto si collocano pure le situazioni di cui qui si discute, nelle quali il fattore aggravante insorge nell'ambito dell'attività di cura ed è costituito dall'errore terapeutico.

L'approccio fondato sulla comparazione dei rischi consente di escludere l'imputazione al primo agente quando le lesioni originarie non avevano creato un pericolo per la vita, ma l'errore del medico attiva un decorso mortale che si innesta sulle lesioni di base e le conduce a processi nuovi e letali: viene creato un pericolo inesistente che si realizza nell'evento. Discorso analogo può esser fatto quando la condotta colposa del medico interviene dopo che il pericolo originario era stato debellato da precedenti cure: anche qui viene prodotto un rischio mortale nuovo.

La teoria del rischio spiega bene l'esclusione dell'imputazione del fatto nel caso dell'emotrasfusione sbagliata: vi è una tragica incommensurabilità tra la situazione non grave di pericolo determinata dall'incidente, che aveva comportato la rottura del femore, e l'esito mortale determinato dal macroscopico errore nell'individuazione del gruppo sanguigno.

10.3 Tali principi, naturalmente, trovano applicazione anche quando la prima condotta illecita sia costituita dalla condotta terapeutica inappropriata di un primo medico. Di regola, ciò non comporta la "interruzione del nesso causale": il rischio terapeutico resta solitamente il medesimo, anche se diversamente declinato. Possono tuttavia verificarsi situazioni nelle quali ad un primo errore non grave, ne segua altro che innesca un rischio nuovo, incommensurabile, letale.

E' proprio ciò che è accaduto nel caso in esame. Si assuma pure che i terapeuti di cui si discute abbiano errato omettendo gli approfondimenti strumentali volti all'esatta individuazione dell'entità della patologia e ed al suo monitoraggio. Il fatto è che tali errori avrebbero potuto semmai assumere rilevanza se avessero giocato nel corso dell'esecuzione dell'atto chirurgico. Invece, come correttamente ritenuto dal primo giudice, tale intervento operatorio non ebbe corso. La morte fu determinata dal già evocato gravissimo errore dell'anestesista: si è qui in presenza di un rischio nuovo e drammaticamente incommensurabile. Si tratta di una situazione, come è agevole intendere, non dissimile da quella dell'errore in emotrasfusione.

Dunque, escluso il nesso causale, la sentenza va annullata senza rinvio nei confronti degli imputat per non aver commesso il fatto.

11. Le considerazioni esposte valgono anche a mettere a fuoco la posizione del primario dr. Alla luce di quanto si è sin qui considerato appare immediatamente chiaro che gli errori afferenti alle omesse indagini strumentali non hanno assunto rilievo causale nei suoi confronti come nei confronti degli altri terapeuti.

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

Discorso diverso va fatto, invece, per ciò che attiene alla condotta tenuta in sala operatoria. È infatti emerso che egli ebbe ben chiaro che i tentativi di anestesia con curaro avrebbero prodotto l'ingravescenza dell'edema ed il grave pericolo di blocco respiratorio poi puntualmente concretizzatosi. L'addebito colposo che gli è stato mosso, come si è visto, è proprio quello di non aver impedito tale anestesia; di essere stato acquiescente.

Contrariamente a quanto dedotto dal ricorrente la valutazione espressa a tale riguardo dal Tribunale non è nel suo nucleo divergente: si afferma infatti che egli aveva ben chiaro il rischio e dovrebbe dunque dovuto opporsi rifiutando di eseguire l'intervento in quelle rischiose condizioni. È la colpevole acquiescenza che anche per il primo giudice fonda testualmente la responsabilità.

Tale valutazione è immune da censure e conforme al consolidato l'orientamento di questa suprema Corte.

Si è ha avuto modo di affermare che, in tema di colpa medica nell'attività di équipe, ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento (Cass., sez. IV, 11 ottobre 2007, n. 41317, *C.E.D. Cass.*, n. 237891).

In particolare il principio di affidamento non trova applicazioni nei confronti della figura del capo équipe: chi dirige l'attività del gruppo di lavoro ha la responsabilità di una costante e diligente vigilanza in ogni momento: è stata in conseguenza ritenuta la colpa del primario ginecologo che, avendo assunto il controllo dell'andamento di un parto, aveva lasciato la sala parto, affidando la paziente ad un assistente e determinando così, con la sua negligenza, la morte del neonato (Cass., sez. IV, 3 marzo 1988, Grassi, *C.E.D. Cass.*, n. 177967).

Il chirurgo capo équipe, fatta salva l'autonomia professionale dei singoli operatori, ha pure il dovere di portare a conoscenza di questi ultimi tutto ciò che è venuto a sapere sulle patologie del paziente e che, se comunicato, potrebbe incidere sull'orientamento degli altri. È stato quindi riconosciuto responsabile di omicidio colposo, insieme con l'anestesista, il chirurgo per non essersi egli premurato di informare l'anestesista stesso delle condizioni cardiologiche del paziente (Cass., sez. IV, 24 novembre 1992, Gallo *C.E.D. Cass.*, n. 198445).

La Corte ha pure affermato che il chirurgo capo-équipe, una volta concluso l'atto operatorio in senso stretto, qualora si manifestino circostanze denunzianti possibili complicanze, tali da escludere l'assoluta normalità del decorso post-operatorio, non può disinteressarsene, abbandonando il paziente alle sole cure dei suoi collaboratori, ma ha obbligo di non allontanarsi dal luogo di cura, onde prevenire tali complicanze e

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

tempestivamente avvertirle, attuare quelle cure e quegli interventi che un'attenta diagnosi consigliano e, altresì, vigilare sull'operato dei collaboratori. (Cass., sez. IV, 7 novembre 1988, Servadio, *C.E.D. Cass.* n. 180245).

Il ruolo di guida e protagonista della capo equipe è stato rimarcato affermando che deve considerarsi negligente il comportamento del chirurgo responsabile dell'intervento il quale, facendo esclusivo affidamento sulla pregressa diagnosi svolta dal suo aiuto e comunicatagli verbalmente in sala operatoria, proceda all'operazione senza aver prima proceduto al riscontro della diagnosi (Sez. IV, 26 giugno 2008, Rv. 241365)

Il tema delle diverse specializzazioni in ambito medico e delle conseguenze che ne discendono in tema di definizione delle rispettive sfere di responsabilità è stato esaminato in una interessante sentenza (Cass., sez. IV, 1° ottobre 1999, Altieri) che riguarda una *équipe* coinvolta nelle complesse operazioni inerenti al trapianto d'organo. Il caso riguardava l'imputazione del reato di omicidio colposo in danno di due persone morte dopo aver ricevuto il trapianto di un rene dal cadavere di persona affetta da metastasi da melanoma, malattia che ostava al prelievo. L'accusa era rivolta a diversi sanitari che erano intervenuti nel corso della procedura. La pronunzia analizza la caratterizzazione dell'attività medica in *équipe* osservando che il trapianto di organi si sviluppa attraverso una serie di attività poste in essere da tutti i sanitari o gruppi di sanitari chiamati a svolgere i loro compiti in successione e sul presupposto di una o più precedenti attività svolte da altri e tutte finalizzate alla salvaguardia della salute del trapiantato. Tutte le attività sono interdipendenti e devono essere tra loro coordinate senza che possa immaginarsi né un'assoluta autonomia tra le varie fasi né una sorta di compartimentazione o segmentazione degli specifici interventi delle singole competenze che, al contrario, non possono prescindere l'una dall'altra e si integrano a vicenda concretandosi in un apporto collaborativo interdisciplinare che, unificato dal fine, può configurarsi come un'attività unica anche se, per le sue peculiari caratteristiche, è scandita da cadenze diverse in un arco temporale anche lungo ed anche se i singolo interventi, convergenti e coordinati verso l'unico fine, attingono a fonti scientifiche ed a tecniche affatto diversi tra loro. E, come accade per le *équipe* chirurgiche, anche nell'ambito dei trapianti ogni sanitario oltre che il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune unico. In virtù di tali obblighi il sanitario non potrà esimersi dal valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza ponendo se del caso rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, e come tali rimediabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

Guida al Diritto 24 ORE
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

Appaino agevoli le conclusioni che possono trarsi dai frammenti tratti dalla pregressa giurisprudenza. Il lavoro in equipe vede la istituzionale coooperazione di diversi soggetti, spesso portatori di distinte competenze. Tale attività deve essere integrata e coordinata, va sottratta all'anarchismo. Per questo assume rilievo il ruolo di guida del capo del gruppo di lavoro. Costui, come si è visto, non può disinteressarsi del tutto dell'attività degli altri terapeuti, ma deve al contrario dirigerla, coordinarla. Nei suoi confronti non opera, in linea di massima, il principio di affidamento. Naturalmente, però, tale responsabilità non è senza limiti. Accade, infatti, che sia in questione sapere altamente specialistico che giustifica la preminenza del ruolo decisorio ed della responsabilità della figura che è portatrice della maggiori competenze specialistiche. Per esemplificare, l'anestesista rianimatore è portatore dei conoscenze specialistiche ed assume la connessa responsabilità in relazione alle fasi di qualche qualificata complessità nell'ambito dell'atto operatorio. Diverso discorso va fatto, invece, per ciò che attiene a scelte e determinazioni che rientrano nel comune sapere di un accorto terapeuta; nonché per quanto riguarda ambiti interdisciplinari, nei quali è coinvolta la concorrente competenza di diverse figure. In tali situazioni riemerge il ruolo di guida e responsabilità del capo equipe. Si vuol dire che quando l'errore è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo equipe, questi non può esimersi dal dirigere la comune azione ed imporre la soluzione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo. Egli dovrà dunque avvalersi dell'autorità connessa al ruolo istituzionale affidatogli.

Naturalmente tale ruolo direttivo potrà esplicarsi in guise diverse nella contingenti situazioni concrete. Di certo, di fronte al rifiuto di attenersi alle direttive impartite, il capo equipe ben potrà sospendere l'attività, ove non si versi in una situazione di assoluta urgenza.

Alla luce di tali principi appare corretta la valutazione dei giudici di merito. Si era in presenza di specifica questione anestesiologica di carattere interdisciplinare, posto che il tema afferente alla tipologia dell'anestesia interferiva con quella afferente al controllo dell'edema e delle funzioni respiratori; e rientrava nella sfera di conoscenza del chirurgo otorino la ponderazione delle implicazioni connesse all'anestesia curarica. Ciò è tanto vero che egli manifestò il suo punto di vista che risultò corretto, ma non ne trasse la conseguenza necessaria; cioè il dovere di impedire l'anestesia eventualmente sospendendo l'esecuzione dell'atto operatorio che, come si è visto, era urgente ma non impellente.

Dunque, conclusivamente, è corretta la valutazione dei giudici di merito, che resiste, per quanto esposto, a tutte le dedotte censure. In particolare il tema del ruolo del in sala operatoria è stato ampiamente oggetto del giudizio di merito e dunque non può ipotizzarsi deficit di contestazione lesivo del diritto di difesa.

Guida al Diritto 24 ORE
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA

Il ricorso deve essere conseguentemente rigettato. Segue per legge la condanna al pagamento delle spese processuali ed alla rifusione delle spese delle parti civili che appare congruo liquidare come in dispositivo.

P Q M

Annulla senza rinvio le statuizioni dell'impugnata sentenza rese nei confronti di per non avere i detti ricorrenti commesso i fatti addebitati.

Rigetta il ricorso d e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonché alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili per questo giudizio di cassazione e le liquida come segue:

Euro 3.500,00 oltre accessori come per legge in favore d e Ruscio Giuseppe in proprio e nella qualità ;

Euro 2.500,00 oltre accessori come per legge in favore di nato il 13 gennaio 1964;

Euro 4.500,00 oltre accessori come per legge in favore d nato il 19 giugno 1990;

Euro 2.500,00 oltre accessori come per legge in favore dell'associazione Cittadinanzattiva Tribunale dei diritti del malato Onlus.

Roma 5 maggio 2015

IL CONSIGLIERE ESTENSORE
(Rocco Marco Blaiotta)

IL PRESIDENTE
(Gaetanino Zecca)

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott. Giovanni RUELLO

CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
IV Sezione Penale
DEPOSITATO IN CANCELLERIA
28 LUG. 2015
IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott. Giovanni RUELLO

Guida al Diritto
SETTIMANALE DI DOCUMENTAZIONE GIURIDICA
Settimanale di documentazione giuridica - www.guidaaldiritto.ilsole24ore.com