

Responsabilità medica – ruolo delle linee guida – limitazione della responsabilità alla colpa grave per i soli casi di imperizia

In tema di responsabilità medica, l'art. 3 del D.L. n. 158/2012 (conv. in L. n. 189/2012) statuisce che, fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c., *“l'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”*. Le linee guida non configurano delle regole la cui violazione implica un'ipotesi di colpa specifica, consistendo piuttosto in una “utile guida” per orientare le decisioni terapeutiche di guisa che, avendo solo funzione orientativa non assurgono a norme cautelari obbligatorie da parte del sanitario il quale, a dispetto di ogni automatismo, può e deve essere sempre libero di scegliere la soluzione più appropriata nell'approccio al caso a lui sottoposto. Contenendo le linee guida solo regole di perizia, la limitazione di responsabilità alla sola colpa grave opera esclusivamente nei casi in cui all'esercente la professione sanitaria venga mosso un addebito di imperizia e non anche quando il rimprovero riguarda la violazione del dovere di diligenza e di prudenza da cui sia dipeso l'evento penalmente rilevante. (Nel caso di specie non è stata ravvisata la colpa grave nella condotta di due chirurghi che, a quattro mani, rimuovevano i visceri del paziente producendo, per trazione, la lesione della vena renale, il cui sanguinamento veniva tempestivamente interrotto con due punti di sutura, che solo successivamente cedevano per verosimili gravi complicanze esogene provocando uno shock emorragico. Nello specifico, l'uso delle mani per rimuovere i visceri è stato ritenuto rispondente a criteri di attenzione, prudenza e diligenza, laddove solo per non adeguata perizia – intesa come capacità manuale di separare e movimentare le strutture addominali - si finiva con lacerare o disinserire la vena renale).

N. 71/12 Reg. Gen.

N. 800/14 Reg. Sent.

N. 5708/09 R.G.N.R.

Data deposito _____

N. _____ Reg. esec.

Data irrevocabilità _____

N. _____ campione penale

Redatta scheda il _____



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Penale di NOVARA

in composizione monocratica, nella persona del Giudice Dott. Gianfranco Pezone,

nella udienza del 21/5/2014 con l'intervento del P.M. in persona del VPO dr. Vezio Vicuna, delegato dal Procuratore della Repubblica di Novara, dell'Avv. Fabrizio Ponzana, del Foro di

Biella, per le PP.CC. MMM, NNN e LLL, dell'Avv. Umberto Caldarera, del Foro di Novara, di fiducia, per l'imputato XXX, e in sostituzione dell'Avv. Stefano Allegra, del Foro di Novara, di fiducia, per l'imputato YYY, e con l'assistenza del cancelliere Gennaro Ciotola, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nella causa penale di primo grado

CONTRO

1)XXX, con dom.lio eletto c/o lo studio dell'Avv. Umberto Caldarera, in Novara, via Prina n. 27; - libero -

PRESENTE

2)YYY , con dom.lio eletto c/o lo studio dell'Avv. Stefano Allegra, in Novara, B.do Lamarmora n. 15; - libero -

PRESENTE

IMPUTATI

del reato di cui agli artt. 113, 589 comma 1 c.p., perché, cooperando colposamente tra loro, durante l'intervento chirurgico, effettuato il data 2.10 di laparotomia sott'ombelicale (già laparoscopia convertita in laparotomia) finalizzata ad accedere ai linfonodi addominali per un prelievo bioptico, ledevano per colpa la vene del rene ectopico di C., cagionando un sanguinamento che, nonostante la tempestiva sutura, cagionava uno shock emorragico in data 21 ottobre che portava al decesso del paziente in data 14 novembre. Colpa consistita in imperizia non avendo saputo rispettare l'integrità della struttura anatomica in assenza di particolare complessità anatomica e pur avendo ben identificato la posizione del rene (rene ectopico pelvico sinistro).

In Novara il 14.11.2009.

Le parti hanno concluso come segue:

P.M.:

per entrambi gli imputati, assoluzione perché il fatto non costituisce reato.

L'Avv. F. Ponzana per le parti civili: “Voglia l' Ill.mo Tribunale Penale di Novara, in composizione monocratica, dichiarare gli imputati responsabili dei reati agli stessi ascritti, condannarli alla pena di legge e, in via solidale tra loro, all' integrale risarcimento di tutti i danni materiali patrimoniali diretti e indiretti subiti dalle parti civili MMM, NNN e LLL, che si indicano nell' ammontare di €. 244.300,00 per la Sig.ra MMM, in €. 166.675,00 per la Sig.ra NNN ed in €. 174.400,00 per il Sig. LLL, nonché in €. 725.773.00 per il Sig. C. per il danno biologico da questi subito con la morte, nonché relativamente ai giorni di invalidità permanente e, più in generale, per tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali in ogni loro componente nessuno escluso subito in conseguenza del fatto delittuoso, con conseguente devoluzione di queste ultime somme agli eredi parti civili, oltre che per tutte le somme così come indicate, interessi dal fatto al saldo, ovvero la somma maggiore o minore che verrà ritenuta di Giustizia. Si richiede, in ogni caso, la condanna di entrambi gli imputati, sempre in via solidale, al risarcimento ad una provvisoria provvisoriamente esecutiva pari alla metà delle somme sopra indicate ovvero €. 122.150,00 per la Sig.ra MMM, €. 83.337,50 per la Sig.ra NNN, €. 87.000,00 per il Sig. LLL, nonché €. 362.886,50 per il Sig. C. con conseguente devoluzione di quest' ultime somme agli eredi parti civili. Con condanna alle spese di costituzione di parte civile, come da nota separata”.

L'Avv. U. Caldarera per l'imputato XXX: assoluzione perché il fatto non sussiste; in subordine, assoluzione perché il fatto non costituisce reato.

L'Avv. S. Allegra per l'imputato YYY: assoluzione con la formula più ampia.

MOTIVAZIONE

FATTO E DIRITTO

All'esito dell'udienza preliminare, in data 18.1.2012, il GUP in sede emetteva il decreto con il quale veniva disposto il giudizio innanzi a questo Tribunale, in composizione monocratica, nei confronti di XXX e YYY in ordine al reato indicato in epigrafe.

All'udienza del 15.5.2013, alla presenza di entrambi gli imputati e delle già costituite parti civili MMM, NNN e LLL, a causa del mutamento della persona del Giudice è stata disposta la rinnovazione del dibattimento di talché, ribadita l'ammissione delle istanze probatorie formulate dalle parti, è stata avviata l'attività istruttoria.

Sicché, nel corso di plurime udienze sono stati escussi – quali testimoni e CT di parte - M., M.E., R., NNN, B., LLL, C.M. e P.B., nonché stato assunto l'esame di XXX , e, sull'accordo delle parti, sono stati acquisiti i verbali di interrogatorio degli imputati e di S.I. rese nel corso delle indagini preliminari da MMM.

Indi, previa indicazione degli atti utilizzabili ai fini della decisione ai sensi dell'art. 511, co. 5°, c.p.p., il P.M. e i difensori delle parti private hanno svolto la discussione finale, rassegnando le rispettive conclusioni trascritte in epigrafe.

Il Tribunale ha deciso come da dispositivo letto immediatamente in udienza, riservando la redazione dei motivi della decisione ed il deposito della sentenza nel termine di giorni sessanta.

Osserva il Giudice che, alla luce delle emergenze probatorie, entrambi gli imputati vanno mandati assolti dal reato ascrittogli perché il fatto non costituisce reato.

Invero, la d.ssa NNN, CT incaricata dal PM di eseguire gli opportuni accertamenti medico-legali, anche mediante esame autoptico sulla salma appartenuta in vita a C., onde individuare e stabilire le

cause della sua morte ed, in particolare, le eventuali condotte colpose dei medici Alonso e YYY che avevano eseguito sul predetto l'intervento chirurgico in data 2.10.2009, riferiva quanto segue (cfr., amplius, relazione in atti).

Dal mese di maggio 2009, la vittima – nata il 3.4.1937 – cominciava a manifestare spesso stati febbrili (puntate di iperpiressia) non sempre controllabili da farmaci antipiretici per cui si sottoponeva a diversi esami strumentali e di laboratorio al fine di individuarne le cause.

Nell'agosto del 2009 veniva diagnosticata a C. una broncopolmonite acuta per cui lo stesso veniva ricoverato nell'Ospedale di Vercelli ove, sottoposto a visite, esami e terapie, non venivano evidenziati altri particolari problemi clinici, di talché il predetto veniva dimesso il giorno 8.8.2009 in buone condizioni generali.

Pochi giorni dopo le dimissioni, poiché comparivano nuovamente le puntate di febbre alta, C. si sottoponeva ad ulteriori accertamenti tra cui, in data 15.9.2009, una tomografia assiale ad emissione di positroni (PET) che evidenziava la presenza di adenopatie a livello addominale meritevoli di approfondimento diagnostico.

Sicché, il 23.9.2009, ricoverato a tal fine nel reparto di Clinica Medica Generale dell'Ospedale di Novara, allo scopo di accertare la natura della linfoadenopatia rilevata, veniva programmato un intervento chirurgico per effettuare un prelievo biotico linfo nodale con tecnica chirurgica laparoscopica - con eventuale conversione in intervento laparotomico – di un linfo nodo paraortico.

Preliminarmente all'intervento era nota agli operatori la disposizione anomala (ptosica) del rene sinistro e la presenza di una voluminosa cisti a destra, nonché l'esplicito rifiuto del paziente – per credenza religiosa - di essere sottoposto a trasfusioni di sangue o suoi derivati.

Il 2.10.2009 C. veniva sottoposto dai due imputati ad intervento chirurgico laparoscopico esplorativo, convertito poi in laparotomia sott'ombelicale non essendo ottimamente visualizzabili i linfo nodi retroperitoneali.

Durante le manovre chirurgiche, nel tentativo di accedere ai linfo nodi collocati in prossimità della biforcazione aorto-iliaca, si verificava un sanguinamento a carico della vena renale sinistra, risolto mediante sutura emostatica.

I controlli post-operatori clinici ed analitici manifestavano, nonostante l'iniziale decremento dei valori dei globuli rossi e dell'emoglobina correlati alle perdite ematiche intraoperatorie, una sostanziale stabilità dei valori ematici per cui, in data 8.10.2009, la vittima veniva trasferita nuovamente al reparto di Clinica Medica Generale.

Nel periodo post-operatorio, a fronte del rischio di sanguinamento e del rifiuto di trasfusioni, veniva attentamente monitorato il rischio di una complicanza trombotica e trombo-embolica.

Tuttavia, tale complicità si verificava il 13.10.2009 con evidenza clinica di difficoltà respiratoria e successiva conferma all'angio-TC di "uno stop" di alcuni vasi polmonari.

Pertanto, veniva attuata una terapia anticoagulante con eparina a basso peso molecolare, mantenendo sotto stretto controllo i valori dei globuli rossi, emoglobina e piastrine per possibili complicanze, quali il sanguinamento.

Frattanto, gli esami strumentali eseguiti (ecografia del 12.10.2009 e radiografia del 15.10.2009) non evidenziavano complicazioni post-chirurgiche, né patologia nella zona addominale.

Il 19.10.2009 giungeva il referto dell'esame istologico del linfonodo prelevato con esito di "linfoma non-Hodgkin" classico con unita consulenza ematologica indicativa del trasferimento presso quel reparto per l'inquadramento del caso e il programma terapeutico.

Il 21.10.2009, in seguito alla comparsa di febbre associata a brividi, sudorazione, algida, pallore cutaneo, tachipnea, tachicardia, nonché al riscontro di ecchimosi al fianco sinistro e tumefazione addominale, veniva eseguita una ecografia dell'addome che evidenziava un importante versamento liquido in cavità che la paracentesi dimostrava essere di natura ematica.

Sicché, si verificava un importante e repentino shock emorragico che avrebbe richiesto la terapia trasfusionale con emoderivati che, però, veniva rifiutata dal paziente.

A mezzo di angio-TC addominale si riscontrava spandimento del mezzo di contrasto durante la fase venosa a partenza del rene sinistro.

La severità del quadro clinico imponeva di procedere ad intervento laparotomico di nefrectomia sinistra, per cui, stante le assai critiche condizioni del paziente (respiro meccanico ed emoglobina di 4,8), i sanitari decidevano di trasfonderlo pur a fronte della contrarietà da lui espressa.

Nei giorni successivi le condizioni permanevano assai gravi, nonostante le terapie praticate.

Il 14.11.2009 si manifestava un ulteriore peggioramento delle condizioni cliniche, con insufficienza renale acuta e ipotensione non responsiva ai farmaci, di talché alle h. 15,55 interveniva il decesso.

Orbene, anche alla luce delle risultanze degli accertamenti necroscopici ed istologici effettuati sulla salma della vittima, la d.ssa NNNriferiva che la causa della morte di costei va individuata nella insufficienza multi organica, determinante, tra l'altro, un diffuso infarto miocardico acuto, precipitata da una diffusione sistematica di un processo infettivo-infiammatorio (sepsi) refrattario alla varie e corrette terapie antibiotiche instaurate.

L'insorgenza e lo sviluppo dell'infezione venivano agevolate ed aggravate dal quadro clinico già assai compromesso a causa dei vari gravi postumi (cardio-circolatori, respiratori e cerebrali) derivanti dallo shock emorragico verificatosi il giorno 21.10.2009.

Tale ultimo evento veniva, a sua volta, innescato da una lesione venosa a carico del rene sinistro.

In realtà, una analoga lesione colà localizzata si verificava anche nel corso dell'intervento chirurgico del 2.10.2009 (per come descritto nel relativo atto operatorio), ma in tale sede veniva prontamente riconosciuta e suturata senza determinare ulteriori complicanze intra-operatorie o nei successivi 19 giorni per come desumibile dagli esami ematochimici, ecografici e radiografici.

Dacché, stante il lungo lasso temporale trascorso tra la lesione al rene in sede chirurgica (2 ottobre) e il sanguinamento (21 ottobre) devono escludersi difetti di tecnica operatoria siccome, diversamente, la complicanza emorragica si sarebbe manifestata prima.

Piuttosto, è possibile riconoscere come probabile causa efficiente nel sanguinamento la somministrazione di anticoagulante (eparina) iniziata il 13 ottobre, e poi proseguita, così da impedire una regolare e corretta cicatrizzazione della lesione.

Nel caso di specie, tale terapia veniva correttamente omessa perché avrebbe comportato un aumento del rischio emorragico che, di fronte al rifiuto del paziente di essere sottoposto a trasfusioni di sangue o emoderivati, avrebbe rappresentato un rischio addirittura maggiore dell'evento trombo-embolico.

Senonché, l'insorgenza della trombo-embolia –complicanza potenzialmente letale, seppure prevedibile in pazienti operati ed allettati - in data 13 ottobre obbligava i sanitari dell'Ospedale ad intraprendere subito la terapia anticoagulante che se per un verso risultava salvifica rispetto al problema trombo-embolico, interferiva negativamente sulla cicatrizzazione della lesione.

In particolare, l'origine dell'emorragia verificatasi il 21 ottobre andava individuata in una lesione venosa che non poteva con certezza identificarsi nella medesima lesione verificatasi durante l'intervento del 2 ottobre.

Infatti, i chirurghi durante l'intervento di nefrectomia del 21 ottobre descrivevano il rene come "lacerato e circondato da un voluminoso ematoma".

Orbene, a giudizio del CT era plausibile la descrizione dell'ematoma (fuoriuscita di sangue dal letto vasale con infarcimento dei tessuti molli), ma non altrettanto la "lacerazione" del rene.

Invero, quest'ultima situazione non avrebbe potuto essere causata durante le manovre dei chirurghi in occasione dell'intervento del 2 ottobre, perché in tal caso avrebbe inevitabilmente dato segno di sé nell'immediato decorso post-operatorio (dolore, ematuria, fuoriuscita di sangue dai drenaggi, radiografia ed ecografia addominale).

Piuttosto, era molto più verosimile che si fosse trattato di una lesione vascolare (e non parenchimale) che determinava un vasta infiltrazione anche nel parenchima, determinandone l'alterazione della consistenza e dell'aspetto così da farlo apparire all'osservazione dei chirurghi come una lacerazione diretta.

Inoltre, l'analisi del rene sinistro asportato non permetteva di rilevarne alcuna lacerazione anche perché ampiamente sezionato dagli anatomo-patologi per la preparazione dei vetrini istologici, oltre che manipolato dai chirurghi al momento dell'asportazione.

Anche la visione dei relativi preparati istologici non permetteva di individuare una reale lacerazione parenchimale di origine traumatica.

Sicché, la d.ssa NNNsupponeva che si fosse trattato di una lesione organica attribuibile alla fragilità indotta dai fenomeni emorragici intraparenchimali.

Conseguentemente, il CT valutava come correttamente eseguito l'intervento chirurgico del 2 ottobre 2009, per scelta chirurgica, nonché per tempi e modalità esecutive.

Infatti, i chirurghi decidevano opportunamente l'asportazione dei linfonodi retroperitoneali, siccome verosimile sede della malattia e zona corporea a più basso rischio di complicanze soprattutto emorragiche.

Peraltro, la nota presenza del rene sinistro in posizione anomala non costituiva una controindicazione, ma eventualmente un motivo di maggiore accortezza nell'intervento, tanto che fin da subito i chirurghi prospettavano la possibilità della conversione della tecnica operatoria in laparotomia.

Segnatamente, la produzione della lesione venosa del rene sinistro durante l'intervento non dipendeva da cattiva tecnica chirurgica, bensì di “una complicanza che è possibile che si verifichi in interventi di questo tipo, soprattutto con un rene disposto in posizione anomala”.

“Infatti, tale variante anatomica si associa, frequentemente, ad altrettante e più subdole anomalie vascolari che restano celate nell'adipe perineale (e quindi nascoste alla diretta visione dell'operatore) fino a quando non vengono esposte”.

Dunque, si trattava di una prevedibile complicanza intraoperatoria che nonostante la buona tecnica utilizzata non era prevenibile.

A conferma di ciò sovveniva l'immediata individuazione della lesione vascolare e pronta riparazione.

Infine, il CT del PM rilevava come anche nella fase successiva la vittima fosse stata correttamente assistita dal punto di vista sanitario, diagnostico e terapeutico, per cui l'*exitus* era conseguenza di una serie di complicanze (lesione venosa, trombo-embolia, sanguinamento) che, ancorché prontamente e adeguatamente trattate, conducevano al decesso.

La d.ssa M.-altro CT nominato del PM ad integrazione delle risultanze medico-legali rassegnate dalla d.ssa NNN-, premesso che il sanguinamento con conseguente shock emorragico patito dalla vittima il 21.10.2009 aveva “partenza renale” (cfr., angiotac addominale e descrizione durante l'intervento chirurgico di nefrectomia), ha riferito che durante l'intervento del 2.10.2009 si

verificava le lesione di un vaso venoso renale che veniva subito suturata con perdita di circa 500 cc di sangue.

Tale sutura, evidentemente, teneva nei 19 giorni successivi tanto che gli esami ematochimici e l'andamento clinico del paziente non indicavano sanguinamento cronico o persistente (cfr., in dettaglio pagg. 9 e ss. della relazione depositata in atti).

Il giorno 21.10.2009 mutava completamente la situazione laddove si manifestava sanguinamento che interessava la stessa struttura, ancorché non vi sia alcuna prova certa che l'origine della emorragia fosse lo stesso vaso suturato a causa della scarsa precisione della descrizione dell'intervento chirurgico sul punto.

Tuttavia, l'angiografia immediatamente preparatoria – indagine sufficientemente obiettiva - documenta un sanguinamento da un vaso venoso renale per cui doveva essere quello che era stato suturato.

Tra l'altro, il rene – che nel caso di specie, per una già nota variante anatomica, era posizionato più in basso - non era interessato dall'intervento del 2.10.2009 che doveva, segnatamente, consentire il prelievo di alcune strutture linfonodali.

Peraltro, posto che l'intervento veniva convertito in laparotomia a causa della posizione c.d. ptosica del rene che ostacolava l'accesso alle strutture situate posteriormente, l'avvenuta lesione del vaso renale esulava dalla corretta tecnica chirurgica, tanto più che la sua visibilità era dimostrata dalla pronta riparazione.

Poiché occorre sempre rispettare il più possibile le strutture anatomiche, ove anche la lesione fosse stata provocata spostando gli organi con le mani era ravvisabile la non corretta esecuzione del gesto chirurgico perché anche l'azione di allontanamento delle strutture anatomiche, le une dalle altre, può lacerare tessuti.

La d.ssa M. ha poi confermato la valutazione espressa dalla d.ssa NNN circa la non attendibilità della "lacerazione", (*id est*, rottura) del rene per come descritto sommariamente in sede di intervento del 21.10.2009, laddove "il reperto autoptico non consente di individuare una lacerazione renale, anzi non se ne fa alcuna menzione", per cui è plausibile che l'operatore in quella sede si trovasse di fronte ad un infarcimento ematico proveniente dalla vena renale che facilmente lo conduceva a ritenere che si trattasse di una lacerazione.

La documentata stabilità e tendenza al recupero delle condizioni generali del paziente e dei suoi valori di emoglobina, ematocrito e globuli rossi (nell'ambito del costante monitoraggio espletato in Ospedale) contraddicono l'ipotesi della lesione del rene, in quanto escludono fenomeni di sanguinamento in corso.

Dunque, è possibile, pur non essendoci alcuna certezza, che la sutura avesse ceduto inondando di sangue il cavo addominale così infarcendo il rene al punto di farlo sembrare lacerato.

D'altronde, se per un verso non si comprenderebbe quale altra causa (rimanendo prive di riscontro storico e documentale sia quella dell'ematoma sotto-capsulare del rene, che l'evento traumatico, quale ad es. una caduta), oltre al cedimento della sutura, potesse avere cagionato l'emorragia dello stesso vaso venoso, per converso la tenuta per 19 giorni della sutura pone delle riserve sull'erroneo confezionamento di quella riparazione.

In particolare, apparendo difficile ipotizzare che avesse ceduto altro pezzo dello stesso vaso venoso renale, la d.ssa M. ha aggiunto che fattori biologici propri del paziente potrebbero avere interferito sulla corretta cicatrizzazione dei tessuti che normalmente, in una persona sana, certamente avviene entro il termine di 19 giorni.

Secondo le linee guida sussisteva, nel caso di specie, l'indicazione a procedere chirurgicamente perché occorreva giungere ad una diagnosi di possibile tumore maligno mediante biopsia linfonodale.

Inoltre, era corretto l'approccio laparoscopico, quale tecnica meno invasiva, ferma restando che poi, viste le condizioni concrete in cui operava, il chirurgo procedeva in laparotomia secondo buona pratica clinica.

Il dr. Enrico M.E.Lucerne d'Angrogne – CT delle parti civili – premesso di non essere stato messo nelle condizioni di prendere parte agli incombenti istologici successivi all'autopsia cui aveva partecipato, ha riferito che durante la prima fase laparoscopica dell'intervento del 2.10.2009 si verificava la lesione dell'unico vaso venoso (avente diametro di circa 3 o 4 mm) in entrata nel rene, per cui velocemente si convertiva l'atto chirurgico in laparotomia con conseguente sutura della vena.

Avuto riguardo alla situazione anatomica del paziente, a giudizio del CT si doveva procedere fin da subito con un campo operatorio più chiaro, e cioè in atonia e laparotomia.

Per come appurato nel corso del secondo intervento di nefrectomia del 21.10.2009, durante l'operazione del 2.10.2009 veniva lesionato anche il rene, posto che dopo l'espianto dell'organo sicuramente esso veniva osservato e analizzato in separata sede, con conseguente relazione in cui si dava atto della lesione anche del parenchima.

Del resto, l'osservata infiltrazione del parenchima renale implica necessariamente il trauma dell'organo così che i globuli rossi stavano occupando altra zona rispetto alla loro sede di origine.

Inoltre, l'accertata marcatissima alterazione di epitelii tubulari evidenziata in sede istologica indica una struttura profondamente alterata con sovrapposizione anche di trasformazione post mortale.

In particolare, la malattia linfatica (del sangue) di cui era affetta la vittima e poi l'embolia polmonare – quale evento assolutamente grave implicante ulteriore stress organico - determinavano una più lenta cicatrizzazione, così interferendo sulla efficacia della sutura della vena lesionata.

E' ragionevole ritenere che, stante il ristretto campo operatorio, con gli strumenti il chirurgo avesse intaccato il rene, lacerandolo.

Sicché, la morte di C. era riconducibile alle lesioni al rene e al vaso renale prodotti dai chirurghi che lo operarono il 2.10.2009 che ne determinavano le successive complicanze letali.

Il Prof. R. – CT delle parti civili – ha dichiarato che in tutti gli interventi chirurgici di una certa rilevanza, come quelli con laparotomia, a carico di pazienti che poi restano allettati per diversi giorni con conseguenti rischi pro-trombotici, è buona prassi fare la profilassi trombo-embolica con eparina.

Nel caso di specie, viepiù siccome vi era stata una lesione vascolare, in modo condivisibile si era scelto di non ricorrere a tale profilassi per contenere il rischio emorragico.

Peraltro, va evidenziato che, diversamente da quelle arteriose, le suture venose sono a bassa pressione per cui solitamente non sanguinano per stress meccanico.

A fronte della trombo-embolia manifestatasi il 13.10.2009, correttamente si decideva di ricorrere a terapia anticoagulante ad alte dosi (superiore rispetto alla normale profilassi post-operatoria), così esponendo il paziente ad alto rischio di emorragia.

NNN, B., LLL e MMM – stretti congiunti della vittima – hanno ricostruito (cfr., amplius, verbali di trascrizione delle deposizioni rese all'udienza del 17.7.2013 e di S.I. rese ai CC di Novara il 16.11.2009) le sofferte vicende di salute di C. allorché per ulteriori accertamenti veniva ricoverato nell'Ospedale di Novara.

A seguito dell'intervento chirurgico del 2.10.2009 finalizzato al prelievo di linfonodi, quest'ultimo andava progressivamente peggiorando (dolori alla schiena, forte oppressione allo sterno, difficoltà respiratorie) per cui, sempre allettato, aveva bisogno continuamente di assistenza con ulteriore forte scadimento delle sue condizioni fisiche dopo la crisi polmonare del 13 ottobre.

Pur trasferito dopo alcuni giorni nel reparto di Medicina erano sempre i medici della Chirurgia che seguivano il decorso post-operatorio della vittima.

All'esito dell'intervento del 2 ottobre il dr. Alonso stranamente interpellava i parenti facendo rilevare loro come il paziente avesse il rene sinistro più in basso, aggiungendo che vi era stata una complicanza durante l'operazione.

Dopo l'intervento di nefrectomia del 21.10.2009, il dr. Sogni confidava ai parenti di non aver mai visto durante la sua attività professionale un rene conciato così male, tale da apparire spaccato o aperto in due.

All'esito di tale operazione le condizioni della P.O. peggioravano sempre di più, fino alla morte.

Alonso – sentito in sede di interrogatorio e di esame – anzi tutto confermava che l'intervento da lui eseguito unitamente al collega YYY aveva lo scopo di prelevare tessuto da un linfonodo retro peritoneale nello spazio detto "retroaortocavale" a fini di biopsia, onde tipizzare una malattia linfoproliferativa per il conseguente specifico trattamento terapeutico.

Inizialmente, l'operazione veniva programmata in forma laparoscopica, e cioè poco invasiva (tanto più al fine di prevenire rischi di sanguinamento poiché il paziente, per credo religioso, era contrario alle trasfusioni), pur avendo già segnalato in cartella in data 28.9.2009 che vi era la concreta possibilità di conversione in laparotomia a causa della presenza di un rene ectopico – cioè situato in pelvi – che ostacolava l'accesso allo spazio retroperitoneale.

Poiché l'intervento era finalizzato all'accesso al retro peritoneo, incidendo il peritoneo parietale in corrispondenza della biforcazione aorto bisiliaca, la presenza del rene ectopico non impediva l'intervento residuando comunque uno spazio minimo per il prelievo di tessuto.

Quindi, pur perfettamente consapevoli della situazione anatomica, i chirurghi decidevano di procedere inizialmente in laparoscopia, riservando in sede operativa la conversione dell'intervento.

L'anomalia della posizione del rene spesso è associata alla presenza di anomalie vascolari celate nel grasso perineale che, nel caso di C., era molto abbondante a causa della sua struttura fisica.

Sicché, in sede della successiva fase laparotomia, aperto l'addome dall'ombelico al pube, gli operatori procedevano a preparare il campo operatorio mediante divaricazione delle strutture (spostamento delle anse intestinali e leggero abbassamento del polo superiore del rene) posizionate davanti al peritoneo parietale posteriore ove sono collocati i linfonodi che dovevano essere asportati.

Tali manovre venivano eseguite manualmente, con la massima cautela, da entrambi i chirurghi dr. XXX e dr. YYY, cioè spostando a quattro mani gli organi interessati.

In tale contesto gli imputati notavano un modesto sanguinamento puntiforme a partenza dalla vena renale del rene ectopico sinistro verosimilmente determinato dalla disinserzione, a causa della trazione manuale, di una vena collaterale a partenza dal grasso perineale.

A dire dell'imputato non si trattava della vena principale stante la modesta entità del sanguinamento e delle conseguenti operazioni di riparazione.

Tale sanguinamento veniva immediatamente interrotto con l'apposizione ad opera del dr. Alonso di due punti di sutura emostatica diretta, pur bastandone solo uno, onde evitare ogni possibile rischio per il paziente, trattandosi di testimone di Geova contrario alle trasfusioni.

L'intervento vero e proprio proseguiva dopo con l'utilizzo di strumenti chirurgici con la successiva sezione del peritoneo posteriore con accesso allo spazio interaortocavale e l'asportazione del linfonodo interessato.

Al termine dell'intervento, prima di procedere alla chiusura della parete addominale previo posizionamento di drenaggio nello scavo pelvico, i due chirurghi verificavano nuovamente la zona del modesto sanguinamento iniziale constatando la corretta riparazione.

Successivamente, in sede di esame istologico il linfonodo prelevato risultava essere un linfoma, e pertanto di natura tumorale.

Trattandosi di testimone di Geova, di concerto con i sanitari della Clinica Medica si decideva di non intraprendere l'ordinaria profilassi anti-trombotica per evitare rischi di emorragia e comunque perché, nel caso di specie, era prevedibile una mobilitazione abbastanza precoce.

Il dr. YYY , in sede di interrogatorio delegato avanti alla P.G., rendeva una versione dei fatti del tutto conforme a quella rassegnata dal collega dr. Alonso (cfr., amplius, verbale in atti).

C.M.Marina – infermiera professionale – premesso di aver partecipato all'intervento eseguito il 2.10.2009 cui veniva sottoposto la vittima, ha dichiarato che si trattava di una operazione di routine durante la quale non si manifestavano particolari problemi tanto che neppure ne serbava un ricordo vivido e molto preciso.

L'unica complicanza dell'intervento consisteva in un sanguinamento veramente irrisorio o banale che veniva subito risolto con l'applicazione di due punti di sutura in prolene che, peraltro, secondo l'esperienza del teste - 16 anni di strumentista in sala operatoria -, avrebbe potuto essere trattato anche con l'applicazione di un solo punto.

Nell'occasione, il primo chirurgo era il dr. Alonso e il chirurgo assistente era il dr. YYY (cfr., pure doc. in atti).

Trattandosi di paziente obeso, certamente per spostare i visceri in cavità addominale occorrevano più mani, per cui entrambi i chirurghi procedevano a tale manovra.

Il dr. Bertone Paolo – CT della difesa Alonso – anzi tutto ha evidenziato che l'intervento eseguito il 2.10.2009 era senz'altro indicato per il prelievo di un linfonodo addominale necessario a consentire al patologo di formulare una diagnosi corretta per l'individuazione dell'opportuno trattamento terapeutico.

Poiché il paziente presentava un rene pelvico, cioè in posizione più bassa rispetto alla normale anatomia, si rendeva indispensabile convertire la tecnica laparoscopica – scelta per prevenire la necessità di trasfusione stante il credo religioso del paziente – in quella laparotomica.

Durante tale fase, come da prassi, i chirurghi procedono a quattro mani per spostare i visceri: sono usate le mani e non gli strumenti, sia per prevenire danni alle strutture e vasi, sia perché le mani hanno una maggiore sensibilità e morbidezza.

Nel corso di tale manovra può accadere che per effetto della trazione qualche piccolo vaso ceda e si rompa, per cui occorre suturarlo anche solo con un punto.

Nel caso di specie, il sanguinamento veniva prontamente individuato e risolto con l'applicazione di due punti di sutura a causa della contrarietà del paziente alle trasfusioni, dimodoché l'intervento veniva portato a termine senza complicanze neppure postoperatorie.

In effetti, la vena renale è un grosso vaso, siccome il rene è un organo molto vascolarizzato, per cui pur essendo a bassa pressione in caso di lesione determina un grosso sanguinamento.

Atteso che, per come descritto, nell'intervento del 2 ottobre 2009 si trattava di un piccolo sanguinamento, la fonte di esso non poteva che essere un vaso collaterale del rene, e non la vena renale.

Poiché la sutura cicatrizza in poco tempo (24 o 48 ore) non è possibile che successivamente nel tempo di 19 giorni avesse ceduto quella eseguita dagli imputati.

Premesso che l'angiografia preoperatoria dell'intervento eseguito il 21 ottobre 2009 non può essere risolutiva in ordine al sanguinamento riscontrato in quella sede, perché la diagnostica per immagini non è così raffinata da permettere di effettuare una esatta individuazione anatomica, il dr. P.B. ha affermato che quel successivo imponente sanguinamento (favorito dalla somministrazione della terapia anticoagulante e dalla malattia neoplastica) può essere attribuito a svariate cause di cui però lo stesso CT non ha saputo indicare neppure una.

* * * * *

Così sinteticamente ricostruita la vicenda oggetto del processo, al fine di valutare la posizione dei due imputati, quali medici chirurghi che effettuarono l'intervento nei confronti di C. il giorno 2 ottobre 2009 allo scopo di prelevare tessuto linfonodale da sottoporre ad esame istologico a fini diagnostici e terapeutici, è opportuno svolgere alcuni brevi cenni di ordine sistematico in materia di responsabilità colposa nel settore medico.

In merito all'attività medico-chirurgica sia la dottrina che la giurisprudenza si sono poste da tempo il problema di definire, anzi tutto, quando un determinato evento, quale le lesioni personali o il

decesso del paziente, sia ascrivibile alla responsabilità di un sanitario per non essersi quest'ultimo attivato utilmente per evitare simili conseguenze.

Secondo il maggioritario indirizzo dottrinario, ai fini della valutazione della sussistenza del nesso di causalità non può farsi riferimento alla teoria della “*conditio sine qua non*”, generalmente ritenuta quale fondamento dell'art. 40 c.p..

In base a tale teoria è considerata *causa* ogni condizione necessaria alla produzione dell'evento, e cioè qualsiasi circostanza in mancanza della quale l'evento non si sarebbe verificato, per cui vengono posti sullo stesso piano causale tutti gli antecedenti necessari all'evento, con la conseguenza che la condotta dell'uomo diventa causa ogniqualvolta costituisca una delle condizioni che concorra alla realizzazione di esso.

Il citato orientamento dottrinario sottolinea che la teoria in oggetto valga, segnatamente, in relazione ai reati commissivi dolosi, ove più facile è il riconoscimento dell'efficacia causale del comportamento umano rispetto all'evento oggetto del reato.

Per converso, rispetto alle fattispecie colpose, commissive o omissive, si è assistito ad un fenomeno di progressiva sostituzione ed integrazione dell'operazione logica nella quale si sostanzia la teoria della “*conditio sine qua non*” a favore della utilizzazione di principi generali, siano essi “leggi universali” (tali da determinare in termini di certezza il collegamento tra un evento all'altro), ovvero semplici “leggi statistiche” (destinate ad affermare, sia pure in termini scientificamente verificabili, in quale misura percentuale ad un determinato evento ne consegua un altro).

Cosicché, in tale rinnovato contesto culturale e giuridico, si è posto il problema della individuazione del “grado di certezza” - viepiù in relazione all'accertamento della causalità omissiva - affinché possa stabilirsi che un determinato evento sia riconducibile ad una data condotta del sanitario.

Sul punto, è stato dirimente l'autorevole e noto intervento operato dalle Sezioni Unite del Supremo Collegio nel corso del 2002, che, nel ricomporre il contrasto interpretativo esistente all'interno della quarta sezione della Corte medesima, ha delineato in modo chiaro e preciso i criteri da utilizzare ai fini dell'accertamento del nesso di causalità nei reati colposi nel settore medico (cfr., Cass. pen., Sez. Un., 11.9.2002, n. 30328).

Infatti, secondo il più risalente orientamento giurisprudenziale, basato sulla più ampia e rigorosa tutela della vita umana, onde giungere al riconoscimento della penale responsabilità del sanitario era sufficiente la dimostrazione di un comportamento alternativo impeditivo dell'evento connotato “da serie ed apprezzabili probabilità di successo”, anche con ridotti coefficienti di probabilità, pari al 30% o 50% (cfr., Cass. pen., sez. IV, 7.7.1993, 6683; Cass. pen., sez. IV, 7.3.1989 n. 1278; Cass. pen., sez. IV, 18.1.1985 n. 360).

Più recentemente, si affermava, invece, il principio secondo cui solo allorché vi era la prova che il comportamento alternativo dell'agente avrebbe impedito l'evento con un elevato grado di probabilità "prossimo alla certezza", cioè con una percentuale "quasi prossima a cento", poteva ravvisarsi la responsabilità del sanitario (cfr., Cass. pen., sez. IV, 16.1.2002 n. 1585; Cass. pen., sez. IV, 9.3.2001 n. 9780; Cass. pen., sez. IV, 28.11.2000 n. 14006).

In tale contrasto di interpretazioni - l'una molto elastica, e l'altra troppo rigorosa - sono intervenute, come si è detto, le Sezioni Unite che hanno, anzi tutto, sottolineato (pervenendo a conclusioni poi estese anche alle condotte commissive) che nella causalità omissiva non può essere accertato un rapporto naturalistico di causazione tra la condotta omessa e l'evento.

Occorre sempre accertare positivamente, attraverso un ragionamento adeguato e logicamente coerente, che se l'azione doverosa omessa fosse stata realizzata, si sarebbe impedito il verificarsi dell'evento di reato che, solo così, può essere oggettivamente imputato (causalità normativa) alla condotta omissiva dell'agente, quando il nesso tra omissione ed evento non sia interrotto da cause estrinseche del tutto anomali ed eccezionali che si collochino al di fuori della normale e ragionevole prevedibilità.

Dunque, il nesso causale può essere ravvisato "quando, in base ad un giudizio controfattuale effettuato sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, si accerti che ipotizzandosi realizzata dal medico la condotta impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva".

Ne discende che non è condivisibile quell'indirizzo interpretativo secondo cui, alla luce delle accentuate difficoltà probatorie nel settore della responsabilità medica e delle aspettative di protezione rafforzata dei beni primari della vita e della salute, il giudice non sarebbe tenuto a pervenire ad un accertamento rigoroso della causalità e dovrebbe riconoscere sufficiente, ai fini di un'appagante valenza persuasiva, le "serie ed apprezzabili probabilità di successo dell'ipotetico comportamento doveroso del medico".

Invero, secondo tale criterio "si finisce per esprimere coefficienti di probabilità indeterminati, mutevoli, manipolabili dall'interprete, talora attestati su standard davvero esigui".

D'altronde, anche le supposte difficoltà di prova di tale tipo di responsabilità non possono legittimare l'attenuazione del rigore nell'accertamento del nesso di condizionamento necessario, e, quindi, una nozione debole di causalità che comporterebbe un'abnorme dilatazione della responsabilità omissiva in violazione dei principi di legalità e tassatività della fattispecie e della garanzia di responsabilità per fatto proprio.

Pertanto, va rimarcata l'importanza della fase di accertamento processuale della causa penalmente rilevante per cui, attesa la natura essenzialmente induttiva dell'accertamento in giudizio, non si può pretendere una spiegazione causale "di tipo deterministico e nomologico-deduttivo, secondo criteri di utopistica certezza assoluta".

Il giudice non può, dunque, riconoscere l'esistenza del nesso di causalità in base al coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica, ma è tenuto a verificarne la validità nel caso concreto, alla luce di tutte le risultanze probatorie, onde dimostrare che la condotta del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" e "probabilità logica" (cfr., pure, ex multis, Cass. pen., sez. IV, 7.4.2014 n. 15495; Cass. pen., sez. IV, 27.2.2014 n. 9695; Cass. pen., sez. IV, 16.3.2010 n. 10452, Cass. pen., sez. IV, 11.4.2008 n. 15282; Cass. pen., sez. IV, 2.2.2007 n. 4177; Cass. pen., sez. IV, 12.7.2005 n. 25233; Cass. pen. sez. IV, 22.11.2004 n. 45101; Cass. pen., sez. IV, 1.12.2004 n. 46586).

Dunque, alla luce della cenata condivisibile elaborazione ermeneutica, in linea generale - anche con riguardo alla condotta commissiva del sanitario - al fine di stabilire la sussistenza del nesso di causalità occorre procedere ad un duplice controllo.

Premessa una spiegazione causale dell'evento sulla base di una legge statistica o universale di copertura sufficientemente valida e astrattamente applicabile al caso concreto, occorre successivamente verificare, attraverso un giudizio di alta probabilità logica, l'attendibilità, in concreto, della spiegazione causale così ipotizzata.

Vale a dire che è necessario accertare sulla base delle evidenze processuali che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione doverosa omessa o, al contrario, non compiuta la condotta commissiva assunta a causa dell'evento, esclusa l'interferenza di decorsi causale alternativi, l'evento con elevato grado di credibilità razionale non si sarebbe verificato, oppure sarebbe avvenuto molto dopo, o avrebbe comunque avuto minore intensità lesiva.

Il giudizio di elevata probabilità logica non definisce il nesso causale in sé e per sé – che resta comunque legato alla rigorosa nozione dettata dalla teoria condizionalistica recepita nel nostro ordinamento dall'art. 40 c.p. sia pure temperata dai correttivi della c.d. causalità umana – sebbene il criterio con il quale procedere all'accertamento probatorio di tale nesso causale.

Detto criterio, analogamente all'accertamento di qualsiasi altro elemento costitutivo del reato, deve consentire di fondare, all'esito di un completo e attento vaglio critico di tutti gli elementi disponibili, un convincimento sul punto dotato di un elevato grado di credibilità razionale.

Per converso, ai fini della prova giudiziaria della causalità, non è decisivo il coefficiente di percentuale più o meno elevato (prossimo a 100, oltre 90, 70 o 50, ecc..) di probabilità frequentistica desumibile dalla legge di copertura utilizzata, ma piuttosto il fatto di potere

ragionevolmente contare sull'applicazione nel caso concreto della legge statistica in questione, attesa l'alta probabilità logica che siano da escludere fattori causali alternativi.

Sicché, in presenza di un elevato grado di credibilità razionale dell'ipotesi privilegiata, ben può essere consentito, per giungere alla spiegazione causale dell'evento, fare impiego di leggi o criteri probabilistico-statistici con coefficienti percentuali anche medio bassi.

Al contrario, ove la valutazione degli elementi di prova acquisiti non consentano di assegnare, ad es. per l'impossibilità di escludere ragionevolmente nel caso concreto l'intervento di fattori causali diversi, un elevato grado di credibilità razionale alla spiegazione causale ipotizzata, quest'ultima non può essere affermata anche se riconducibile a leggi di copertura dotate di frequenza statistica tendenzialmente pari a 100.

Dunque, la probabilità logica, quale criterio di giudizio per la ricostruzione del fatto nel caso concreto, è un concetto che non designa una frequenza statistica, ma piuttosto un rapporto di conferma tra un'ipotesi e gli elementi che ne fondano l'attendibilità.

Con riferimento poi al grado di inferenza probatoria richiesto a supporto del giudizio di fatto sulla spiegazione causale nel caso concreto, può solo richiedersi che esso sia alto o elevato, senza che in ciò possa dedursi un *vulnus* del principio di legalità, dovendo la stessa determinatezza delle fattispecie essere interpretata in rapporto al problema concreto da risolvere.

Passando ad esaminare il profilo soggettivo della fattispecie, deve rilevarsi che, come è noto, l'art. 3 della legge n. 189/12 ha introdotto una nuova disciplina della "colpa del sanitario" ponendo un limite alla possibilità per il giudice di sancire la responsabilità del medico che abbia rispettato le linee guida e le *best practices*.

Infatti, secondo tale *novum* normativo, fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.p., "l'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve".

Non si tratta né di una esimente (causa di giustificazione), né di una scusante (causa di esclusione della colpevolezza), sebbene di un modellamento della colpa (che deve essere grave, con conseguente inidoneità di quella c.d. lieve) necessaria ai fini penali, conformemente alla previsione di molti ordinamenti stranieri.

Trattandosi di figura soggettiva di impronta marcatamente normativa, priva di contenuto psicologico, spetta al giudice stabilire in concreto il grado di colpa attribuibile al soggetto agente (sanitario) sulla base di diversi parametri normativi.

Anzi tutto, poiché la colpa costituisce essenzialmente la violazione di un dovere obiettivo di diligenza, occorre verificare la misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi sulla base della norma cautelare cui ci si doveva attenere.

Va considerato quanto, in concreto, fosse prevedibile la realizzazione dell'evento ed evitabile la sua realizzazione.

Pure rilevante è il profilo soggettivo dell'agente, e cioè determinare la misura del rimprovero personale sulla base delle specifiche condizioni del predetto: quanto più il sanitario è adeguato all'osservanza della regola e maggiore l'affidamento di terzi, tanto maggiore è il grado di colpa stante la più estesa esigibilità dell'osservanza delle regole cautelari.

Altro elemento di rilievo sul piano soggettivo è quello della motivazione e contesto della condotta (urgenza dell'intervento, condizioni generali del paziente, situazione personale in cui versò il medico, ecc...).

Infine, va considerata la consapevolezza o meno da parte del medico di tenere una condotta pericolosa.

Dunque, la sintesi valutativa di tali indicatori consente al giudice di graduare in concreto la colpa e per l'effetto determinare l'estensione dell'illecito.

Orbene, al fine di valutare la conformità o meno alle linee guida e alle buone pratiche mediche occorre fare riferimento alla complessiva attività del sanitario, e non al singolo atto censurato che, assumendosi ex se erroneo, ovviamente non può essere conforme alle accreditate regole della scienza medica.

Invero, "potrà accadere che il professionista si orienti correttamente in ambito diagnostico o terapeutico, si affidi cioè alle strategie suggeritegli dal sapere scientifico consolidato, inquadri correttamente il caso nelle sue linee generali e tuttavia, nel concreto farsi del trattamento commetta qualche errore pertinente proprio all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze ed alle peculiarità che gli si prospettano nello specifico caso clinico. In tale caso la condotta sarà soggettivamente rimproverabile, in ambito penale, solo quando l'errore sia non lieve" (Cass. pen., sez. IV, 29.1.2014 n. 16237).

Pertanto, il rispetto delle linee guida e delle buone pratiche non sempre è idoneo a tenere indenne da responsabilità penale il sanitario.

Infatti, potrà pur sempre ravvisarsi la sua colpevolezza per omicidio o lesione personale colposa allorché si sia attenuto ad esse anche quando avrebbe dovuto, invece, discostarsene in ragione della peculiare situazione clinica del malato e ciò non abbia fatto per "colpa grave", e cioè nel caso in cui la necessità di discostarsi dalle linee guida era macroscopica ed immediatamente riconoscibile da qualunque altro medico (cfr., Cass. pen., sez. IV, 29.1.2014 n. 16237)

Inoltre, alcun valore esimente potrà riconoscersi a linee guida vetuste e/o magari solo ispirate ad esclusive logiche di economia di gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese in contrasto con le esigenze di cura del paziente (cfr., Cass. pen., sez. IV, 24.1.2014 n. 11493).

Invero, va riaffermato l'ampio spazio di discrezionalità del medico che deve sempre ispirarsi alle metodiche curative migliori per il paziente evitando il rischio di un appiattimento alla linee guida qualora la particolarità della fattispecie concreta imponesse o consigliasse un diverso percorso terapeutico.

Le linee guida non configurano delle regole la cui violazione implica un'ipotesi di colpa specifica, consistendo piuttosto in una "utile guida" per orientare agevolmente, in modo efficiente e appropriato, le decisioni terapeutiche di guisa che, avendo solo funzione orientativa (complesso di direttive generali, istruzioni di massima e orientamenti) non assurgono a norme cautelari obbligatorie da parte del sanitario il quale, a dispetto di ogni automatismo, può e deve essere sempre libero di scegliere la soluzione più appropriata nell'approccio al caso a lui sottoposto.

Infine, altro fondamentale principio applicativo elaborato dalla giurisprudenza è che la nuova disciplina in materia di responsabilità soggettiva del sanitario trova il suo terreno naturale di elezione nell'ambito dell'imperizia, escludendosi i casi in cui emerga l'imprudenza o la negligenza del medico (cfr., Cass. pen., sez. IV, 24.1.2014 n. 11493; Cass. pen., sez. IV, 19.9.2012 n. 35922)

Ciò perché le linee guida contengono solo regole di perizia.

Tanto premesso, facendo applicazione di tali principi va osservato quanto segue.

Anzi tutto, pacificamente alcuna censura può essere mossa ai chirurghi in ordine alla decisione di sottoporre ad intervento chirurgico C. allo scopo di prelevare linfonodi retroperitoneali da sottoporre a biopsia a fini diagnostici e terapeutici (verifica dell'affezione tumorale con conseguente mirato ed appropriato programma terapeutico).

In particolare, per come evidenziato dai CCTT del PM e della difesa dell'imputato l'intervento era localizzato nella sede della malattia e zona corporea a più basso rischio di complicanze soprattutto emorragiche, laddove anche la presenza del rene sinistro ectopico pelvico non costituiva una controindicazione all'intervento.

Peraltro, *ex post* l'intervento si dimostrava certamente indicato avuto riguardo all'accertata natura maligna (linfoma) del tessuto prelevato.

Altrettanto adeguata può ritenersi la scelta dei sanitari di iniziare l'intervento con tecnica laparoscopica.

Sul punto, tutti i CCTT, tranne quello delle parti civili, hanno confermato la correttezza dell'approccio laparoscopico, quale tecnica meno invasiva e pericolosa, laddove secondo buona pratica clinica l'intervento, così come già previsto, veniva poi convertito in laparotomia avuto riguardo alla concreta ed effettiva inaccessibilità degli operatori alla sede del prelievo a causa del rene ectopico.

Le generiche riserve espresse, a posteriori, dal dr. M.E.Lucerne d'Angrogne sulla opportunità di procedere da subito con un campo operatorio più chiaro, non trattandosi di intervento di urgenza e stante la nota "complessione anatomica" del paziente, nulla rilevano in considerazione delle evidenti prevalenti esigenze di salvaguardia generale delle condizioni del paziente (tra l'altro contrario alle emotrasfusioni), dei plausibili margini di riuscita della laparoscopia (cfr., amplius, argomentate spiegazioni rassegnate dal dr. Alonso e pag. 6 relazione della d.ssa M.) e dei trascurabili rischi e conseguenze della conversione della tecnica operatoria.

In particolare, nulla dimostra, per come isolatamente ipotizzato dal predetto CT delle parti civili, che la lesione della vena renale sarebbe avvenuta durante la preliminare fase laparoscopica.

Alcun dato logico, tecnico-indiziario o rappresentativo milita in tale senso.

Tale assunto non risulta documentato nella descrizione dell'intervento, né riferito dall'infermiera professionale presente ad esso escussa quale testimone, ed è smentito dai due chirurghi che dichiaravano da subito che l'evoluzione dell'operazione in laparotomia avveniva semplicemente perché non si riusciva, di fatto, ad accedere allo spazio retroperitoneale.

Sicché, solo dopo l'apertura dell'addome si verificava il sanguinamento allorché gli operatori procedevano a preparare il campo operatorio mediante divaricazione delle strutture posizionate davanti al peritoneo parietale posteriore.

Orbene, in ordine a tale episodio emorragico ritiene il Giudice che deve ritenersi dimostrato che fosse il vaso venoso renale ad essere attinto dalla lesione, e non un vaso collaterale di tale vena.

Anzi tutto, sul punto riveste significativa rilevanza quanto attestato dagli stessi chirurghi all'esito dell'intervento, laddove in modo chiaro e preciso nel verbale da essi redatto indicavano: "nel tentativo di accedere al pacchetto linfonodale sottostante la biforcazione si verifica un sanguinamento a carico della vena del rene ectopico".

Nel caso in cui si fosse trattato di una vena collaterale, e non la vena renale, è ragionevole ritenere che i due sanitari avrebbero fatto diversa conforme descrizione della lesione.

Inoltre, il CT del PM d.ssa M. ha evidenziato – circostanza non smentita in atti – che contestualmente al riscontro della lesione e alla riparazione ad opera del chirurgo "...c'è una perdita intra-operatoria di circa 500 c.c. di sangue, che non è pochissimo, ma nemmeno nulla di drammatico" (cfr., pag. 7 delle trascrizioni).

Al riguardo non pare plausibile che una microlesione (puntiforme) afferente al un modesto vaso collaterale della vena renale (avente un diametro ben inferiore a quest'ultima che, a sua volta, è pari a circa 3 o 4 mm) a bassa pressione (vaso venoso) potesse concorrere ad una così significativa perdita ematica prima di essere prontamente suturata.

Peraltro, a ben vedere, sia gli imputati che lo stesso loro CT mai hanno sostenuto direttamente che fosse stato leso un vaso collaterale, ma piuttosto hanno affermato sul piano logico-deduttivo tale circostanza sul presupposto che vi era stato un modestissimo sanguinamento.

Ciò detto, va escluso che nel caso di specie i chirurghi avessero lesionato anche il rene.

Le chiare, logiche e coerenti conclusioni cui sono giunti i CCTT del PM sono ampiamente condivisibili.

Infatti, in caso di lacerazione del rene nel corso dell'intervento del 2.10.2009 il conseguente sanguinamento – peraltro mai arginato – avrebbe dovuto essere rilevato in sede degli esami strumentali (ecografici e radiografici) oltre che indurre una serie di importanti sintomi, disturbi e disfunzioni (dolore, ematuria, fuoriuscita di sangue dai drenaggi) già durante l'immediato decorso post-operatorio.

Anche la sostanziale stabilità dei valori di emoglobina, ematocrito e globuli rossi continuamente controllati esclude l'ipotesi di uno stillo ematico dovuto alla lesione del rene.

Invero, in caso di sanguinamento tali valori avrebbero dovuto progressivamente abbassarsi e non rimanere invariati, sia pure con difficoltà al recupero dovuto alle precarie condizioni fisiche (condizioni generali post-operatorie) e di salute (malattia del sangue) del paziente.

Del resto, il perito settore dava atto di non avere potuto riscontrare all'obiettività clinica alcunché sul rene in questione, siccome manipolato dai chirurghi che eseguirono la nefrectomia e poi sezionato dagli anatomo-patologi per la preparazione dei vetrini istologici che, a loro volta, nulla esitavano in ordine alla effettiva lacerazione parenchimale.

In tale contesto, dunque, seri dubbi e perplessità possono nutrirsi sulla descrizione dell'intervento effettuato il 21.10.2009.

E' del tutto verosimile che in quella sede l'operatore avesse confuso l'infarcimento ematico proveniente dalla vena renale con la lacerazione strutturale del rene.

Le considerazioni espresse sul punto dal CT della parti civili in ordine alle modalità di analisi del reperto e di verbalizzazione dell'intervento rimangono ipotesi prive di diretto riscontro rappresentativo.

Anche le dichiarazioni de relato riportate dalle parti civili in ordine al colloquio tenuto con i sanitari subito dopo l'intervento di nefrectomia (valutazione espressa dal dr. Sogni) non valgono a sovvertire le più pregnanti e logiche emergenze tecniche, non potendosi neppure escludere che nell'informale conversazione con i parenti si possa avere accentuato le sensazioni percepite nell'immediato vieppiù per giustificare la decisione intraoperatoria di asportazione dell'organo per arrestare l'emorragia.

Ad opinare diversamente si dovrebbe spiegare come mai un rene “aperto in due” per effetto di un’ incauta manovra chirurgica potesse avere dato segno di sé solo dopo ben 19 giorni.

Orbene, ritiene il Giudice che deve ritenersi provato che il sanguinamento manifestatosi il 21.10.2009 sia riconducibile alla vena renale.

Anzi tutto, per come lucidamente evidenziato dai CCTT del PM, l’angio-TAC addominale – indagine obiettiva che veniva eseguita urgentemente in giornata - dava esito a fuoriuscita del mezzo di contrasto in fase venosa dalla capsula superiore del rene.

A fronte di tale dato strumentale, il dr. P.B. (CT della difesa) si è limitato ad osservare che l’angiografia non può permettere di individuare esattamente il vaso oggetto del sanguinamento perché la diagnostica per immagine non è così raffinata da pervenire ad una individuazione anatomica di tale genere.

Oltre al fatto che si tratta di una opinione personale del dr. P.B. del tutto contraddetta sia dagli altri CCTT che dal referto dello specialista che effettuava l’indagine, va rilevato che lo stesso CT della difesa avrebbe dovuto certamente meglio argomentare la sua affermazione.

Infatti, il CT della parti civili ha chiaramente sottolineato che in quel distretto corporeo l’unica vena esistente è quella renale.

Sicché, non si comprende, né si è offerto di spiegare il dr. P.B., quale altra vena, tessuto o organo sarebbe stata la fonte del sanguinamento, vieppiù siccome lui stesso ha escluso la rottura del rene.

Ne discende che va senz’altro ritenuto provato che la lesione della vena renale costituiva l’origine della emorragia che conduceva allo shock della vittima il 21.10.2009.

In particolare, deve ritenersi comunque riconducibile tale lesione all’intervento chirurgico del 2.10.2009.

Posto che il sanguinamento proveniva dalla stessa vena lesionatasi durante la predetta operazione eseguita dai due imputati, due sono le ipotesi formulabili: che abbia ceduto la sutura ovvero che si sia rotto un altro pezzo della stessa vena.

La prima ipotesi, senz’altro più verosimile e fondata, si basa su una serie di considerazioni tecniche certamente convincenti.

Ancorché suturata con due punti, le condizioni patologiche generali del paziente non permettevano la normale cicatrizzazione (cfr., CCTT del PM e delle parti civili).

Trattandosi di persone affetta da una malattia linfatica (*id est*, del sangue, tanto che pure faticavano a recuperare i valori ematici), dopo undici giorni dall’intervento insorgeva una grave complicanza trombo-embolica, che non solo costituiva fattore di ulteriore grave stress organico, ma comportava l’urgente somministrazione di forti dosi di anti-coagulante.

Tale terapia d'urto (controindicata per i processi di cicatrizzazione e potenzialmente induttiva di fenomeni emorragici) associata ad un organismo già precario ragionevolmente interferiva negativamente sulla tenuta della sutura per cui, nel giro di una settimana, produceva lo shock emorragico del 21.10.2009.

Anche sul punto l'affermazione perentoria resa dal dr. P.B. circa la cicatrizzazione dei punti di sutura in 24, o al massimo 48 ore, è rimasta smentita da ogni altro CCTT che, seppure con considerazioni diverse, hanno convenuto sui tempi senz'altro assai più lunghi.

Altra ipotesi – per la verità meno probabile - è che gli stessi chirurghi nel momento in cui sottoponevano a trazione i visceri del paziente abbiano potuto creare ulteriori fragilità o microlesioni rimaste celate nell'adipe perineale che poi col tempo, a fronte della somministrazione della terapia anti-coagulante e della malattia ematica, provocavano il forte sanguinamento.

Orbene, elemento decisivo per ricondurre l'emorragia all'intervento chirurgico del 2.10.2009 è costituito dal fatto che nessun'altra causa diversa dall'atto iatrogeno è stato possibile individuare.

Ciò non solo è stato affermato dai CCTT dell'accusa pubblica e privata, ma neppure risulta efficacemente smentito dal dr. P.B..

Quest'ultimo dopo avere apoditticamente dichiarato che, a suo dire, per svariate cause potrebbe essersi rotta la vena renale, pur incalzato dal PM o poi, richiesto dallo stesso Giudice di indicare quali fossero tali cause idonee di provocare autonomamente quell'evento, non è stato in grado di indicarne neppure una.

Ne discende che l'unico fatto noto e razionalmente credibile induttivo della rottura della vena renale è costituito dall'atto chirurgico eseguito dai due medici imputati.

Peraltro, alcune censura merita l'attività terapeutica praticata dopo il citato intervento.

Oltre a quanto sostenuto dai CCTT del PM e degli imputati, lo stesso CT delle PP.CC. Prof. R. ha convenuto che in modo condivisibile si era scelto di non ricorrere alla profilassi anti-coagulante per contenere il rischio emorragico, così come a fronte della trombo-embolia manifestatasi il 13.10.2009, correttamente si decideva di ricorrere alla predetta terapia salvavita.

Orbene, come sopra delineata, sotto il profilo eziologico, la fattispecie colposa generatrice di responsabilità a carico del medico, nel caso di specie non può dubitarsi che la lacerazione della vena renale innescava una serie di cause che, per prevedibili complicità, conducevano al decesso del paziente.

Infatti, proprio per effetto della provocata lesione e del sanguinamento occorso veniva omessa la somministrazione della consueta profilassi anti-coagulante per cui, non solo la vittima veniva esposta alla complicanza trombo-embolica, ma insorta quest'ultima, si era costretti a praticare quella terapia.

Cosicché, a causa della mancata cicatrizzazione della sutura (ovvero per il cedimento di altra sezione della vena traumatizzata nel corso dell'intervento) si verificava un grave shock emorragico che, nonostante l'intervento di nefrectomia ed i successivi corretti trattamenti terapeutici, conducevano al decesso del paziente.

E' evidente che se non vi fosse stata la lesione della vena durante l'intervento del 2.10.2009 mai sarebbero stati innescati gli eventi che determinavano la morte di C..

Pacifica è poi la riconducibilità dell'atto medico ad entrambi gli operatori che in modo combinato, a quattro mani, rimuovevano i visceri del paziente producendo, per trazione, la lesione della vena.

D'altronde, costruisce *jus receptum* che "in caso di intervento chirurgico di equipe è inapplicabile il principio di affidamento allorché l'errore riguardi non il compimento di singoli atti riconducibili a taluno degli operatori sanitari, ma le scelte di fondo rilevanti ai fini dell'intervento, che non possono non essere condivise da tutti i sanitari che hanno operato, onde, ove si tratti di scelte erronee e colpevoli, tutti ne devono essere chiamati a rispondere" (Cass. pen., sez. IV, 3.11.2011 n. 46961, afferente al caso di asportazione di un linfonodo da parte di due medici non proteggendo adeguatamente le strutture nervose del collo, così da determinare lesioni irreversibili delle stesse).

Passando ad esaminare il profilo soggettivo della fattispecie ritiene il Giudice che conformemente a quanto sostenuto il PM non sussiste la necessaria colpa grave perché possa essere affermata la colpevolezza dei due prevenuti.

Anzi tutto, va posto in rilievo che la lesione della vena renale veniva provocata allorché i due chirurghi, procedendo a laparotomia, preparavano il campo operatorio divaricando i visceri onde accedere alla zona retroaortocavale ai fini del prelievo dei linfonodi.

La divaricazione dei visceri avveniva a quattro mani, e senza strumenti tecnici (tipo divaricatori o altri mezzi ausiliari).

Durante tale manovra, in sé non agevole nonostante l'azione combinata dei due medici a causa della struttura adiposa del paziente, si verificava il trauma lesivo vasale.

Peraltro, la presumibile presenza di anomalie vascolari celate nel grasso perineale connesse al rene ectopico rendeva più complessa e rischiosa la manovra eseguita dai due operatori.

Per come sostenuto dai CCTT del PM le complessive modalità dell'intervento (con prospettata conversione in laparotomia preventivamente assentita dal paziente) erano sicuramente conformi alle linee guida e alla buone pratiche mediche.

L'uso delle mani per rimuovere i visceri rispondeva certamente a criteri di attenzione, prudenza e diligenza, laddove solo per non adeguata perizia (capacità manuale di separare e movimentare le strutture addominali) si finiva con lacerare o disinserire la vena renale.

Avuto riguardo ai parametri rilevati per graduare la colpa certamente non è possibile ravvisare nel caso di specie la colpa grave.

Il contesto dell'intervento era piuttosto complesso, trattandosi di soggetto affetto da un variante anatomica che implicava alcune complicanze, insidie e rischi.

La presenza di notevole tessuto adiposo complicava l'azione combinata dei chirurghi.

L'evento in sé era abbastanza prevedibile, tanto che la stessa d.ssa NNN lo qualificava come una normale complicanza intraoperatoria.

La lesione era assai ridotta (tale da provocare un modesto sanguinamento per come confermato dal testimone Cenci) a riprova di un minimo errore nelle modalità operative di manipolazione dei visceri.

La capacità tecnica veniva comunque attestata dalla pronta individuazione della fonte del sanguinamento e conseguente riparazione con due punti di sutura che comunque reggevano per 19 giorni per poi cedere per verosimili gravi complicanze esogene.

Dunque, Alonso e YYY vanno mandati assolti perché il fatto non costituisce reato.

Il proscioglimento degli imputati preclude in questa sede ogni decisione sulle proposte questioni civili.

La complessità delle questioni trattate e delle argomentazioni giuridiche ha impedito la redazione immediata della sentenza, giustificando il termine di giorni sessanta per la stesura della motivazione.

P. Q. M.

Visto l'art. 530 c.p.p.;

assolve XXX e YYY dal reato ascrittogli perché il fatto non costituisce reato.

Visto l'art. 544 co. 3°, c.p.p.;

indica il termine di giorni sessanta per il deposito della sentenza.

Novara, lì 21.5.2014

IL GIUDICE

Dr. Gianfranco Pezone