

Penale Sent. Sez. 4 Num. 7667 Anno 2019

Presidente: PICCIALLI PATRIZIA

Relatore: PEZZELLA VINCENZO

Data Udiienza: 30/01/2019

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

dalla parte civile nato a

dalla parte civile nato a

dalla parte civile nato a

nel procedimento a carico di:

nato a

nato a

nato a

RESPONSABILE CIVILE

inoltre:

nato a

avverso la sentenza del 05/04/2018 della CORTE APPELLO di BOLOGNA

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere VINCENZO PEZZELLA;

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore TOMASO EPIDENDIO
che ha concluso chiedendo il rigetto dei ricorsi.

E' presente l'avvocato) del foro di in difesa di
e che insiste per
l'accoglimento dei ricorsi. Deposita conclusioni scritte e nota spese.



L'avvocato _____ del foro di _____ in difesa del
CIVILE ENTE AZIENDA USL di _____ in sostituzione dell'avvocato _____
_____ del foro di _____ come da nomina a sostituto processuale ex art.
102 c.p.p. depositata in udienza che insiste per il rigetto dei ricorsi. Deposita
conclusioni e nota spese.

E' presente l'avvocato _____ del foro di _____ in difesa di _____
_____ in sostituzione dell'avvocato _____ del foro di _____ come da
nomina a sostituto processuale ex art. 102 c.p.p. depositata in udienza che insiste per
il rigetto dei ricorsi.

L'avvocato _____ del foro di P _____ è altresì presente in difesa di _____
_____ in sostituzione dell'avvocato _____ del foro di _____
_____ come da nomina a sostituto processuale ex art. 102 c.p.p. depositata in
udienza che insiste per il rigetto dei ricorsi.

E' presente l'avvocato _____ del foro di _____ in difesa di _____
_____ che insiste per il rigetto dei ricorsi.

E' presente l'avvocato _____ del foro di _____ in difesa di _____
_____ che insiste per il rigetto dei ricorsi.

RITENUTO IN FATTO

1. I medici

_____ venivano rinviati a giudizio dinanzi al
Tribunale di _____ per rispondere:

- del delitto p, e p. dagli artt. **113, 589 c.p.** perché, con apporti di coopera-
zione causale differenti, nella loro qualità di sanitari in servizio presso il Reparto
di Chirurgia dell'Ospedale civile di _____ cagionavano la morte del paziente
per colpa consistita in negligenza, imprudenza ed imperizia e mancato ri-
spetto delle regole dell'arte medica.

In particolare:

- _____, quale medico in servizio presso il reparto di chirurgia
dell'Ospedale di _____, effettuava una consulenza chirurgica alle ore 03,30 del
30.1.2013 e, di fronte ad un paziente che presentava un chiaro ed indiscutibile
quadro di addome acuto, ometteva per imperizia e negligenza di prescrivere una
TAC addominale da espletarsi in termini di urgenza che, con ragionevole certezza

avrebbe individuato il quadro performativo (sicuramente già in atto) e quindi imposto l'approccio chirurgico da espletarsi nel minor tempo possibile;

- quale medico in servizio presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale di _____, ometteva di valutare adeguatamente le segnalazioni anamnestiche, la consulenza chirurgica espletata alle ore 3,30 del 30.1.2013, nonché la sintomatologia ed i segni clinici che presentava il _____ al momento della visita a cui ella stessa lo sottoponeva, non diagnosticando per imperizia e negligenza l'incipiente peritonite malgrado l'esistenza di sintomi univoci che dovevano indurre il medico a sospettarne l'esistenza; quindi, disponeva alle ore 9,30 del 30.1.2013 che venisse effettuata una TC addome urgente, omettendo per negligenza di sollecitarne l'esecuzione e chiederne la refertazione; TC che, se tempestivamente eseguita, avrebbe potuto evidenziare la presenza della perforazione e della peritonite e, quindi, avrebbe reso possibile un adeguato intervento chirurgico che, secondo la corretta regola scientifica, avrebbe permesso la sopravvivenza del paziente;

- quale medici in servizio presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale di _____, per negligenza ed imperizia omettevano di valutare gli esiti della TC (eseguita alle ore 16,00 del 30.1.2013), che evidenziavano la presenza "di aria libera in addome e di un quadro compatibile con perforazione di ansa del piccolo intestino", visitando il paziente soltanto alle ore 18,00 ed omettendo, anche dopo la visita, per negligenza, imperizia ed imprudenza, l'immediato intervento chirurgico o, comunque, la segnalazione della immediata necessità dello stesso;

- perché, quale medici in servizio presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale di _____, dopo avere sottoposto il _____ tra le ore 22,20 del 30.01.2013 e le ore 00,35 dei 31.1.2013 ad intervento di laparotomia esplorativa con resezione diverticolo di Meckel perforato, lisi di aderenze e lavaggio addominale, per negligenza, imperizia ed imprudenza non monitoravano adeguatamente il decorso post operatorio, ed in particolare nonostante l'alterazione anatomica dei tessuti endoaddominali riscontrata durante l'intervento chirurgico, nonostante le perdite ematiche intraoperatorie, nonostante la presenza di liquido ematico o siero ematico nei drenaggi addominali all'uscita dalla sala operatoria ed il persistente dolore addominale rendessero di per sé probabile l'insorgenza di una complicanza di natura emorragica nell'immediato post-operatorio, omettevano l'effettuazione di indagini ematochimiche finalizzate a valutare l'entità delle perdite ematiche e che avrebbero potuto consentire di evidenziare precocemente l'anemizzazione ed effettuare tempestivamente un nuovo intervento chirurgico che avrebbe permesso in primo luogo di accertare da dove avesse origine il sanguinamento e, quindi, di bloccare l'emorragia in atto.

Dette condotte colpose cagionavano il decesso del [redacted] che si verificava alle ore 4,00 del 31.1.2013 presso l'Ospedale Civile di Piacenza a causa di uno shock "complesso", ovvero sia di uno shock settico, secondario alla peritonite da perforazione di un diverticolo di Mechel, sia di uno shock emorragico sviluppatosi nel post-operatorio.

In particolare, la negligente ed imperita gestione del paziente ed i gravi ritardi diagnostici e terapeutici, non giustificati da alcun problema tecnico di speciale difficoltà, nel periodo compreso tra le ore 03,30 e le ore 22,20 dei 30.01.2013, compromettevano le condizioni del [redacted], con progressione della reazione peritoneale alla perforazione e, di conseguenza, con aggravamento del quadro clinico generale ed in particolare del processo settico addominale, così cagionando un contestuale interessamento sistemico secondario alla sepsi inaggravante, mentre il negligente ed imperito controllo del paziente nella fase post-operatoria (iniziata alle ore 0,40), con una scorretta interpretazione dei sintomi mostrati, nonché l'omessa indagine in relazione alle complicanze intervenute a seguito dell'intervento chirurgico, cagionavano uno shock emorragico. In [redacted] in data 31 gennaio 2013

Nell'ambito del medesimo processo - ma qui non rileva trattandosi di imputazione per cui c'è stata assoluzione sin dal primo grado, mai impugnata - venivano anche contestati a [redacted] medico anatomopatologo in servizio presso il Dipartimento di Patologia Clinica dell'Ospedale di [redacted], esecutore in data 1/2/2013 del riscontro diagnostico autoptico ex art. 37 del, dpr 2851/1990 (e dunque pubblico ufficiale ex art. 357 c.p.), i delitti p. e p. dagli artt. 365 e 328 c.p. perché, nella qualità, pur trovandosi in condizioni di sospettare che la morte di [redacted] fosse dovuta a delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, ometteva di sospendere le operazioni e di darne immediata comunicazione all'autorità giudiziaria, così violando le disposizioni di cui all'art. 39 dpr 2851/1990. nonché rifiutava atti (la comunicazione alla Autorità Giudiziaria e la sospensione del riscontro) del proprio ufficio che per ragioni di giustizia dovevano essere compiuti senza ritardo.

2. Con sentenza del **17/3/2016** il Tribunale di [redacted], in composizione collegiale, assolveva tutti gli imputati dai reati loro rispettivamente ascritti perché il fatto non sussiste.

Sull'appello proposto ai fini civili dalle sole parti civili la Corte di Appello di Bologna con sentenza del **5/4/2018** confermava la sentenza di assoluzione.

3. Avverso tale provvedimento hanno proposto ricorso per Cassazione, a mezzo del proprio difensore di fiducia, le parti civili [redacted] (moglie e figli del defunto) proponendo impugnazione nei



confronti dei soli (quindi tutti i medici del preoperatorio), deducendo i motivi di seguito enunciati nei limiti strettamente necessari per la motivazione, come disposto dall'art. 173, comma 1, disp. att., cod. proc. pen.

Con un primo motivo deducono contraddittorietà e manifesta illogicità della motivazione (nonché profili di omessa motivazione), laddove acriticamente accoglierebbe l'erronea ricostruzione prospettata dai periti nel dibattimento di primo grado (e pedissequamente avallata dal giudici di primo e di secondo grado), omettendo ogni valutazione in merito sia alle opposte conclusioni cui sono giunti i consulenti tecnici del P.M., sia a quanto dichiarato dai coimputati chirurghi

nonché dalla teste I e in ordine all'individuazione dell'evento-morte verificatosi *hinc et nunc* e all'erronea esclusione di condotte colpose dei dottori con riguardo alla fase compresa tra l'ingresso del paziente nel reparto di chirurgia e l'intervento chirurgico; di conseguenza, manifesta illogicità ed erroneità nella impostazione e nella soluzione del quesito controfattuale in tema di nesso causale.

La sentenza impugnata, su tali punti, non si confronterebbe realmente con le doglianze sollevate nell'atto di appello, risultando del tutto trascurate le considerazioni formulate dai Consulenti Tecnici del Pubblico Ministero.

Ci si duole che i giudici di merito abbiano aderito ad una perizia che conterrebbe una serie di affermazioni che sconfinerebbero da valutazioni di ordine tecnico per approdare a conclusioni che attengono al piano giuridico, macroscopicamente erronee e viziate sul piano logico, in particolare quanto alla distinzione tra interventi chirurgici "urgenti" e interventi chirurgici da eseguire "in emergenza", che i periti delineano per concludere, addirittura, che la condotta dei sanitari sia stata conforme alle *leges artis*.

La Corte d'Appello di Bologna – ci si duole- tratterebbe in maniera unitaria questioni in realtà affatto distinte e schematicamente inquadrabili nel seguente ordine logico-sistematico: 1. se, da parte dei medici, investiti di una posizione di garanzia, vi siano state condotte inosservanti delle *leges artis*, e dunque aggettivabili come colpose (già al livello di c.d. misura oggettiva della colpa), nella gestione del paziente dal ricovero e sino all'operazione chirurgica; 2. nel caso in cui siano ravvisabili condotte inosservanti delle *leges artis*, se le medesime siano state in rapporto causale, ai sensi dell'art. 40 cpv. cod. pen., rispetto all'evento-morte verificatosi *hic et nunc*; 3. se nel caso di specie ricorrano anomalie tali da escludere vuoi la prevedibilità *ex ante* ed in concreto dell'evento, vuoi la causalità.

Il difensore delle pp.cc. ricorrenti richiama il precedente costituito dalla sentenza 5466/2018 di questa Corte rilevandone l'analogia (in quale caso la paziente, dimessa dal Pronto Soccorso, era deceduta il giorno successivo per perforazione

della parete gastrica complicatasi in un quadro di peritonite")e la diversa conclusione della vicenda giudiziaria.

Per le pp.cc. ricorrenti sorprendono le valutazioni della Corte d'Appello bolognese secondo cui: "I periti sentiti in dibattimento hanno escluso che un eventuale anticipo dell'intervento avrebbe significativamente ridotto il rischio per il paziente, ribadendo che l'intervento è stato eseguito in tempi accettabili dato che l'iter si è svolto tutto in una giornata e quindi non vi è stata un'attesa fuori dai limiti accettabili, e che anche qualora si voglia parlare di ritardo questo non ha favorito lo sviluppo dello stato settico" (p. 9 sentenza impugnata).

Mancherebbe, a ben vedere una vera motivazione. Non si comprenderebbe, infatti, come si possa dire che l'intervento sia stato eseguito in tempi accettabili, tautologica essendo la chiosa "dato che l'iter si è svolto tutto in una giornata e quindi non vi è stata un'attesa fuori dai limiti accettabili". Né tantomeno srebbe dato di capire perché "anche qualora si voglia parlare di ritardo " questo non abbia favorito lo sviluppo dello stato settico: affermazione che sarebbe del tutto apodittica (oltre che smentita da specifiche evidenze del caso di specie).

Il difensore delle pp.cc. ricorrenti ripercorre, in fatto, tutte le vicende che hanno portato alla morte del _____, a partire dall'assegnazione di un iniziale codice verde in sede di *triage*, per affermare la decisività del ritardo diagnostico e della tardività dell'operazione rispetto all'esito infausto.

Si evidenziano i passaggi delle dichiarazioni rese dai coimputati

in cui gli stessi si chiedono per quale ragione l'intervento chirurgico non sia stato effettuato dai colleghi che li avevano preceduti.

Per le pp.cc. ricorrenti anche sulle cause della morte vi sarebbe un radicale contrasto tra le conclusioni rassegnate dai periti e quelle cui sono pervenuti i consulenti del P.M. I periti affermano che "il grave quadro di ostruzione coronarica" che presentava il paziente fu "la causa della morte del paziente" salvo a riconoscere, subito dopo, che tale causa non fu l'unica, rappresentando solo una concausa dell'evento: "in concomitanza a concause multifattoriali quali la peritonite e il consecutivo, indispensabile intervento chirurgico recente ".

Dunque, il non avere fronteggiato in maniera adeguata e tempestiva la peritonite in atto sarebbe comunque (perlomeno) una concausa della morte verificatasi hic et nunc, giacché nel meccanismo multifattoriale letale si inserisce a pieno titolo l'aggravamento della patologia.

Una logica spiegazione del decesso viene offerta, in realtà, dai soli consulenti tecnici del P.M., che tengono conto correttamente di tutto quanto emerso sia in fase di indagine, sia a livello di istruttoria dibattimentale. Si ricorda in ricorso che così ha sintetizzato la C.T. _____ in sede di esame dibattimentale in data 18.2.2016, p. 20 e ss. : "Le cause del decesso di _____ risiedono

in uno stato settico relativo all'evoluzione in negativo di una perforazione del diverticolo di Meckel, a cui si è associato un quadro di anemizzazione comportante (n.d.r.: importante), ed anche un quadro di shock emorragico, nelle ultime fasi del (n.d.r.: della) vicenda clinica". Ciò anche in relazione ad un "paziente compromesso dal punto di vista cardiologico, per una cardiopatia di tipo ischemico cronico".

La CT - prosegue il ricorso- ha fornito invero un'analisi tanto convincente, quanto equilibrata. Ha ritenuto che l'intervento chirurgico sia stato effettuato "in maniera assolutamente corretta". Tuttavia, ha posto l'accento, sia nella relazione scritta che in fase dibattimentale, sull'evidente ritardo temporale» con cui è stato effettuato l'intervento *de quo*: ritardo, secondo la C.T., di almeno dodici ore, considerando che la TAC viene disposta alle ore 9:30 (ma andava in realtà disposta prima, sin dal ricovero in chirurgia, ore 4 del mattino del 30 gennaio) e che l'intervento viene eseguito alle 22.00 circa, tale da aver "inevitabilmente compromesso le condizioni del paziente, con progressione della reazione peritoneale". Sostanzialmente, ad avviso della c'è stata una progressione continua della patologia, dall'ingresso in Pronto Soccorso, sino al momento in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico, il che ha compromesso il buon esito della pratica

Con un secondo motivo si deduce violazione di legge in relazione agli artt. 40 cpv., 41 e 589 c.p., anche alla luce della successione delle leggi penali in materia medico-chirurgica e, da ultimo, dell'art. 590 sexies cod.pen.

Secondo le ppcc ricorrenti vi sarebbero vari profili di violazione di legge atti ad inficiare la pronunzia oggetto di impugnazione, specificamente per quanto riguarda la valutazione delle condotte dei dottori quanto alla osservanza o meno delle *leges artis* e, conseguentemente, per quanto concerne il tema del nesso causale tra queste ed il decesso del sig.

Mancherebbe ogni riferimento alle linee guida ed al grado della colpa, appiattendosi i giudici di merito sulle valutazioni peritali che distinguono tra urgenza ed emergenza.

Una corretta applicazione delle regole concernenti l'individuazione della misura oggettiva della colpa avrebbe dovuto condurre a riconoscere - secondo le ppcc ricorrenti- che le condotte tenute dai Sanitari sono state inosservanti delle *leges artis*; conseguentemente, in tema di nesso causale, nel giudizio controfattuale si sarebbe dovuto assumere a riferimento il c.d. comportamento alternativo lecito che i sanitari stessi avrebbero dovuto tenere.

Secondo le pp.cc. ricorrenti, come emerso da plurimi elementi, purtroppo ignorati dai giudici di merito, tale comportamento alternativo si sarebbe dovuto sostanziare in una tempestiva diagnosi e in un immediato intervento chirurgico:



con alto grado di probabilità razionale, ciò avrebbe impedito la realizzazione dell'evento come verificatosi hic et nunc (viene richiamato altro precedente di questa Corte costituito da Sez. 4 n. 4058/2014).

Le pp.cc. ricorrenti chiedono, pertanto, l'annullamento della sentenza impugnata.

4. In data **15.1.2019** è stata depositata memoria ex art. 121 cod. proc. pen. a firma del difensore di fiducia di _____ il quale evidenzia che il proprio assistito, in precedenza impegnato in sala operatoria, ha appreso della presenza in reparto del _____ solo alle 18,30, un'ora e quindici minuti prima che prendessero servizio i chirurghi del turno serale, e ha avviato tempestivamente il percorso preoperatorio.

Chiede, pertanto, rigettarsi il ricorso delle parti civili.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I motivi sopra illustrati appaiono infondati e pertanto i ricorsi, proposti dalle parti civili, ai soli fini dell'affermazione della responsabilità civile degli imputati vanno rigettati.

2. Ed invero occorre partire da alcune considerazioni di fatto che emergono dalle sentenze di merito e sulle quali vi sono articolate e convincenti motivazioni, prive di aporie logiche.

La prima attiene alla **cronistoria dei fatti**, come ricostruita dopo un'ampia istruttoria dibattimentale che, come ricorda la Corte territoriale, si è svolta in primo grado attraverso l'esame di più di 20 testi fra congiunti del deceduto, medici e personale infermieristico, l'acquisizione della documentazione relativa al ricovero e all'intervento chirurgico (diario clinico), il riscontro autoptico costituito dalla diagnosi anatomopatologica effettuata dal dottor _____ in qualità di medico anatomopatologo in servizio presso il Dipartimento di Patologia Clinica dell'ospedale di _____ l'esame degli imputati (con esclusione del _____, l'esame dei consulenti delle parti (P.M., parte civile, responsabile civile, imputati) e la nomina da parte del tribunale di un collegio peritale formato da tre specialisti. Fatti che, peraltro, nel loro dipanarsi, non sono neanche contestati dagli imputati.

Il _____ dunque, giunse al Pronto Soccorso accompagnato dalla moglie poco prima della mezzanotte del 29 gennaio 2013, dopo che in casa si era sentito male accusando forti dolori addominali, tanto da svenire in camera da letto procurandosi un taglio alla fronte.

Al Pronto Soccorso gli venne assegnato un codice verde e solo alle ore 3.30 fu visitato da un medico, non compreso fra gli imputati, che secondo la deposizione della moglie del defunto avrebbe detto che il caso era stato "sottovalutato".

A seguito della consulenza chirurgica richiesta dal Pronto Soccorso ed effettuata dal [redacted] il paziente venne ricoverato in Chirurgia alle ore 4.24 e poche ore dopo fu detto alla moglie dai medici del reparto che il marito doveva essere operato.

Nel corso del *briefing* tenutosi in reparto la mattina del 30 gennaio erano presenti i medici [redacted]. Quest'ultima visitò il paziente, ne visionò la cartella clinica e richiese e una TAC addominale con urgenza, effettuata però poi solo nel pomeriggio, dovendo poi la stessa assentarsi dalle 14, in quanto impegnata in un convegno organizzato dalla Regione e che si teneva nell'ospedale stesso, dopo avere informato della situazione del paziente il [redacted], che doveva effettuare il giro di visite dei pazienti nel pomeriggio; al suo ritorno in reparto alle 18-18.30 la [redacted] trovò il collega [redacted] in atto di raccogliere dal paziente il consenso all'intervento.

Il [redacted], che prima era stato impegnato in sala operatoria fino verso le 17.40, informò della necessità di effettuare l'intervento il collega [redacted], che era in turno di reperibilità fino alle ore 20.00, e inoltre chiamò l'anestesista per gli adempimenti di sua competenza.

All'intervento procedettero, poi, i chirurghi [redacted], contattato telefonicamente da [redacted], e [redacted], il primo come medico di guardia della notte ed il secondo in turno di reperibilità notturna; l'intervento iniziato alle 22.30, terminò alle 00.20 ed il paziente fu tenuto per un po' in osservazione in sala operatoria e poi portato in reparto dove però cominciò a manifestarsi una forte criticità costituita soprattutto dal fatto che egli si lamentava moltissimo del dolore, nonostante il ricorso agli antidolorifici, e manifestava una sudorazione ed un pallore anomali.

Ad un certo punto, tuttavia, la situazione precipitò, in tempi molto brevi, ed intervenne un arresto cardiocircolatorio; i medici avevano chiesto più volte sacche di sangue e che fosse preparata nuovamente la sala operatoria; il [redacted], avendo il dubbio che il paziente potesse sanguinare nella cavità addominale dove era stato operato, intorno alle 3.30 aveva tolto alcuni punti di sutura e divaricato la fascia muscolare per accedere alla cavità peritoneale dalla quale peraltro non era uscito nulla, di talché aveva escluso che fosse in corso una emorragia massiva; poi si era dovuto far ricorso a pratiche rianimatorie. Ma tutto ciò si rivelò inutile, in quanto si registrò rapidamente il decesso, constatato alle 4.00.

La seconda considerazione, in fatto, ormai acquisita, è che **l'intervento chirurgico** cui venne sottoposto il [redacted] ad opera dei chirurghi [redacted] pure

originariamente coimputati, non si presta a censure. Così come il decorso postoperatorio. La tesi, espressa con nettezza in entrambe le sentenze di merito, appare convincente, evidentemente, oltre che per l'organo della pubblica accusa, che non aveva appellato già la sentenza di primo grado, anche per le parti civili che, in quest'ultimo grado di giudizio, a differenza che nel gravame del merito, hanno rinunciato alle pretese risarcitorie nei confronti di

che effettuarono sul paziente l'intervento sopra descritto fra le ore 22.20 del 30 gennaio e le ore 00.35 del 31 gennaio

3. L'odierno ricorso delle parti civili è volto a censurare la sentenza impugnata laddove nega che vi siano responsabilità -con effetti civili visto che sin dal gravame del merito la pubblica accusa non ha proposto impugnazione- anche dei restanti medici imputati, che hanno avuto in cura il dal momento in cui lo stesso si è presentato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di al momento in cui è stato effettivamente operato.

Agli stessi si rimprovera l'originaria sottovalutazione del caso, l'errore diagnostico, l'assenza di tempestive indagini volte ad appurare da cosa fosse affetto il ed il ritardato intervento chirurgico:

I profili di colpa rispettivamente addebitati ai medici sono sostanzialmente tutti di tipo omissivo nei seguenti termini:

- a , che ebbe ad effettuare una consulenza chirurgica alle ore 3.30 del 30 gennaio 2013 sul paziente giunto al Pronto Soccorso in preda a dolori addominali acuti, viene addebitato di avere omesso di prescrivere una TAC addominale urgente che in tesi d'accusa avrebbe individuato subito l'esistenza di una incipiente peritonite tale da imporre un immediato approccio chirurgico;

- a viene addebitato di avere omesso di valutare adeguatamente sia le segnalazioni anamnestiche che la consulenza chirurgica espletata come sopra che la sintomatologia costituita dai segni cistici che il paziente presentava al momento in cui essa lo visitò nel Reparto di Chirurgia ove lo stesso era stato ricoverato proveniente dal Pronto Soccorso, non diagnosticando l'incipiente peritonite e, pur avendo disposto alle ore 9.30 dello stesso giorno 30 gennaio che venisse effettuata una TAC addome urgente, omettendo poi per negligenza di sollecitarne l'esecuzione e di chiederne la relativa refertazione, che avrebbe potuto rendere possibile un adeguato e tempestivo intervento chirurgico;

- alla stessa viene addebitato di avere omesso per negligenza di valutare gli esiti della TAC, eseguita alle 16.00 del 30 gennaio e che evidenziava un quadro compatibile con perforazione di ansa del piccolo intestino, visitando il paziente soltanto alle 18.00 ed omettendo poi di effettuare il

necessario immediato intervento chirurgico o quantomeno di segnalare la necessità immediata di intervenire.

Come ricorda la Corte territoriale il giudice di primo grado è pervenuto all'assoluzione dell'imputato fondamentalmente accogliendo la ricostruzione prospettata dai periti d'ufficio i quali hanno individuato la causa della morte del in una acuta insufficienza cardiorespiratoria verificatasi in soggetto che aveva appena subito un intervento chirurgico per peritonite ma era anche portatore di grave coronarosclosi e di miocardiosclerosi, emerse solo in sede di esame autoptico al quale è stato presente anche il medico legale di fiducia dei familiari del defunto.

In definitiva il tribunale piacentino ha ritenuto, non portando nel processo scienza propria, ma aderendo alle conclusioni del nominato collegio peritale, che aveva tenuto conto anche del contraddittorio con i consulenti di parte, che, pur in presenza di una situazione settica dovuta all'infiammazione e alla rottura del diverticolo con conseguente propagarsi di materiale enterico nella cavità addominale, dopo l'intervento e fino alle ore le 2.30 la condizione del paziente era stata stabile, e nel corso dell'intervento stesso i parametri vitali si erano mantenuti stabili a un livello soddisfacente.

Per il tribunale il repentino crollo successivo dei medesimi sarebbe collegato alle particolari condizioni coronariche vascolari del paziente unitamente alla sede con conseguente stress provocato dall'intervento stesso, onde le pur sottolineate "indubbie criticità emerse nel corso del dibattimento con riguardo alla cura del paziente" non avevano inciso, in modo penalmente apprezzabile sulle condizioni del medesimo; il versamento emorragico rilevato nell'addome del paziente in sede di autopsia non è tale secondo i periti da potersi definire massivo come sostenuto invece dalla consulente delle parti civili, e la causa di esso sarebbe da ricondursi alle prolungate manovre rianimatorie eseguite nel tentativo di salvare la vita al

. Ma anche ove tale versamento fosse stato causato dalla lesione di un vaso di un tessuto avvenuta nel corso dell'intervento o successivamente, si sarebbe comunque in presenza di una deprecata complicità operatoria non ascrivibile a colpa degli operatori, come rilevato anche dallo stesso consulente di parte civile che ritiene la causa della morte sia dovuta a shock emorragico rispetto al quale la patologia cardiaca avrebbe avuto efficacia solo concausale.

4. Orbene in sede di gravame del merito le pp.cc. avevano proposto gli stessi temi che oggi ripropongono dinanzi a questa Corte, censurando le conclusioni del collegio peritale circa le cause della morte del , l'erronea esclusione di condotte colpose dei sanitari imputati, l'omissione di ogni valutazione circa le opposte conclusioni cui sono giunti gli stessi consulenti del P.M. con particolare riferimento alla ricostruzione effettuata dal C.T. del P.M. dott.

In appello le pp.cc. avevano sostenuto, come oggi, che il paziente avrebbe potuto e dovuto essere operato fin dalla notte del suo ingresso in Pronto Soccorso, a fronte dell'esistenza di una peritonite acuta, non abbastanza rapidamente diagnosticata, che ne metteva a rischio la vita, con buona pace della distinzione fra urgenza ed emergenza operata dai periti, che comunque avrebbero riconosciuto che un intervento precoce avrebbe aumentato le prospettive di un esito non letale della patologia da cui era affetto il

Il ritardo con cui il paziente fu operato viene definito nell'appello drammatico ma anche inspiegabile, eclatante e macroscopico nonostante l'avvicendamento al suo capezzale di diversi chirurghi, e dalla semplice lettura del diario relativo all'intervento chirurgico già si desumerebbe che nel frattempo il quadro clinico del paziente era evoluto in maniera disastrosa, così che non avere colpevolmente fronteggiato in maniera adeguata e tempestiva la peritonite in atto sarebbe comunque da ritenersi concausa della morte; gli stessi periti pur attribuendo la causa della morte del paziente al suo grave quadro di ostruzione coronarica esplicitano anche la concomitanza con cause multifattoriali quali la peritonite e il conseguente indispensabile intervento chirurgico recente.

5. La Corte territoriale ha già argomentatamente confutato tutte queste doglianze, con una motivazione priva di aporie logiche e corretta in punto di diritto con la quale, in concreto, le pp.cc. ricorrenti non si confrontano.

La Corte bolognese non ha ritenuto di rinvenire nel complesso compendio probatorio, comprensivo anche dei contributi forniti dalle parti civili tramite una propria consulenza, elementi idonei a dotare una eventuale pronuncia affermativa della penale responsabilità degli imputati di una forza persuasiva della motivazione superiore a quella della sentenza impugnata, e soprattutto tale da far cadere "ogni ragionevole dubbio".

Sul punto, peraltro, ritiene il Collegio che vadano spese alcune considerazioni.

Al di là del fatto che la Corte territoriale appare aver fatto buon governo dei principi sanciti da questa Corte in tema di valutazione della prova scientifica -su cui ci si soffermerà di qui a poco- i giudici del gravame del merito si sono posti giustamente il problema che, per ribaltare una pronuncia assolutoria in primo grado occorre che le evidenze probatorie che le consentissero di offrire la c.d. **motivazione rafforzata.**

Costituisce, infatti, *ius receptum* della giurisprudenza di questa Corte di legittimità che non sarebbe stata sufficiente cioè una diversa valutazione caratterizzata da pari o addirittura minore plausibilità rispetto a quella operata dal primo giudice, ma occorre che la sentenza di appello avesse una forza persuasiva superiore,

tale da far cadere ogni ragionevole dubbio, in qualche modo intrinseco alla stessa situazione di contrasto.

Com'è stato analiticamente ribadito in un recente, condivisibile, arresto di questa Corte (sez. 2, n. 677 del 10.10.2014 dep. il 12.1.2015, Di Vincenzo, rv. 261556) la radicale riforma, in appello, di una sentenza di assoluzione non può essere basata su valutazioni semplicemente diverse dello stesso compendio probatorio, qualificate da pari o persino minore razionalità e plausibilità rispetto a quelle sviluppate dalla sentenza di primo grado, ma debba fondarsi su elementi dotati di effettiva e scardinante efficacia persuasiva, in grado di vanificare ogni ragionevole dubbio immanente nella delineatasi situazione conflitto valutativo delle prove.

E' stato condivisibilmente affermato, sul punto che: "...la decisione del giudice di appello, che comporti la totale riforma della sentenza di primo grado, impone la dimostrazione dell'incompletezza o della non correttezza ovvero dell'incoerenza delle relative argomentazioni con rigorosa e penetrante analisi critica seguita da corretta, completa, convincente motivazione che, sovrapponendosi a tutto campo a quella del primo giudice, senza lasciare spazio alcuno, dia ragione delle scelte operate e del privilegio accordato ad elementi di prova diversi o diversamente valutati... Il giudice di appello che riformi totalmente la decisione di primo grado ha dunque l'obbligo di delineare le linee portanti del proprio, alternativo, -ragionamento probatorio e di confutare specificamente i più rilevanti argomenti della motivazione della prima sentenza, dando conto delle ragioni della relativa incompletezza o incoerenza, tali da giustificare la riforma del provvedimento impugnato e la insostenibilità sul piano logico e giuridico degli argomenti più rilevanti ivi contenuti" (Sez. 3, n. 19322 del 20/01/2015, Ruggeri, Rv. 263513, in motivazione).

Va ricordato, infatti, che il giudizio di condanna presuppone la certezza processuale della colpevolezza, mentre all'assoluzione deve pervenirsi in tutti quei casi in cui vi sia la semplice "non certezza" - e, dunque, anche il "ragionevole dubbio" sulla colpevolezza (così Sez. 6, n. 20656 del 22/11/2011, dep. il 2012, De Gennaro ed altro, Rv. 252627).

Nello specifico, il principio in ragione del quale la sentenza di condanna deve essere pronunciata soltanto "se l'imputato risulta colpevole del reato contestatogli al di là di ogni ragionevole dubbio", formalmente introdotto nell'art. 533 cod. proc. pen., comma 1, dalla L. n. 46 del 2006, "presuppone comunque che, in mancanza di elementi sopravvenuti, l'eventuale rivisitazione in senso peggiorativo compiuta in appello sullo stesso materiale probatorio già acquisito in primo grado e ivi ritenuto idoneo a giustificare una pronuncia di colpevolezza, sia sorretta da argomenti dirimenti e tali da evidenziare oggettive carenze o insufficienze della decisione assolutoria, che deve, quindi, rivelarsi, a fronte di quella riformatrice, non

più sostenibile, neppure nel senso di lasciare in piedi residui ragionevoli dubbi sull'affermazione di colpevolezza" (Sez. 6, n. 40159 del 3/11/2011, Galante, Rv. 251066, e n. 4996 del 26/10/2011, dep. il 2012, Abbate ed altro, Rv 251782).

Correttamente in punto di diritto la Corte territoriale, richiamando conferentemente il *dictum* di Sez. 5 n. 12783/2017, ricorda che il giudice d'appello non ha l'obbligo di fornire una motivazione rafforzata" solo nel caso in cui il provvedimento assolutorio abbia un contenuto motivazionale generico e, meramente assertivo, posto che in tale ipotesi non vi è neppure la concreta possibilità di confutare argomenti e considerazioni alternative del primo giudice. E rileva non essere questo il caso che si presentava alla sua attenzione nel processo che ci occupa, avendo il tribunale piacentino motivato la pronuncia assolutoria, impugnata dalle parti civili, con il richiamo esplicito e l'accoglimento della ricostruzione prospettata dal collegio peritale nominato nel corso del dibattimento, previamente illustrata e riassunta, avendola valutata condivisibile.

Corretto appare l'aver ribadito che anche in relazione al caso in esame la sentenza di appello di riforma totale del giudizio assolutorio di primo grado avrebbe dovuto confutare specificamente, pena altrimenti il vizio di motivazione, le ragioni poste dal primo giudice a sostegno della decisione assolutoria, dimostrando puntualmente e specificamente con rigorosa e penetrante analisi critica l'insostenibilità sul piano logico e giuridico degli argomenti più rilevanti della sentenza di primo grado, anche avuto riguardo ai contributi eventualmente offerti dalla difesa nel giudizio di appello, e deve quindi corredarsi di una motivazione che, sovrapponendosi pienamente a quella della decisione riformata, dia ragione delle scelte operate e della maggiore considerazione accordata ad elementi di prova diversi o diversamente valutati (così le richiamate Sez. 6, n. 6221/2005 e Sez. 5, n. 35762/2008).

6. Come si è fin qui visto, le pp.cc. avevano proposto appello contro tutti i medici, anche quelli che avevano effettuato l'intervento chirurgico, sia in relazione allo stesso che al decorso postoperatorio. Poi in questo grado di giudizio hanno "corretto il tiro" ricorrendo solo contro i medici che hanno assistito il dal suo ingresso in ospedale all'intervento. Lamentano errore diagnostico, scarso e/o ritardato approfondimento diagnostico e soprattutto la tardività dell'intervento chirurgico. E si è anche già detto che già il giudice di primo grado, con motivazione priva di aporie logiche, aveva dato atto, dopo avere disposto una perizia collegiale, ed aderendo alle conclusioni dei suoi periti, che: 1. la morte del era stata improvvisa ed era stata determinata da una grave coronaropatia da cui lo stesso -come si era poi accertato in sede di autopsia- era inconsapevolmente affetto. Una

coronaropatia che gli determinava un restringimento del 90% del transito sanguigno in arteria. 2. Il [redacted] la cui operazione aveva carattere di urgenza e non di emergenza, era stato ben operato e dopo l'intervento stava bene, non potendosi in alcun modo ritenere che, pur operato qualche ora prima, il suo decorso sarebbe stato diverso. 3. Il sangue che gli è stato ritrovato nel peritoneo non è detto che non sia fuoriuscito allorquando lo si è tentato di rianimare, tenuto conto che c'era una ferita operatoria aperta.

Già all'esito del processo di primo grado si era dunque evidenziato -e ciò evidentemente aveva indotto a non proporre impugnazione l'organo della Pubblica Accusa- che veniva a cadere il punto fondante dell'imputazione e cioè che il decesso del [redacted] si fosse verificato "a causa di uno shock "complesso", ovvero sia di uno shock settico, secondario alla peritonite da perforazione di un diverticolo di Mechel, sia di uno shock emorragico sviluppatosi nel post-operatorio".

I periti nominati in primo grado avevano sottolineato, infatti, la decisività ai fini del decesso della componente cardiaca, sottolineando come il [redacted] fosse affetto da una coronarosclosi grave con subostruzione superiore al 90% del ramo discendente anteriore, che ha avuto un ruolo decisivo nel suo decesso, improvviso rispetto ad un decorso ante e postoperatorio che era stato normale per quel tipo di intervento. E avevano posto in rilievo, quanto al versamento emorragico in addome, che lo stesso, pur essendo evidente, non poteva essere definito massivo e che la causa di esso, in assenza di rilievi circa la sua provenienza da una fonte precisa, non individuata in sede di riscontro diagnostico, ben poteva essere ricondotta alle prolungate manovre rianimatorie eseguite su

In proposito era stato anche rilevato come, in ogni caso, anche qualora essa fosse stata causata dalla lesione di un vaso o di un tessuto non rilevata in sede di riscontro diagnostico a causa della non vitalità della parte interessata, si sarebbe in presenza di una deprecata complicanza operatoria che non potrebbe essere ascritta a colpa degli operatori, come rilevato anche dallo stesso consulente della parte civile.

Viene in rilievo, come in tanti casi analoghi, il corretto **rapporto tra il sapere scientifico che viene introdotto nel processo e la sua valutazione da parte del giudice.**

Le pp.cc. ricorrenti contestano le conclusioni del collegio peritale del tribunale e ripropongono le tesi dei consulenti tecnici del PM, trascurando, peraltro, che la perizia, peraltro nel caso che ci occupa collegiale, è stata svolta nel contraddittorio dei consulenti del PM, di quelli delle parti civili e degli imputati.

In altri termini, mentre i consulenti avevano operato delle valutazioni senza confrontarsi con altri, i periti si sono confrontati anche con le altre tesi portate nel processo dai loro colleghi.

Orbene, l'unico onere che incombeva sui giudici di merito era quello di confrontarsi anch'essi motivatamente con tali soluzioni. E questa Corte di legittimità, dal suo canto, non può andare oltre quello che è un controllo di congruità e logicità di tali motivazioni.

La sentenza Sez. 4, n. 43786 del 17/9/2010, Cozzini, Rv. 248944 ha chiarito un punto fondamentale nei rapporti tra sapere scientifico e sapere giuridico, che va qui ribadito, nel senso che il "sapere scientifico è indispensabile strumento al servizio del giudice di merito", in special modo per tutte le volte "in cui l'indagine sulla relazione eziologica si colloca su un terreno non proprio nuovo, ma caratterizzato da lati oscuri, da molti studi contraddittori e da vasto dibattito internazionale" (così questa Sez. 4, n. 43786/2010, Cozzini, par. 14). In questi casi, continua la medesima sentenza: "...le indicate modalità di acquisizione ed elaborazione del sapere scientifico all'interno del processo rendono chiaro che esso è uno strumento al servizio dell'accertamento del fatto e, in una peculiare guisa, parte dell'indagine che conduce all'enunciato fattuale. Ne consegue con logica evidenza che la Corte di legittimità non è per nulla detentrica di proprie certezze in ordine all'affidabilità della scienza, sicché non può essere chiamata a decidere, neppure a Sezioni Unite, se una legge scientifica di cui si postula l'utilizzabilità nell'inferenza probatoria sia o meno fondata. Tale valutazione, giova ripeterlo, attiene al fatto [. . .]. Al contrario, il controllo che la Corte Suprema è chiamata ad esercitare attiene alla razionalità delle valutazioni che a tale riguardo il giudice di merito esprime. Del resto questa Corte Suprema ha già avuto modo di enunciare che il giudice di legittimità non è giudice del sapere scientifico, e non detiene proprie conoscenze privilegiate. Esso è chiamato a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico- scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine all'affidabilità delle informazioni che utilizza ai fini della spiegazione del fatto (Sez.4, n. 42128/2008)" (ivi, par. 14).

La stessa sentenza *Cozzini* specifica ulteriormente quale sia il compito del giudice di legittimità rispetto al giudice di merito: "Questa Corte di legittimità, d'altra parte, come pure si è tentato di chiarire, è chiamata ad esprimere solo un giudizio di razionalità, di logicità dell'argomentazione esplicativa. È dunque errato affermare che essa abbia ritenuto o escluso l'esistenza di tale fenomeno. In realtà la Corte ha solo riconosciuto l'assenza di vizi logici del ragionamento causale articolato sulla base della legge scientifica (ritenuta fondata dai giudici di merito) afferente a/l'abbreviazione della latenza nel caso di esposizione protratta" (ivi, par. 15). E anche successivamente alla sentenza *Cozzini* questa Corte di legittimità ha ribadito (Sez. 4, n. 24573 del 13/5/2011, PC nel proc. a carico di Di Palma ed altri, non mass.; vedasi anche Sez. 4, n. 16237/2013) che essa non è giudice del sapere

scientifico, giacché non detiene proprie conoscenze privilegiate, ma è chiamata a valutare la correttezza metodologica dell'approccio del giudice di merito al sapere tecnico-scientifico, che riguarda la preliminare, indispensabile verifica critica in ordine alla affidabilità delle informazioni che vengono utilizzate ai fini della spiegazione del fatto.

Questa Corte di Cassazione, rispetto a tale apprezzamento, quindi, non deve stabilire se la tesi accolta sia esatta, ma solo se la spiegazione fornita sia stata razionale e logica.

Ciò significa che, in questa sede, non si può valutare la maggiore o minore attendibilità degli apporti scientifici esaminati dal giudice di merito, in quanto quest'ultimo, in virtù del principio del suo libero convincimento e dell'insussistenza di una prova legale o di una graduazione delle prove, ha la possibilità di scegliere, fra le varie tesi prospettategli dai differenti periti di ufficio e consulenti di parte, quella che ritiene condivisibile, purché dia conto, con motivazione accurata ed approfondita delle ragioni del suo dissenso o della scelta operata e dimostri di essersi soffermato sulle tesi che ha ritenuto di disattendere e confuti in modo specifico le deduzioni contrarie delle parti.

Ove una simile valutazione sia stata effettuata in maniera congrua in sede di merito, come avvenuto nel caso che ci occupa, è perciò inibito a questo giudice di legittimità di procedere ad una differente valutazione, poiché si è in presenza di un accertamento in fatto come tale insindacabile in questa sede se non entro i limiti del vizio motivazionale.

Nello specifico della responsabilità per colpa medica, si è anche condivisibilmente affermato (Sez. 5, n. 9831 del 15/12/2015 dep. il 2016, Minichini ed altri, Rv. 267567) che qualora sussistano, in relazione a pluralità di indagini svolte da periti e consulenti, tesi contrapposte sulla causalità materiale dell'evento, il giudice, previa valutazione dell'affidabilità metodologica e dell'integrità delle intenzioni degli esperti, che dovranno delineare gli scenari degli studi e fornire adeguati elementi di giudizio, deve accertare, all'esito di una esaustiva indagine delle singole ipotesi formulate dagli esperti, la sussistenza di una soluzione sufficientemente affidabile, costituita da una metateoria frutto di una ponderata valutazione delle differenti rappresentazioni scientifiche del problema, in grado di fornire concrete, significative ed attendibili informazioni idonee a sorreggere l'argomentazione probatoria inerente allo specifico caso esaminato. Altrimenti potendo concludere per l'impossibilità di addivenire ad una conclusione in termini di certezza processuale.

7. Orbene, il percorso motivazionale dei giudici del merito appare conforme ai sopra ricordati principi.

Viene rilevato che il collegio peritale, che ha preso visione delle immagini fotografiche eseguite dall'anatomopatologo, ha inequivocabilmente affermato che il paziente, come già rilevato dal dott. _____ in sede di indagine autoptica, era affetto da "coronarosclerosi grave con subostruzione superiore al 90% del ramo discendente anteriore, in associazione ad ampio focolaio di miocardiosclerosi transmurale e lieve ipertrofia ventricolare sinistra", era cioè un cardiopatico grave, situazione che di per sé espone a elevato rischio in caso di sottoposizione ad intervento chirurgico, onde i periti nella loro relazione hanno identificato la causa di morte del _____ in un'acuta insufficienza cardiorespiratoria dovuta ad una grave e misconosciuta coronaropatia, ribadendo in dibattimento il loro convincimento che quell' evolversi molto rapido del peggioramento delle condizioni del paziente è imputabile "nell'altissima percentuale" al fatto che si trattava di un paziente gravemente coronarico che ha subito di necessità un intervento chirurgico, di per sé di medio-bassa chirurgia,, e che il comportamento dei medici è stato corretto.

La peritonite acuta da cui il paziente era affetto richiedeva in effetti indispensabilmente l'intervento chirurgico, come le stesse parti civili non negano affermando anzi che egli avrebbe dovuto essere operato fin dalla notte del suo ingresso in Pronto Soccorso, e quanto alla possibilità che un intervento effettuato più celermente avrebbe aumentato le prospettive di un esito non letale, secondo la logica conclusione dei giudici del merito, adesiva a quanto riferito dal collegio peritale, si tratta appunto di una ipotesi avente ad oggetto una possibilità la cui esistenza non può assolutamente affermarsi, tanto meno al di là di ogni ragionevole dubbio, in considerazione della gravissima patologia cardiaca di cui il paziente era portatore.

La motivazione della sentenza impugnata, a differenza di quanto sostengono le ricorrenti pp.cc., non aderisce acriticamente alle conclusioni dei periti, ma dà conto argomentatamente di tutto il sapere scientifico introdotto nel processo, attraverso i consulenti tecnici del Pm e delle parti civili stesse.

I giudici del gravame del merito ricordano che i periti, sentiti nel corso del dibattimento di primo grado, hanno escluso che un eventuale anticipo dell'intervento avrebbe significativamente ridotto il rischio per il paziente, ribadendo che l'intervento è stato eseguito in tempi accettabili dato che l'iter si è svolto tutto in una giornata e quindi non vi è stata un'attesa fuori dai limiti accettabili, e che anche qualora si voglia parlare di ritardo questo non ha favorito lo sviluppo dello stato settico.

Gli stessi periti, in particolare, come ricorda la Corte territoriale, hanno ritenuto che le condizioni generali del paziente nella nottata e nella mattinata del 30 gennaio 2013 non abbiano mai presentato le caratteristiche della cosiddetta "emergenza", onde non hanno ritenuto che la TAC sia giunta con un ritardo tale da essere significativo nell'andamento sfavorevole del caso clinico, anche perché

il tasso di tempo intercorso fra la avvenuta diagnosi a mezzo TAC e l'intervento chirurgico non è stato tale da poter aver agito causalmente e/o concausalmente nel determinismo del decesso.

Ancora, il collegio peritale ha poi affermato che l'intervento (come del resto riconosciuto anche dalla difesa della parte civile) fu eseguito del tutto correttamente ed anzi "con molta cura" ed hanno altresì escluso, sempre sulla base delle immagini fotografiche eseguite dall'anatomopatologo, la presenza di lesioni che possano far ipotizzare una lesione iatrogena eventualmente verificatasi durante l'esecuzione dell'intervento chirurgico e misconosciuta da parte degli operatori, e ciò in contrasto con quanto ipotizzata dal CT della parte civile secondo cui la causa della morte fu dovuta a shock emorragico dovuto all'emorragia determinatasi forse dalla lesione di un vaso avvenuta nel corso dell'intervento (ma lo stesso CT ha precisato che la complicità poteva essersi determinata anche successivamente per il distacco di un coagulo e non necessariamente per colpa dell'operatore).

Quanto alla riconducibilità del decesso a uno stato settico, conseguente alle evoluzioni in negativo della perforazione del diverticolo di Meckel, ipotizzata anche dai consulenti tecnici del P.M., come si legge nella sentenza impugnata, i periti hanno precisato che durante tutto il tempo operatorio e nell'immediato postoperatorio non si sono mai presentati segni di shock settico, come evidenziato dai parametri vitali intraoperatori osservati durante l'intervento stesso e di poi analizzati dal collegio peritale; non vi sono quindi elementi sufficienti per ritenere che lo stato settico implicito nella infezione peritoneale che aveva, colpito il paziente, in quanto patologia infiammatoria, sia evoluta in un vero e proprio shock settico (o setticemico) che è un insieme di sepsi tal; dà poter comportare uno stato di insufficienza multiorgano coinvolgente polmoni, rene e fegato e l'abbassamento eccessivo della pressione arteriosa, potenzialmente letali.

Anche quanto alla fase post operatoria i periti non hanno rilevato alcuna forma di incuria ma al contrario hanno sottolineato la prudenza con cui il paziente è stato seguito, il fatto che l'anestesista avesse chiesto sangue per un eventuale trasfusione è stata interpretata da parte dei periti come una forma di cautela ed autotutela da parte dell'anestesista, perché non è detto che il sangue si possa avere in due minuti quando se ne fa richiesta, e il fatto che il paziente fosse stato lavato tantissimo nella cavità addominale al termine dell'intervento poteva avere comportato una emodiluizione, di per sé non necessariamente anemizante e richiedente una trasfusione (essendo stato rilevato il valore dell'emocromo pari a 8.9), ma che avrebbe potuto anche richiederla ove tale parametro tenuto sotto controllo fosse divenuto critico.

Quanto al fatto che il paziente lamentasse dolore addominale e fosse molto pallido dopo l'intervento, i periti si sono stupiti dell'importanza attribuita a tali

sintomi, da ritenersi normali dopo una operazione chirurgica, ed hanno altresì precisato che il dolore non è legato in nessun modo all'emiperitoneo.

Particolarmente significativo ad avviso della Corte territoriale, perché impedisce di individuare elementi idonei a giustificare il rovesciamento del verdetto assolutorio di primo grado secondo i canoni giurisprudenziali dianzi citati, è il fatto che in dibattimento attraverso l'esame dei periti, e su domanda della stessa difesa di parte civile, è emerso che in un momento di poco antecedente rispetto al decesso del paziente fu effettuato sul medesimo un elettrocardiogramma, e che i parametri cardiaci emersi da tale esame non deponevano per una patologia cardiaca in atto, ciò che evidenzia ulteriormente l'assoluta repentinità dell'evoluzione drammatica del quadro clinico del paziente, aggravatasi del tutto improvvisamente tanto che dal momento in cui egli cominciò a manifestare sintomi allarmanti a quando fu chiaro ai medici che non potevano fare più nulla per salvarlo passò pochissimo tempo.

La logica conclusione della Corte territoriale è che non vi fosse alcuna possibilità di una interpretazione alternativa del compendio probatorio in grado di giustificare la pronuncia di una sentenza affermativa di responsabilità degli imputati dotata di una forza persuasiva superiore a quella espressa dalla motivazione della pronuncia assolutoria, e tale da portare al superamento di "ogni ragionevole dubbio".

8. Al rigetto del ricorso consegue, *ex lege*, la condanna delle parti civili ricorrenti al pagamento delle spese processuali, nonché alla rifusione delle spese sostenute dal responsabile civile Azienda USL di _____ in questo giudizio di legittimità che liquida come da dispositivo.

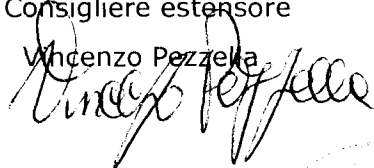
P.Q.M.

Rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali, nonché alla rifusione delle spese sostenute dal responsabile civile Azienda USL di _____ in questo giudizio di legittimità che liquida in euro 2500,00 oltre accessori come per legge.

Così deciso in Roma il 30 gennaio 2019

Il Consigliere estensore

Vincenzo Pezzella



Il Presidente

Patrizia Piccali

