



**R E P U B B L I C A   I T A L I A N A**  
**I N N O M E   D E L   P O P O L O   I T A L I A N O**

**IL TRIBUNALE DI PISA – Sezione Penale –**

In Composizione monocratica

Nella persona di: **Dr. Donato D'AURIA**

Alla pubblica udienza **del 27.5.2011**

Ha pronunciato la seguente

**S E N T E N Z A**

nei confronti di:

**B.P.** [*omissis*]

**Parti civili:**

[*omissis*]

**IMPUTATO**

Del reato p. e p. dall'art. 589 c.p. perché, quale primo operatore, effettuando in data 13.7.2005, presso [*omissis*], un intervento di “tiroidectomia totale” sulla paziente F.A., per colpa consistita in negligenza, imprudenza e imperizia e mancato rispetto delle regole dell'arte medica, in particolare:

-provocando alla paziente nel corso dell'intervento una lesione di continuo della parete tracheale;

-non eseguendo la sutura della predetta lesione in modo adeguato;

-non monitorando adeguatamente la paziente nel decorso post-operatorio, in particolare non somministrando tempestivamente alla paziente adeguata terapia antibiotica, indispensabile in caso di lesione tracheale (ritardo nella somministrazione di terapia antibiotica che ha comportato imponente necrosi suppurativa dell'area chirurgica e sindrome febbrile)

-non informando la paziente che il rifiuto di assumere terapia antibiotica avrebbe comportato il rischio di morte e dunque omettendo un valido consenso informato; cagionava, quale causa o concausa di tali condotte, la morte di F.A. che si verificava in data 20.7.2005 a causa di un imponente emorragia dell'albero respiratorio determinata dalla necrosi suppurativa dell'area chirurgica.

In Pisa nelle date sopra indicate.

Con l'intervento del P.M. Dr. Aldo Mantovani.

Dei difensori di fiducia dell'imputato, Avv. Annarosa Francini e Avv. Patrizio Pugliese, del Foro di Pisa.

Del difensore di parte civile [omissis], Avv. Antonio Corraini, del Foro di Rovigo.

Del difensore di parte civile [omissis], Avv. Antonio Corraini, in sostituzione dell'Avv. Michele Pizzo del foro di Rovigo.

### **LE PARTI HANNO CONCLUSO COME SEGUE:**

[omissis]

### **Fatto e diritto**

Con decreto del 28/4/09 B.P. veniva citato a giudizio innanzi a questo Giudice monocratico per rispondere del reato di cui in epigrafe.

All'udienza del 12/3/10 aveva inizio la celebrazione dell'istruttoria dibattimentale con l'escussione dei testi [omissis] e con l'acquisizione della documentazione prodotta dalle parti; all'udienza del 25/5/10 si procedeva all'esame del teste [omissis]; all'udienza del 28/9/10 veniva escusso il teste [omissis]; all'udienza del 9/11/10 si procedeva all'escussione del consulente tecnico del P. M. A.A., della Parte civile R.R. e C.A. e della Difesa M.P., oltre alla acquisizione di ulteriore documentazione; all'udienza del 3/12/10 veniva conferito incarico peritale; all'udienza del 5/4/11 venivano escussi i periti B.G., G.G. e F.G. e dichiarata chiusa l'istruttoria dibattimentale; all'odierna udienza, all'esito della discussione, sono state rassegnate le conclusioni di cui al verbale.

Ritiene il Tribunale che gli esiti della espletata istruttoria cristallizzino in maniera evidente la penale responsabilità dell'imputato in ordine all'omicidio colposo in danno di F.A., per i motivi di seguito analiticamente illustrati.

La vicenda per cui si procede può essere sintetizzata nella sua materialità storica nei termini che seguono: in data 12/7/05 F.A., affetta da gozzo multinodulare tossico, veniva ricoverata nel Dipartimento di Chirurgia, reparto di Day Surgery, dell'Ospedale [omissis] e sottoposta in data 13/7/05 ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale da parte del prof. P.B.; nel corso dell'operazione si verificava una lesione di continuo della parete tracheale, che

veniva suturata con materiale non riassorbibile; tale sopravvenienza consigliava il ricovero della paziente presso [omissis] diretta dal prof. P.M.. Alla paziente, che aveva riferito allergia allo *Zimox*, per i motivi che saranno più dettagliatamente esplicitati oltre, non veniva somministrato alcun antibiotico fino al 17/7/05. Nelle prime ore del 20/7/05 la F.A. decedeva in seguito ad una imponente emorragia dell'albero respiratorio.

Questa in estrema sintesi la scansione temporale degli accadimenti.

La complessità dell'argomento, che presuppone specifiche conoscenze tecniche, ha reso necessario l'espletamento di perizia medico-legale, al fine di accertare innanzitutto la sussistenza del nesso causale tra la condotta del B.P. ed il decesso della paziente e, in caso positivo, di verificare se vi sia stata o meno la violazione da parte del B.P. di regole cautelari poste per prevenire quel determinato evento o, meglio, quella determinata concatenazione causale che ha portato al verificarsi dell'evento.

Ebbene, i periti - all'esito di un'articolata indagine tecnica, effettuata in contraddittorio con i consulenti delle parti del presente procedimento - hanno concluso per l'esistenza del nesso di causalità tra la condotta dell'odierno imputato e l'evento morte ed hanno riscontrato la violazione di regole cautelari, che - se seguite - avrebbero con elevatissima probabilità scongiurato il decesso della F.A..

Il primo profilo che viene dunque in evidenza in punto di diritto è quello relativo all'accertamento del nesso causale, atteso che la violazione della regola cautelare non può far presumere l'esistenza del rapporto di causalità, che deve sempre essere rigorosamente accertato (il profilo della colpa, invero, può venire in rilievo solo dopo l'accertamento del nesso materiale tra condotta ed evento, essendo qualcosa di ulteriore rispetto al nesso causale, nel senso che vi si giunge solo dopo aver verificato che l'evento è conseguenza della condotta posta in essere dall'agente) e che si deve escludere quando sia dimostrato che l'evento si sarebbe ugualmente verificato anche se la regola cautelare non fosse stata

disattesa.

Ebbene, secondo i periti - le cui conclusioni questo Giudice condivide in pieno, in quanto fondate su un ineccepibile ragionamento scientifico, che peraltro da conto dei motivi che impongono di disattendere le conclusioni del consulente tecnico di parte dell'imputato, di quello del P. M. e per certi versi di quelli della Parte Civile - la lesione della trachea della F.A., cagionata dal B.P. nel corso dell'intervento di tiroidectomia (atto chirurgico che ritengono sia stato effettuato in modo corretto, costituendo la lesione della trachea una evenienza che può verificarsi in quel tipo di intervento), si pone come *l'evento patogenetico determinante una grave forma di infezione del sito chirurgico localizzata al collo la cui conseguente suppurazione ha determinato con criterio di elevata probabilità un cedimento delle arterie tiroidee che attraverso la soluzione di continuo della parete laterale destra della trachea ha prodotto una massiva e veloce inondazione emorragica dell'albero respiratorio e successivamente del canale digerente* (cfr. relazione peritale, fol. 70) e che la successiva condotta omissiva del B.P., consistita nel non somministrare immediatamente terapia antibiotica, già nel momento della contaminazione del campo operatorio, si ponga in relazione causale diretta con il decesso della paziente in seguito alla grave infezione sviluppatasi (l'antibiotico, come è noto, serve proprio a prevenire e/o a combattere l'insorgenza di processi infettivi). Ma vi è di più, in quanto, a giudizio del Tribunale, anche l'altro comportamento omissivo rilevato dai periti, come si vedrà più specificamente di qui a breve, vale a dire l'omessa acquisizione del consenso della paziente al trattamento antibiotico alternativo prima dell'operazione chirurgica - che di fatto impedì la immediata somministrazione dell'antibiotico da parte del B.P. (una volta cagionata la lesione della trachea), ma anche dei sanitari che gestirono la fase postoperatoria, per le ragioni che saranno più dettagliatamente illustrate oltre - si pone, quale antecedente logico, in rapporto di causalità diretta con il decesso.

A questo punto, rinviando oltre per la trattazione di ulteriori aspetti

inferenti la causalità, occorre procedere all'esame del profilo relativo all'accertamento della violazione della regola cautelare, tema questo propedeutico a quello della causalità della colpa - che presuppone la preventiva verifica se colpa vi sia stata nella condotta dell'imputato che ha trattato la paziente deceduta - ed alla distinzione tra gravità della colpa ed entità dell'apporto causale.

Affermano i periti che la condotta del B.P. è censurabile innanzitutto perché *sotto il profilo strettamente tecnico non si evince che fosse stato pianificato, trattandosi peraltro di intervento di elezione, alcuna terapia antibiotica alternativa (vista la riferita allergia allo Zimox), ritenendo l'intervento chirurgico, sicuramente di tipo pulito, quale quello di tiroidectomia non complicata, ma che, comunque per complicanze possibili, come poi effettivamente accaduto, si è trasformato da chirurgia pulita a chirurgia pulita-contaminata.*

*Ciò, avrebbe imposto quindi, all'istaurarsi della complicanza, la pronta somministrazione di una terapia antibiotica e non certo profilassi routinaria. Pertanto censurabile appare il comportamento dei sanitari per quanto attiene questo aspetto preoperatorio, in particolare per l'operatore e l'anestesista (cfr. relazione peritale, fol. 59), specie se si considera che la F.A. era stata fumatrice.*

I periti continuano nel loro ragionamento, affermando che ciò che rappresenta *"il primum movens"* delle problematiche che poi hanno condotto al decesso la paziente è la circostanza che al momento della produzione della lacerazione tracheale il tipo di intervento non avesse più le caratteristiche proprie della chirurgia pulita, assumendo da quel momento i connotati di una chirurgia pulita-contaminata.

*È da allora che necessitava la terapia antibiotica. Sarebbe stato compito del chirurgo e dell'anestesista procedente iniziare in tale momento una terapia antibiotica di associazione con Clindamicina, Vancomicina o Teicoplanina (efficaci sui Gram positivi) e/o di Aztreonam o aminoglicosidi (efficaci sui Gram*

*negativi) - raccomandati dalle più autorevoli linee guida dell'epoca (SSI Atlanta) per procedure chirurgiche cardiache, toraciche e vascolari nei soggetti con allergia documentata o riferita alle beta-lattamine quale l'amoxicillina.*

*La dichiarata allergia allo Zimox (o alla penicillina ed alle cefalosporine in genere) avrebbe dovuto, quindi, indirizzare la scelta dell'antibiotico obbligatoriamente verso tali farmaci, riconosciuti universalmente non responsabili di fenomeni allergici nei pazienti con allergie agli antibiotici beta-lattamici.*

*Pertanto è da ritenersi censurabile la condotta dei procedenti l'intervento (chirurgo e anestesista) per averne omissso l'effettuazione, al momento della verificatasi complicanza. La somministrazione di antibiotici dal momento della contaminazione del campo operatorio non era più presidio in regime di profilassi, ma precisa e doverosa terapia.*

*Ecco quindi l'importanza della valutazione preoperatoria, circa l'obbligo di prevedere nell'ipotesi di qualsivoglia necessità quale terapia antibiotica doveva essere messa in atto e non "fidarsi" che nulla poteva avvenire e quindi omettere la prudenza necessaria. Non avendo nell'emergenza i sanitari le scelte idonee già pianificate, ha portato gli stessi a rimandare ad altri la scelta dell'antibiotico-terapia, ovvero al reparto di trasferimento dove avrebbe proseguito l'iter postoperatorio (cfr. relazione peritale, foll. 61, 62).*

In conclusione, la violazione delle regole cautelari dell'arte medica ascritte al B.P. (ed all'anestesista che ha operato insieme a lui, per il quale si impone la trasmissione degli atti indicati in dispositivo al Procuratore della Repubblica in sede per le determinazioni di competenza) possono riassumersi 1) nel non aver approfondito prima dell'intervento chirurgico, all'atto dell'acquisizione del consenso informato, le problematiche allergologiche riferite dalla paziente, 2) nel non aver acquisito preliminarmente il consenso ad una eventuale terapia antibiotica alternativa, 3) nel non aver somministrato la necessaria terapia antibiotica immediatamente dopo la produzione della lesione tracheale, durante

l'intervento di tiroidectomia (non può essere seguito, invero, il percorso logico argomentativo della parte civile, che ravvisa profili di colpa del B.P. anche in relazione alla gestione post-operatoria della paziente, in quanto, in seguito al ricovero della F.A. in altro reparto, quello diretto dal prof. M.P., deve ritenersi cessata ogni posizione di garanzia dell'odierno imputato - cfr. verbale stenotipico dell'udienza del 5/4/11, fol. 11).

Questi, dunque, in buona sostanza i profili di colpa medica che il collegio peritale ha individuato con riferimento alla posizione dell'odierno imputato. Tuttavia, ulteriori violazioni di regole cautelari dell'arte medica i periti hanno riscontrato a carico dei sanitari che ebbero in cura la F.A. dopo l'intervento chirurgico, quelli cioè in servizio nel reparto diretto dal prof. M.P.. Essi, invero, pur avendo preso in carico la paziente dal 14 luglio, non provvidero a somministrarle la terapia antibiotica, se non dopo diversi giorni (in data 17 luglio). Del resto, che vi sia stata una evidente sottovalutazione del problema emerge in maniera chiara dalle deposizioni del [omissis], da cui si evince che i due testi, sanitari in servizio nel reparto diretto dal prof. M.P., compresero la serietà della situazione solo dopo che fu effettuata la TAC il 17 luglio.

Sul punto, non pare sostenibile la tesi secondo la quale la mancata somministrazione della terapia antibiotica fu dovuta al rifiuto opposto dalla F.A., che temeva per la allergia di cui soffriva e che solo il 17 luglio, dopo aver effettuato alcune prove allergiche (peraltro, non risulta in cartella che prima di allora sia stata proposta alla paziente l'effettuazione di dette prove, così come confermato anche dal teste [omissis] - cfr. verbale stenotipico dell'udienza del 12/3/10, foll. 39 e 40), i sanitari riuscirono a convincerla ad assumere la terapia antibiotica.

Invero, una siffatta eventuale ricostruzione dei fatti sarebbe clamorosamente smentita *per tabulas*, atteso che in cartella non risulta apposta la sottoscrizione della F.A. in calce alla relativa notazione. Del resto, sul punto i periti argomentano affermando che *appare del tutto singolare ed assolutamente*

*illogico, pensare di ottenere un consenso pienamente consapevole da una paziente operata meno di 24 ore prima ed in iniziale stato settico in evoluzione (T 38°), seppur dettagliatamente illustrato, in particolare circa i rischi che la mancata somministrazione di antibiotici avrebbe comportato (cfr. relazione peritale fol. 62).*

A giudizio del Tribunale, dunque, la assenza della sottoscrizione della F.A. può giustificarsi solo in due modi: o l'annotazione è stata apposta in cartella successivamente, all'insaputa della paziente ovvero, se la F.A. non ha firmato, significa - come appunto ritengono i periti - che non era nelle condizioni fisiche e mentali per poterlo fare (e così - sotto il profilo causale - ritorna circolarmente l'importanza di ottenere preventivamente nel consenso pre-intervento anche la definizione specifica delle eventuali terapie antibiotiche praticabili, fatto questo omesso dal B.P., che ha poi determinato a catena il ritardo nella instaurazione della terapia).

Peraltro, la teste [omissis], suocera della F.A., che la assistette al capezzale fino alla fine, ha categoricamente negato di essere stata informata della necessità di intraprendere la terapia antibiotica e del rifiuto della nuora di assumerla (cfr. verbale stenotipico dell'udienza del 12/3/10, fol. 9, 10, 11, 17); di esser venuta conoscenza di tali circostanze solo in data 17 luglio. Altrettanto ha affermato [omissis], marito della F.A.. Trattasi, a giudizio del Tribunale, di elementi che depongono nel senso della sottovalutazione della gravità della situazione clinica della F.A., come sopra accennato, che viceversa pare potesse desumersi anche da altri indici sintomatici, quali il cattivo odore che la paziente emanava - segno della importante infezione in atto, dato questo che, per essere stato riferito da quasi tutti i testi, può esser acquisito per pacifico - e la elevata temperatura corporea.

Dunque, concludendo, la mancata somministrazione della terapia antibiotica non potrebbe essere addebitata al rifiuto della paziente, non risultando tale circostanza provata.



Inoltre, i periti hanno ritenuto errata anche la manovra di medicazione con zaffatura della loggia tiroidea, effettuata quando fu accertato lo stato settico locale nei termini sopra specificati, evidenziando che più correttamente i sanitari del reparto diretto dal prof. M.P. avrebbero dovuto, *in presenza di una comunicazione con la trachea evidente alla TAC, optare per un intervento immediato di revisione e pulizia della loggia con ulteriore riparazione della lesione tracheale, sua protezione con lembo muscolare e con la confezione di una tracheostomia bassa con cannula cuffiata che avrebbe consentito, in caso di una eventuale emorragia dalla loggia tiroidea, il completo isolamento delle basse vie aeree proteggendole da inondazione ematica, permettendo così il drenaggio all'esterno del sangue ed una normale respirazione della paziente* (cfr. relazione peritale, fol. 71). Anche per tali profili di colpa, che emergono dall'elaborato peritale, si impone dunque la trasmissione degli atti specificamente indicati in dispositivo al Procuratore della Repubblica in sede per le determinazioni di competenza in ordine alla posizione dei sanitari che ebbero in cura la paziente dopo l'intervento.

Occorre ora soffermarsi su altri due aspetti relativi alla causalità, quello della cosiddetta *causalità della colpa* - vale a dire l'incidenza del comportamento colposo sulla verificazione dell'evento - e quello strettamente correlato del comportamento alternativo: sul punto deve osservarsi che in tema di reati colposi la causalità si configura non solo quando il comportamento diligente imposto dalla norma a contenuto cautelare violata avrebbe certamente evitato l'evento antigiuridico che la stessa norma mirava a prevenire, ma anche quando una condotta appropriata avrebbe avuto significative probabilità di scongiurare il danno. Detto nesso resta, invece, escluso quando l'evento si sarebbe verificato ugualmente, anche senza la violazione della regola cautelare.

Ed invero, come sarebbe irrazionale pretendere un comportamento comunque inidoneo ad evitare l'evento, altrettanto sarebbe rinunciare a muovere l'addebito colposo nel caso in cui la condotta osservante delle cautele, sebbene

non certamente risolutiva, avrebbe diminuito significativamente il rischio di verifica dell'evento, cioè avrebbe avuto significative probabilità di salvare il bene protetto.

È questo il tema della cosiddetta prevenibilità in concreto dell'evento: affermare in tali casi (cioè quando l'evento si sarebbe comunque verificato, anche senza la violazione della regola cautelare) la responsabilità per colpa significa né più né meno che aderire alla logica del *versari in re illicita*.

Nel caso di specie, ritiene il Tribunale che a) sussista la causalità della colpa, in quanto la F.A. è deceduta per una imponente emorragia dell'albero respiratorio, causata dalla grave infezione insorta e non adeguatamente curata, la cui conseguente suppurazione ha determinato con criterio di elevata probabilità un cedimento delle arterie tiroidee e che b), se il B.P. avesse tenuto il comportamento alternativo imposto dalle *leges artis* - avesse cioè acquisito il consenso della paziente al trattamento antibiotico prima dell'operazione chirurgica ed avesse immediatamente somministrato la terapia antibiotica in seguito alla lesione della trachea - l'evento lesivo, come è stato ampiamente dimostrato dai periti, non si sarebbe verificato.

Proprio per le considerazioni appena svolte, ritiene il Giudice che invece l'errore nella scelta del materiale non riassorbibile utilizzato dal B.P. per suturare la lesione tracheale - il tema relativo al materiale del filo di sutura impiegato è stato ampiamente sviluppato dal prof. M.P. nella consulenza di parte, di cui si dirà più diffusamente oltre, per sostenere al contrario la correttezza della scelta operata dall'imputato - non abbia inciso significativamente sulla causazione dell'evento (i periti, sul punto, dopo aver censurato l'opzione per il prolene, in luogo dell'utilizzo di materiale riassorbibile, dando conto delle ragioni, hanno invero affermato che, tuttavia, *tale scelta non è da ritenersi determinante in modo assoluto circa la negativa evoluzione del quadro clinico*, spiegandone i motivi - cfr. relazione peritale, fol. 60).

Il tema ulteriore in materia di causalità che non è stato ancora affrontato e

che deve essere ora esaminato è quello che attiene al concorso di cause nella determinazione dell'evento, atteso che i periti - come si è sopra evidenziato - hanno riscontrato l'esistenza di altre condotte in violazione di regole cautelari, che, unitamente a quella del B.P., sono *da relazionarsi in nesso causale diretto con l'exitus poi sopravvenuto* (cfr. relazione peritale, fol. 72). In buona sostanza, hanno riscontrato profili di colpa medica nel comportamento dei sanitari del reparto diretto dal prof. M.P., che non provvidero a somministrare tempestivamente la terapia antibiotica alla paziente, non potendosi individuare il motivo del ritardo nel rifiuto della F.A. per le ragioni sopra specificate ed hanno ritenuto errata anche la manovra di medicazione con zaffatura della loggia tiroidea effettuata quando fu accertato lo stato settico locale nei termini sopra specificati.

È questo il profilo che riguarda l'interpretazione dell'art. 41, comma 2, c. p., a mente del quale *le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento*.

Ritiene il Tribunale che la condotta successiva dei sanitari del reparto diretto dal prof. M.P., che hanno avuto in cura la F.A. dopo l'operazione senza osservare le regole dell'arte medica (nella specie, come si è visto, omettendo di iniziare tempestivamente la necessaria terapia antibiotica e, poi, non provvedendo correttamente all'operazione di drenaggio all'esterno del sangue di cui si è detto), non costituisce causa sopravvenuta da sola sufficiente a determinare l'evento e non è, quindi, idonea ad escludere il rapporto di causalità tra l'evento-morte della stessa paziente ed il comportamento colposo antecedente del B.P., come specificamente individuato dai periti.

Ed invero, in base alla teoria cosiddetta della causalità umana non possono esser ricondotti all'uomo solo quegli elementi esterni da lui non dominabili, cioè quei fattori che hanno una probabilità minima, insignificante, rarissima di verificarsi, che, dunque, presentano il carattere della eccezionalità (per fare l'esempio classico da manuale: l'agente ferisce la persona offesa, che poi muore

nel crollo del ponte sul quale transita l'ambulanza che lo sta trasportando in ospedale). Insomma, perché possa parlarsi di causa sopravvenuta idonea ad escludere ovvero ad interrompere il rapporto di causalità, si deve essere in presenza di un percorso causale ricollegato all'azione (od omissione) dell'agente, ma completamente atipico, di carattere assolutamente anomalo ed eccezionale (per tornare all'esempio fatto, il crollo del ponte), cioè di un evento che non si verifica, se non in casi del tutto imprevedibili, a seguito della causa presupposta (per restare all'esempio, il ferimento della persona offesa). Ne consegue, allora, che non è possibile qualificare come inopinata, abnorme o assolutamente imprevedibile la condotta di un soggetto, pur negligente, la cui condotta inosservante trovi la sua origine e spiegazione nella condotta di chi abbia creato colposamente le premesse su cui si innesta il suo errore o la sua condotta negligente.

In altri termini e tornando più specificamente al caso concreto portato all'esame del Tribunale, in presenza di una condotta colposa posta in essere da un sanitario, non può ritenersi interruttiva del nesso di causalità una successiva condotta parimenti colposa posta in essere da altro medico, quando essa non abbia le caratteristiche dell'assoluta imprevedibilità e inopinabilità; condizione, questa, che non può in particolare configurarsi quando tale condotta sia consistita nell'inosservanza, da parte di un sanitario successivamente intervenuto, di regole dell'arte medica già disattese da quello che lo aveva preceduto, in quanto evidentemente non è eccezionale la condotta di un medico che affronti senza l'osservanza delle regole dell'arte medica il caso che gli viene sottoposto (cfr. *ex plurimis*, da ultimo, Cass., IV sez. pen., 18/1/10 n. 9967, P. M. e P. C. in proc. Otelli e altro; Cass., IV sez. pen., 10/12/09 n. 6215, Pappadà e altri).

Ulteriori e consequenziali considerazioni devono a questo punto essere svolte con riferimento alla distinzione tra gravità della colpa ed entità dell'apporto causale, concetti che non sempre coincidono. Ed invero, nei reati colposi, ai fini della quantificazione della colpa, è rilevante la distinzione tra

gravità della colpa (connotato essenzialmente soggettivo) e l'entità dell'apporto causale (elemento prevalentemente oggettivo), in quanto gli elementi possono non coincidere, ben potendo una colpa lieve assumere preponderante incidenza causale e viceversa (cfr. Cass., IV sez. pen., 4/10/91 n. 11631, Corrao). Orbene, poiché di tali elementi il giudice deve sempre tenere conto secondo il modo nel quale si prospettano nel caso specifico, deve evidenziarsi che, a fronte di un elevato grado di colpa (tale deve essere considerata la negligenza dell'imputato per non aver acquisito prima dell'intervento chirurgico il consenso della F.A. alla terapia antibiotica e per non averla effettuata immediatamente una volta contaminato il campo operatorio in seguito alla lesione della trachea), non corrisponde un altrettanto elevato apporto causale, in considerazione del concorso delle condotte omissive e commissive, poste in essere in violazione di regole cautelari dell'arte medica dai sanitari che ebbero in cura la F.A. dopo l'intervento.

Resta, infine, da esaminare il tema strettamente correlato della misura soggettiva della colpa, al fine di cercare di raggiungere il più possibile la personalizzazione dell'addebito colposo, atteso che il chirurgo modello - cioè l'agente ideale con riferimento alla concreta attività svolta dal B.P. - è comunque un'entità astratta che si pone su un piano oggettivo, di talché, una volta accertata sul piano oggettivo la violazione della regola cautelare, occorre sul piano soggettivo accertare l'esigibilità del comportamento conforme alla regola cautelare da parte dell'agente che concretamente si trova ad agire (cd. doppio grado della colpa); in altri termini, il profilo più squisitamente soggettivo e personale della colpa viene generalmente individuato nella capacità soggettiva dell'agente di osservare la regola cautelare, nella concreta possibilità di pretendere l'osservanza della regola stessa, in una parola nella esigenza del comportamento dovuto.

Misura soggettiva della colpa, dunque, esigenza del comportamento lecito dall'agente del caso concreto, che va valutata sia con riferimento alla

prevedibilità, che con riguardo all'evitabilità del fatto antigiusuridico. In particolare, la prevedibilità altro non è che la possibilità dell'uomo coscienzioso ed avveduto (*rectius*: dell'agente modello) di cogliere che un certo evento è legato alla violazione di un determinato dovere oggettivo di diligenza, che cioè un certo evento è evitabile adottando determinate regole di diligenza; la evitabilità è, invece, l'idoneità della regola cautelare a scongiurare o a ridurre il pericolo che quel determinato fatto antigiusuridico si realizzi: entrambi questi parametri vanno valutati in concreto, tenendo conto delle circostanze del caso in cui l'agente si è trovato ad operare.

Orbene, assolutamente esigibile dal B.P. era il comportamento omesso, sol che si consideri che - come ha messo in evidenza lo stesso consulente della Difesa dell'imputato - trattasi di sanitario che effettua da svariati anni mediamente circa millecinquecento interventi di tiroidectomia l'anno, peraltro in un centro di alta specializzazione, vanto della medicina italiana e non solo, di soggetto dunque che non può non prevedere che l'omissione della terapia antibiotica può, in caso di contaminazione del campo operatorio, provocare una grave infezione, con tutte le conseguenze, anche letali, che possono seguirne per il paziente.

Alla luce delle considerazioni svolte, dunque, può con tranquillizzante certezza affermarsi la penale responsabilità del B.P. in ordine al reato ascrittogli.

Possono essere concesse all'imputato le circostanze attenuanti generiche, in considerazione scarsa capacità a delinquere dimostrata, che si desume anche dalla occasionalità della condotta (il B.P. - come detto - esegue migliaia di interventi chirurgici l'anno e quello portato all'esame del Tribunale è allo stato l'unico caso in cui è emersa la negligente violazione di regole cautelari) e dallo stato di incensuratezza.

Venendo alla quantificazione della pena, valutati tutti gli elementi di cui all'art. 133 c. p. - ed in particolare da un lato la gravità del fatto, tenuto conto della giovane età della persona offesa (aveva appena trentaquattro anni), della

entità e della irreparabilità del danno cagionato (la morte) e dell'elevato grado della colpa di cui si è detto (dati questi che non consentono di attestarsi vicino al minimo edittale), dall'altro la scarsa capacità a delinquere dell'imputato, come sopra evidenziata - stimasi equa la pena di anni uno mesi quattro di reclusione, così determinata: pena base anni due di reclusione, ridotta alla pena in concreto irrogata per effetto della concessione delle circostanze attenuanti generiche, cui segue la condanna al pagamento delle spese processuali.

Può essere concesso all'imputato il beneficio della sospensione condizionale della pena, atteso che - in considerazione della natura colposa del fatto ascrittogli, della scarsa capacità a delinquere e dello stato di incensuratezza - è presumibile che lo stesso si asterrà dal commettere ulteriori reati.

Il B.P. va poi condannato a risarcire alle parti civili (marito, madre, sorelle e suoceri della defunta F.A.) costituite in proprio il danno non patrimoniale da perdita parentale e, a quelle costituite anche quali eredi, altresì il danno non patrimoniale *iure ereditario*, danni che vanno compiutamente liquidati in separata sede. Quanto al danno patrimoniale, nulla è stato allegato.

Ritiene, altresì, il Tribunale che, in assenza di qualsivoglia iniziativa risarcitoria spontanea dell'imputato, debba essere accordata ad ognuna delle parti civili una provvisoria immediatamente esecutiva, che per C.M. e A.R. (rispettivamente marito e madre della defunta) va determinata in euro sessantamila, per F.L. e F.K. (sorelle della defunta) in euro venticinquemila, per C.G. e G.N. (suoceri della defunta) in euro diecimila.

Le spese processuali sostenute dalle parti civili vanno liquidate come da dispositivo. Non si ritiene di dover liquidare, come chiesto dal Difensore di parte civile, il compenso dei consulenti tecnici di parte, in assenza della prova dell'avvenuto pagamento delle rispettive parcelle professionali.

Occorre - per concludere - aprire una parentesi in relazione alla posizione del prof. M.P.. Va, innanzitutto, premesso che le più elementari e basilari regole di correttezza gli avrebbero imposto di non assumere l'incarico di consulente

tecnico dell'imputato, sol che si consideri che la F.A. è deceduta proprio nel reparto da lui diretto, anche in seguito a comportamenti gravemente colposi del personale sanitario a lui facente capo. Ed invero, risulta del tutto evidente dall'esame dell'incarto processuale l'imbarazzante posizione nella quale volontariamente il M.P. si è posto, atteso che difendere l'operato dell'imputato è equivalso a difendere in ultima analisi se stesso (in quanto direttore responsabile del reparto nel quale è deceduta la F.A.) ed i suoi più stretti e diretti collaboratori.

Ma vi è di più, atteso che - nonostante la costante irrisione nei confronti del consulente tecnico di altra parte processuale, accusato sostanzialmente di non saper leggere la letteratura scientifica fino in fondo (... *la letteratura medica specialistica è arma da usare con cautela, specialmente se non la si esamina nella sua interezza e nelle sue voci più recenti ed autorevoli*, si legge a fol. 5 dell'elaborato tecnico) - lui stesso artatamente ne offre al Giudice una versione parziale, che - senza l'intervento chiarificatore dei periti - lo avrebbe portato del tutto fuori strada. In particolare, assolutamente fuorviante è la consulenza tecnica redatta dal M.P., quando affronta diffusamente la questione della sutura della lesione tracheale, ritenendo che il B.P. bene abbia fatto ad utilizzare filo non riassorbibile, il prolene: il M.P., invero, cita reiteratamente un lavoro scientifico di J. E. Gosnell, al fine di dimostrare che la lesione tracheale costituisce una evenienza che può verificarsi nel corso di un intervento chirurgico di tiroidectomia, tacendo tuttavia che in tutti casi di lesione della trachea riportati dall'autore da lui stesso citato la sutura era stata effettuata con punti riassorbibili. Non solo, perché - per supportare ulteriormente la tesi della correttezza della scelta del prolene - il consulente di parte cita altri due lavori (uno di M. Berry, l'altro di I. Takanami), nel primo dei quali effettivamente per la sutura risulta che l'operatore abbia correttamente usato materiale non riassorbibile. Tuttavia, il M.P. omette di precisare i motivi di una siffatta scelta, che nel lavoro di Berry è giustificata dal fatto che si tratta di due casi di apposizione di protesi endotracheale per patologia neoplastica stenosante, per cui necessariamente si



imponendo l'utilizzo di punti non riassorbibili, al fine di garantire la tenuta della protesi nel tempo, che - qualora fosse stato utilizzato materiale riassorbibile per la sutura - non avrebbe invece retto; diversamente, il lavoro di Takanami è relativo ad un caso di lacerazione tracheale in corso di sternotomia mediana, trattato proprio con materiale riassorbibile, dunque non con il prolene.

Risulta allora evidente la falsa rappresentazione al Tribunale di dati scientifici - riportati con significative e fuorvianti omissioni (per quanto concerne i lavori di J. E. Gosnell e di M. Berry) ovvero falsamente (con riferimento a quello di I. Takanami) -, circostanza questa che impone la trasmissione degli atti analiticamente indicati in dispositivo al Procuratore della Repubblica in sede per le valutazioni di competenza in ordine alla posizione di M.P., anche in relazione a quest'ultimo profilo.

#### **P. Q. M.**

letti gli artt. 533 e 535 c.p.p.

dichiara B.P. responsabile del reato ascrittogli e, concesse le circostanze attenuanti generiche, lo condanna alla pena di anni uno e mesi quattro di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Pena sospesa per il termine ed alle condizioni di legge.

Visti gli artt. 538 e segg. c.p.p.,

condanna B.P. al risarcimento del danno procurato alle costituite parti civili, da liquidarsi in separata sede.

Accorda a ciascuna delle parti civili una provvisoria immediatamente esecutiva, che per C.M. e per A.R. va determinata in euro sessantamila, per F.L. e F.K. in euro venticinquemila, per C.G. e G.N. in euro diecimila.

Condanna il predetto B.P. al pagamento delle spese processuali in favore delle parti civili, che - ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Tariffa penale - liquida in euro novemila ottocento per C.M., C.G., G.N. e in euro quattromiladuecento per A.R., F.L., F.K., oltre il rimborso forfetario nella misura del 12,5 %, IVA e CPA come per legge.

Dispone trasmettersi al Procuratore della Repubblica in sede copia della perizia, della consulenza di parte dell'imputato e dei verbali stenotipici delle udienze del 9/11/10 e del 5/4/11 per le determinazioni di competenza in ordine alle posizioni di R.R., L.L., M.P. e degli altri sanitari che ebbero in cura F.A. dopo l'intervento chirurgico.

Pisa, li 27/5/11.

Il Giudice monocratico

dott. Donato D'Auria