

~~1~~

X' d V<sup>o</sup> P. G.

TRIBUNALE DI TERMINI IMERESE

Costi € 11,54 per diritti di copia

Milioni opposte sufficienti.

Termini Imerese, 08-06-2018



TRIBUNALE DI TERMINI IMERESE

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL GIUDICE MONOCRATICO

N. 465/18 Reg. Sent.

N. 1388/15 Reg. Gen.

N. 4807/14 R.G.N.R.

N. Mod. 3/SG

SENTENZA

in data 6/04/2018

Dott.ssa Sabina Raimondo

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel processo penale

**CONTRO**

depositata in cancelleria

oggi 30/05/18

IL CANCELLIERE

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
Dott.ssa Nunzia Caroppoli

Passata in giudicato

1. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, ivi residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - elettivamente domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ presso lo studio dell'avv. \_\_\_\_\_

**LIBERO PRESENTE**

Difeso di fiducia dall'avv. \_\_\_\_\_, presente

il

IL CANCELLIERE

2. \_\_\_\_\_, residente ad \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ - domicilio dichiarato

**LIBERO ASSENTE già PRESENTE**

Difeso di fiducia dall'avv. \_\_\_\_\_, presente

Inserita al S.I.C.

il

IL CANCELLIERE

3. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, ivi residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - elettivamente domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ presso lo studio dell'avv. \_\_\_\_\_

**LIBERO PRESENTE**

Difeso di fiducia dall'avv. \_\_\_\_\_, presente

4. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in contrada \_\_\_\_\_ s.n.c. - elettivamente domiciliato presso lo studio dell'avv. \_\_\_\_\_

**LIBERO ASSENTE già PRESENTE**

Difeso di fiducia dall'avv. \_\_\_\_\_, presente

**IMPUTATI**

SA

-) Per il reato di cui agli artt. 41, 113 c.p., 17 c. 1 l. 194/78, perché in

cooperazione tra loro, e in qualità di chirurghi operanti nell'ambito dell'intervento di colecistectomia con tecnica laparoscopica a cui venne sottoposta in data 1/12/2010 alle ore 10.00 circa presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale S. Cimino, e quali chirurghi operanti nell'ambito del secondo intervento eseguito in pari data alle ore 17.00 circa presso il medesimo reparto, e con il concorso delle condotte colpose delle due equipe, per colpa consistita in negligenza, imprudenza, imperizia, ed in particolare per errore nell'esecuzione del primo intervento, consistito nel lesionare con gli strumenti utilizzati un vaso sanguigno con conseguente grave emorragia, per non aver effettuato adeguata ispezione della cavità addominale e delle brecche peritoneali prima della chiusura della incisione centrale al fine di escludere la presenza di lesioni vascolari, e per aver omesso un'accurata sorveglianza della paziente nel periodo post-operatorio, non rilevando di conseguenza la perdita ematica in atto e ritardando quindi la necessaria terapia; e per aver eseguito il secondo intervento in maniera inadeguata, operando in laparoscopia un'elettrocoagulazione del vaso lesionato ed applicando un solo punto transfisso transparietale, insufficienti ad arrestare l'emorragia in corso, che infatti proseguiva; così cagionavano la morte del feto che, alla 17ª settimana di gravidanza, portava in grembo, sopravvenuta successivamente al secondo intervento a causa di shock ipovolemico causato dall'emorragia in atto.  
Commissio in Termini Imerese tra l'1 e il 2 dicembre 2010

B) per il reato di cui all'art. 610 c.p., perché, successivamente agli interventi descritti al capo che precede, disponendo che venisse effettuata la trasfusione di una sacca ematica alle ore 12.00 del 3/12/2010 e di ulteriori due sacche alle ore 17.50 e 19.15 dello stesso giorno, nonostante la contraria volontà della paziente più volte fermamente ed inequivocabilmente dalla stessa manifestata anche per iscritto, con violenza consistita nel far immobilizzare la paziente dal personale paramedico e nell'introdurre quindi l'apposita cannula nell'accesso venoso, costringevano la persona offesa a subire l'emotrasfusione.  
Commissio in Termini Imerese in data 3 dicembre 2010

#### PARTI CIVILI:

, nata a il ;  
rappresentata e difesa dall'avv. ;  
, nato a Termini Imerese il ; , rappresentato e  
difeso dall'avv. ;

#### CONCLUSIONI DELLE PARTI

Il P.M. conclude chiedendo l'assoluzione degli imputati, ai sensi dell'art. 530, comma 2, c.p.p. dal reato a loro ascritto al capo A) perché il fatto non sussiste; per il reato contestato al capo B), conclude chiedendo l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non costituisce reato; per l'imputato chiede la condanna dello stesso alla pena di mese uno di reclusione.  
I difensori delle parti civili concludono come da comparse conclusionali che depositano.  
L'avv. , nell'interesse dell'imputato , conclude chiedendo l'assoluzione dello stesso perché il fatto non costituisce reato.  
L'avv. , nell'interesse degli imputati e , conclude chiedendo l'assoluzione degli stessi perché il fatto non sussiste.  
L'avv. , nell'interesse dell'imputato , conclude chiedendo l'assoluzione dello stesso da entrambi i reati ascrittigli perché il fatto non sussiste.

in subordine, per il reato di cui al capo B), conclude chiedendo l'assoluzione del predetto imputato perché il fatto non costituisce reato.



d

## MOTIVI DELLA DECISIONE

Con decreto emesso dal P.M. in sede in data 16 giugno 2015, [redacted] e [redacted] venivano citati a giudizio per rispondere dei reati meglio specificati in epigrafe (i primi tre imputati del reato di cui agli artt. 113 c.p. e 17, comma 1, della legge n. 194/1978, [redacted] e [redacted] del reato di cui all'art. 610 c.p.).

Ammesse, come da ordinanza in atti, le prove orali e documentali richieste dalle parti, nel corso dell'istruzione dibattimentale venivano escussi i testi - indicati dal Pubblico Ministero - [redacted] e [redacted]

[redacted] nonché i consulenti tecnici del Pubblico Ministero prof. [redacted] i e prof. [redacted]

All'udienza del 13 settembre 2016, mutata la persona fisica del giudice (essendo stato il presente processo riassegnato dal Presidente del Tribunale f.f. a questo decidente) e rinnovate le formalità di apertura del dibattimento, le parti prestavano il consenso alla utilizzabilità delle prove già acquisite, ad eccezione delle dichiarazioni rese dai testi [redacted] e [redacted], alla cui lettura i difensori delle parti civili non prestavano il consenso; alla stessa udienza venivano quindi nuovamente escussi i predetti testi. [redacted] e [redacted]

Nel prosieguo, veniva completato l'esame dei consulenti tecnici del Pubblico Ministero e venivano escussi i restanti testi del Pubblico Ministero [redacted] e [redacted] nonché il teste delle parti civili [redacted]; con l'accordo delle parti venivano inoltre acquisiti al fascicolo del dibattimento i verbali di s.i.t. rese da [redacted] i e [redacted]

All'udienza del 3 marzo 2017 venivano escussi i testi della difesa [redacted] e [redacted] la; con l'accordo delle parti venivano, inoltre, acquisite al fascicolo del dibattimento le dichiarazioni della dott.ssa [redacted] i datate 13 febbraio 2012.

Alla successiva udienza del 7 aprile 2017 veniva escusso il teste della difesa [redacted] e si procedeva all'esame dei consulenti tecnici della difesa prof. [redacted] e dott. [redacted]

All'udienza del 21 maggio 2017 il giudice disponeva, ai sensi dell'art. 507 c.p.p., procedersi a perizia avente a oggetto i quesiti specificati nel verbale della successiva udienza del 10 luglio 2017, in sede di conferimento dell'incarico peritale.

All'udienza del 17 gennaio 2018 si procedeva all'esame dei periti prof. \_\_\_\_\_, prof. \_\_\_\_\_ e dott. \_\_\_\_\_.

Alla successiva udienza del 19 febbraio 2018 venivano esaminati i consulenti tecnici del Pubblico Ministero, i consulenti tecnici delle parti civili e degli imputati nonché, sulle deduzioni formulate dai predetti consulenti tecnici, i nominati periti.

Quindi, all'udienza del 2 marzo 2018 e all'odierna udienza le parti rassegnavano le rispettive conclusioni e veniva pubblicata sentenza mediante lettura del dispositivo.

\*\*\*\*\*

La storia clinica di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, oggetto del presente processo, è stata analiticamente ed esaurientemente ricostruita dai nominati periti prof. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, prof. \_\_\_\_\_ e dott. \_\_\_\_\_ - sulla base delle accurate indagini dagli stessi svolte, anche attraverso una attenta ed esaustiva disamina di tutta la documentazione medica agli atti - nei seguenti condivisibili termini.

" \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_ all'epoca dei fatti, terzigravida primipara alla 13<sup>a</sup> settimana compiuta di amenorrea (13w+1a), il 6.11.2010 veniva ricoverata nell'Unità Operativa Complessa di Ostetricia del Presidio Ospedaliero "Salvatore Cimino" di Termini Imerese con diagnosi di «*Minaccia d'aborto. Iperemesi gravidica. Squilibrio idroelettrolitico*».

La gestante riferiva al sanitario incaricato della compilazione della cartella clinica di avere partorito quattro anni prima (12.1.2006) con il taglio cesareo e di avere precedentemente sofferto, per diverso tempo, di tachicardia; riferiva, inoltre, di aver vomitato ripetutamente (da 10 a 20 volte) nei giorni antecedenti il ricovero e di avere avuto un decremento ponderale di circa 3-4 Kg.

Nel corso del ricovero veniva ripristinato l'equilibrio idro-elettrolitico della gestante e verificato, oltre al normale accrescimento del feto, che la paziente presentava delle turbe psichiche, verosimilmente correlate a problematiche organiche, non necessitanti comunque di terapia specifica («... *Note ansiose reattive verosimilmente a problematiche organiche. Non terapia psicofarmacologica*»).

Ristabilita l'omeostasi organica, la gestante veniva dimessa una settimana dopo il ricovero, sebbene a distanza di otto giorni dalla dimissione, quindi il 21.11.2010, l'insorgenza di una sintomatologia caratterizzata da vomito e dolore addominale "a cintura" nella regione dell'ipocondrio destro rendesse nuovamente necessario il ricovero presso l'Ospedale di Termini Imerese, effettuato presso la U.O.C. di Ostetricia («*III, II gravidanza a 15,3 sett. Colica biliare e iperemesi*»).

Al ricovero, la visita ostetrica mostrava un quadro ricadente nella norma e l'ecografia *office* evidenziava la vitalità del feto, la normale quantità del liquido amniotico e l'impervietà del canale cervicale («*BCF e MAF presenti; L.A. regolare... cervicometria 35,6 mm.*») ed all'esame

obiettivo generale, dolore (?) «... in sede epigastrica ed ipocondrio sn con irradiazione posteriore Kg 65»

Una contestuale ecografia dell'addome mostrava, poi, la presenza di microlitiasi nella colecisti («*Colelitiasi a sabbia biliare ...*») e con la visita chirurgica si osservava che le manovre di Murphy e del Giordano risultavano positive, sebbene risultasse prevalente il dolore suscitato a livello della loggia renale destra («*La paziente riferisce sintomatologia dolorosa in regione epigastrica e a tutti i quadranti addominali di dx. Murphy +-+. Giordano +++...*»).

Nel corso del ricovero una visita psichiatrica ribadiva la sussistenza di uno stato ansioso-depressivo nella gestante («*Reattività ansioso-depressiva da problematiche internistiche ...*») e con un'ulteriore ecografia dell'addome (in data 22.11) veniva, con riferimento alla colecisti, oltre alla presenza di microcalcoli, la distensione delle pareti dell'organo assieme ad un ispessimento delle pareti («... *Colecisti distesa. DL: 72 mm con microlitiasi intraluminale e piena di echi corpuscolari con pareti modicamente ispessite (2 mm ca) ...*»). Venendo, pure, constatato con gli esami ematochimici un progressivo incremento degli enzimi pancreatici, epatici e della bilirubina<sup>1</sup>, la paziente veniva trasferita il 30 novembre, per competenza, nella U.O.C. di Chirurgia Generale del medesimo ospedale, ove il giorno successivo (1.12.2010) veniva eseguito, tra le ore 10.25 e le ore 11.25 (vedi cartella anestesiologicala), intervento di colecistectomia per via laparoscopica.

Il quadro clinico e gli esami laboratoristici e strumentali, quindi, conducevano alla scelta terapeutica dell'intervento chirurgico.

Il trattamento della colelitiasi durante la gravidanza rimane una scelta terapeutica assunta dall'Ostetrico e dal Chirurgo. Quando possibile si cerca di trattare la colelitiasi in modo conservativo per permettere la conclusione a termine della gravidanza. Tale opzione terapeutica comporta il possibile ricorrere dei sintomi in una percentuale variabile fra il 42 e il 90% dei casi con conseguente nuovo ricovero ospedaliero<sup>2</sup>.

La terapia chirurgica viene riservata alle pazienti con sintomatologia persistente ed in tutti i casi in cui vi sia una malattia litiasica complicata quale la colecistite acuta, la litiasi della via biliare principale, le coliche biliari ricorrenti e la pancreatite biliare<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Amilasi (110→231 U/l), lipasi (72→96 U/l),  $\gamma$ GT (30→48 U/l), GPT (75→154 U/l), GOT (24→64 U/l), bilirubina totale (0,74→2,33 mg/dl), bilirubina diretta (0,26→1,55 mg/dl).

<sup>2</sup> Jelin E.B. et al., Management of biliary tract disease during pregnancy: a decision analysis. *Surg Endosc* 2008; 22: 54-60; Othman M.O., et al. Conservative management of choledocholithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointestinal Endosc* 2012; 76: 564-9; Dale R.S. et al., A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *The American Journal of Surg* 2008; 196: 599-608.

<sup>3</sup> Sedaghat N. et al., Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc* 2016

Dall'analisi dei dati presenti nella documentazione agli atti, il caso clinico della  
deve essere considerato malattia litiasica complicata della colecisti.

Infatti l'opzione terapeutica chirurgica viene posta in conseguenza sia del dato ecografico  
che evidenziava "Colecisti distesa. DL: 72 mm con microlitiasi intraluminale e piena di echi  
corpuscolari con pareti modicamente ispessite (2 mm ca)..." e del graduale peggioramento  
laboratoristico della funzionalità epatopancreatica, sia per il persistere della sintomatologia  
dolorosa accusata dalla paziente. La \_\_\_\_\_ anche durante la notte fra il 30 novembre ed l'1  
dicembre, data programmata per l'intervento chirurgico, continuava ad avere dolore addominale  
così come è possibile leggere nel diario infermieristico (in data 1.12.2010, alle ore 4.00: «la  
paziente riferisce dolore addominale diffuso. Su p. M.d.G. si posiziona n.1 supposta di  
tachipirina» ed alle ore 05.45: «la paziente continua ad avere dolore epigastrico. Si infonde f.  
100 + Antra 1 f su d. M.d.G.»).

La decisione terapeutica chirurgica basa il suo razionale nel possibile ulteriore  
peggioramento del quadro clinico che potrebbe evolvere verso complicanze più gravi quali l'ittero  
ostruttivo e la pancreatite acuta e la microlitiasi nella colecisti con conseguente possibile  
passaggio del materiale litogeno nella via biliare principale, deve ritenersi causa dell'aumento  
della bilirubina totale e diretta e dell'amilasi riscontrata negli esami di laboratorio della

È necessario ricordare, inoltre, come il secondo trimestre rappresenti il periodo della  
gravidanza più indicato per un intervento chirurgico anche se oggi la colecistectomia  
laparoscopica viene considerata fattibile in tutti i trimestri<sup>4</sup>.

In data 1.12.2010 la \_\_\_\_\_, quindi, veniva sottoposta ad intervento chirurgico di  
colecistectomia laparoscopica. Nella cartella clinica non si evidenziano controindicazioni  
all'utilizzazione di metodica laparoscopica.

I benefici del trattamento laparoscopico rispetto alla tecnica open nelle pazienti in  
gravidanza sono simili a quelli che oggi consigliano l'utilizzazione di tale metodica mininvasiva  
in tutti i pazienti affetti da colelitiasi<sup>5</sup>. L'approccio laparotomico di colecistectomia open durante  
la gravidanza deve essere solamente considerato in casi limitati, in cui il ritardo diagnostico o  
l'evoluzione della colelitiasi verso una malattia litiasica complicata, suggerisca l'utilizzazione  
della metodica laparotomica.

Le limitazioni alla utilizzazione della tecnica laparoscopica in gravidanza sono costituite dai  
possibili effetti fisiologici determinati dal pneumoperitoneo sul feto e dalla ipercapnia associata

<sup>4</sup> Machado N.O. et al., Laparoscopic cholecystectomy in the third trimester of pregnancy: report of 3 cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009; 19: 439-441.

<sup>5</sup> Cox T.C., et al., Laparoscopic appendectomy and cholecystectomy versus open: a study in 1999 pregnant patients. Surg Endosc 2015.

con la laparoscopia e esclusivamente nel terzo trimestre da una possibile scarsa visione dovuta alla presenza dell'utero gravido.

L'approccio chirurgico deve in ogni caso prendere in considerazione sia le condizioni generali della paziente sia l'esperienza del chirurgo.

Si ritiene, quindi, di poter affermare che sia l'indicazione clinica sia la tecnica chirurgica siano state, nel caso della \_\_\_\_\_, adeguate.

In particolare si ritiene doveroso, ancora, rappresentare come una opzione terapeutica attendista avrebbe potuto condurre ad una complicanza più grave quale la pancreatite acuta.

Dalla descrizione dell'intervento, inoltre: «*Approccio laparoscopico open. La colecisti appare ricoperta di aderenze. Viscerolisi. Colecistectomia sec. tecnica. Emostasi. Drenaggio di Pemrose sub-frenico dx. Chiusura breccia*» non si evidenziano particolari difficoltà tecniche.

Con riferimento al trattamento chirurgico, nel senso della indicazione, in gravidanza ed in una certa epoca della stessa, anche in relazione alla descrizione del reperto anatomico-istopatologico riportato in atti («*Esame n. I2010-006191 . Descrizione macroscopica: Colecisti della lunghezza di cm 7.5 pervenuta chiusa, contenente bile densa frammista a sabbia biliare. Al taglio parete sottile. Diagnosi: Colecistite cronica con iperplasia papillare della mucosa*»), riteniamo opportuno aggiungere che: 81

- la definizione di colelitiasi sintomatica include la colica biliare, la colecistite acuta e cronica, la coledocolitiasi e la pancreatite biliare;

- considerando i dati della letteratura che evidenziano come almeno il 25% delle pazienti con colelitiasi nella gravidanza non rispondano al trattamento terapeutico conservativo;

- i risultati del trattamento conservativo e del trattamento chirurgico presentino una percentuale simile in termini di mortalità e morbilità sia per la madre sia per il feto;

- la LC presenta indubbi vantaggi rispetto alla chirurgia open; che la LC nel secondo trimestre è indicata;

- approssimativamente il 40% delle pazienti in gravidanza con colelitiasi sintomatica necessitano del trattamento chirurgico;

- le precauzioni che devono essere prese in considerazione sono l'utilizzo della tecnica open per l'inserzione del trocar ombelicale; la bassa pressione intraperitoneale; l'uso della posizione laterale sinistra per minimizzare la compressione aortocavale; precauzione nel cambiamento rapido di posizione della paziente (avoid); uso dell'elettrobisturi lontano dall'utero<sup>6</sup>.

Nel diario infermieristico, quindi, alle ore 12.00, si legge «*controllo paziente*» senza evidenza di dati clinici particolari.

Il decorso post-operatorio appariva normale fino a qualche ora dopo («*ore 13,45*»), accusando, presumibilmente, contrazioni uterine, essendo richiesta una consulenza ostetrica («*La*

<sup>6</sup> Date R.S. et al., A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. The American Journal of Surg 2008; 196: 599-608.



*paziente presenta dolore pelvico. Si richiede cons. ginecologica. Addome tratt. Continua terapia inf.»*) e nel diario, relativamente ai parametri clinici, essendo riportate (alle ore 14.00), una frequenza cardiaca di 148 ed una saturazione dell'Ossigeno in aria ambiente del 98%.

Alle ore 15.00 veniva effettuata un'ecografia ostetrica, che evidenziava una frequenza cardiaca fetale gravemente e persistentemente bradicardica<sup>7</sup> (*«ACF persistentemente bradicardica (FC 83 bpm)»*).

L'ecografista consigliava di rivalutare il livello della frequenza cardiaca fetale a breve distanza di tempo (*«Rivalutazione fra un'ora (solo per FCF)»*), ma rendendosi necessario, al momento del programmato controllo, riportare la paziente in sala operatoria per una revisione chirurgica (*«I [inizio, n.d.r.] 16.50 Interv. chirurgico 17.50 F [fine, n.d.r.]»*), il controllo della frequenza cardiaca del feto veniva differito ad altro momento.

Alle ore 15.30, infatti, veniva riscontrato *«Paz. tachicardica (FC ~140 b/m). PAO 90/70. Si esegue prelievo di controllo + elettroliti + ECG + cons. internistica. Drenaggio silente sieroso»*, alle ore 16.15 *«Paz. ipotesa, tachicardica (FC 140 b/m). Drenaggio ~200 sieroematico. Si posiziona cat. vescicale»* e, alle ore 16.50 veniva, dunque, eseguito l'*«Intervento chirurgico: inizio ore 16.50; fine ore 17.50. Si conferma terapia prescritta: Controllo PAO, FC, diuresi e SO2. Prelievo di controllo ore 19.00»*

Detto intervento, quindi, consisteva in *«Redolaparoscopia. All'ingresso in peritoneo si documenta presenza di sangue subfrenica destra e sinistra. Lusi addominale. L'ispezione documenta presenza in sede di trocar da 5 mm lungo l'emiclaveare sinistra di focolaio di sanguinamento che viene arrestato con coagulazione e punto transfisso transparietale. Si riverifica l'emostasi in sede di colecistectomia. Drenaggio di Penrose subfrenico destro. Controllo brecche cutanee in uscita e loro chiusura a punti staccati»*. SK

Il nuovo intervento chirurgico, con individuazione della fonte di sanguinamento e successiva emostasi sia per coagulazione sia con il passaggio di un punto di trasfissione, veniva eseguito rapidamente. I dati presenti in cartella clinica non consentono di evidenziare se vi sia stata una perdita ematica durante tale intervento.

È possibile, tuttavia, sottolineare come la \_\_\_\_\_ non abbia presentato nel periodo intercorso fra i due interventi chirurgici segni di shock (ipovolemico-emorragico) e come anche i dati clinici e strumentali della fase del risveglio dal secondo intervento non consentano di definirne l'attualità (ore 18.00 *«PAO 120/80. SO2 100%. FC 122 b/m. Drenaggio 20 cc sieroso. Diuresi 300»*)

Anche i dati delle ore 19.45 *«PAO 120/80. Prelievo di controllo ore 22.00. Drenaggio ~40 cc sieroem.»* dimostravano un quadro clinico sostanzialmente di stabilità; nel diario

<sup>7</sup> La frequenza cardiaca fetale oscilla, normalmente, tra 110 e 160 bpm. Tra 109 e 100 bpm la bradicardia viene definita "lieve" e al di sotto di 100 bpm "grave".

infermieristico è riportata «Diuresi 300 cc» ed alle ore 22.00 «Apiretica. Diuresi 1500 cc. Prelievo x emocromo di controllo. Drenaggio tracce. Decorso postoperatorio nella norma»

Deve ritenersi, pertanto, che anche il decorso post-operatorio del secondo intervento chirurgico sia stato normale, non emergendo, tra l'altro, contrazione della diuresi.

Dal diario clinico si ha contezza che il giorno successivo all'intervento veniva constatato con una TAC dell'addome (alle ore 19.25) che, tra l'altro, la gravidanza si era interrotta («Esame eseguito in paziente con aborto interno, bendaggi chirurgici e drenaggi in addome. Minimo versamento pleurico bibasale, posteriormente. Aria libera, in sede periepatica, per verosimile esito di intervento chirurgico. Non grossolane fulde liquide né significative raccolte, in addome. Diffusa distensione gassosa intestinale delle anse. Iperdensità dell'adipe mesenteriale, con associata linfoadenopatia reattiva, nello spazio inter-cavo-aortico. Fegato, v. biliari, milza, ghiandole surrenali e vescica compatibili con l'età»), come peraltro confermato nella relazione certificativa dell'ecografia ostetrica effettuata lo stesso giorno («A.C. assente»).

Tale riscontro veniva ribadito all'indomani (3.12.2010), eseguendo l'ecografia ostetrica («in utero feto unico, non vitale, con biometria compatibile con l'epoca di amenorrea (16w) Placenta posteriore. In atto non perdite ematiche genitali»).

L'esecuzione del raschiamento uterino non veniva ritenuto urgente in considerazione del quadro clinico, in quel momento, presentato dalla paziente.

Veniva monitorata, comunque, la crasi ematica, essendo rilevato un decremento dell'emoglobina, dell'ematocrito e delle emazie<sup>8</sup>, per cui il personale sanitario riteneva alle ore 18.30 del 2.12.2010 di trasfondere la paziente, la quale rifiutava il trattamento sanitario in ossequio al suo credo religioso (testimone di Geova).

A seguito del rilevamento il giorno dopo di un ulteriore decremento delle emazie, dell'emoglobina e dell'ematocrito<sup>9</sup> il personale sanitario illustrava il caso, intorno alle ore 11.00 del 3.12.2010, al magistrato di turno presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Termini Imerese e trasfondeva la paziente, lo stesso giorno, alle ore 12.00, alle ore 17.50 e alle ore 19.20<sup>10</sup>.

Conseguita la stabilizzazione clinica, la ..... il 6.12.2010 veniva trasferita alla Unità Operativa di provenienza, dove il giorno successivo veniva sottoposta a raschiamento della cavità uterina e, quindi, il 9.12.2010 dimessa ed inviata al proprio domicilio".

\*\*\*\*\*

<sup>8</sup> 2.12.2010 ore 18:04:31 Globuli rossi 2.110.000/mm<sup>3</sup>; Hb 6.0 g/dl; Ht 18,0%

<sup>9</sup> 3.12.2010 ore 8:24:14 Globuli rossi 1.890.000/mm<sup>3</sup>; Hb 5.3 g/dl; Ht 16,4%

<sup>10</sup> Dal diario infermieristico: «ora 12.00 Su disposizione del medico di guardia si procede alla emotrasfusione d'urgenza con 0 neg N°... ora 12.55 terminata trasfusione, nessuna reazione ... ora 17.50 inizia emotrasfusione. Ora 19.00 termina emotrasfusione. Ora 19.15 inizia il sacca ...»; dal diario clinico: «03.12.10 ore 11.00 ... si informa il magistrato di turno del Tribunale di Termini Imerese (dr. Caronia) e si

Ritiene il decidente che le risultanze processuali non consentano di individuare profili di responsabilità nella condotta degli odierni imputati con riferimento alla morte del feto che portava in grembo.

Vanno invero interamente condivise le conclusioni a cui sono pervenuti i nominati periti prof. , prof. e dott. in quanto scientificamente corrette poiché fondate sui dati oggettivi rilevati dalla documentazione medica concernente il ricovero di e su una lettura critica degli stessi; per contro non possono non essere rilevate le contraddizioni in cui sono incorsi i consulenti del P.M. e che saranno *infra* evidenziate.

Giova, in primo luogo, rilevare che agli imputati e viene contestato - secondo l'assunto accusatorio, che ha integralmente recepito le valutazioni espresse dai consulenti tecnici del Pubblico Ministero nel loro elaborato tecnico - di avere cagionato la morte del feto che la portava in grembo, morte che - sempre secondo l'ipotesi accusatoria cristallizzata nel capo A) della rubrica - sarebbe sopravvenuta successivamente al secondo intervento a causa di shock ipovolemico causato dall'emorragia in atto.

Più in particolare si contesta:

- agli imputati e , in qualità di chirurghi operanti nell'ambito del primo intervento di colecistectomia con tecnica laparoscopica: di avere errato nell'esecuzione del primo intervento, lesionando con gli strumenti utilizzati un vaso sanguigno con conseguente emorragia, di non aver effettuato adeguata ispezione della cavità addominale e delle breccie peritoneali prima della chiusura della incisione centrale al fine di escludere la presenza di lesioni vascolari, e di aver omesso un'accurata sorveglianza della paziente nel periodo post operatorio non rilevando la perdita ematica in atto e ritardando la necessaria terapia;

- agli imputati e , in qualità di chirurghi operanti nell'ambito del secondo intervento: di aver eseguito detto intervento in maniera inadeguata, operando in laparoscopia un'elettrocoagulazione del vaso lesionato e applicando un solo punto transfisso parietale, insufficienti ad arrestare l'emorragia in corso.

Tali negligenze e imperite condotte dei sanitari avrebbero, quindi, cagionato la morte del feto, che - come detto - sarebbe sopravvenuta successivamente al secondo intervento a causa di shock ipovolemico causato dall'emorragia in atto.

---

*procede ad emotrasfusione di emergenza ... ore 17.50 si trasfonde sacca n.10501317, gruppo A pos.. Ore 19.20 si trasfonde sacca n.10501328, gruppo A pos.»*

Ciò premesso, i periti hanno evidenziato, sulla base degli accertamenti svolti, la correttezza del comportamento degli imputati in ordine alle scelte terapeutiche effettuate sulla paziente

Ad avviso dei periti, infatti, la decisione di sottoporre a trattamento chirurgico di colecistectomia è stata sicuramente opportuna visto il quadro di colelitiasi complicata con il ripetersi di coliche biliari.

La , fra l'altro, era a conoscenza del suo stato di malattia e della possibilità, peraltro non frequente, di complicanze relative ad un intervento chirurgico.

L'indicazione alla colecistectomia trova riscontro non solo nel ricovero ospedaliero ma anche nei dati ematochimici relativi al periodo pre-operatorio. Il lieve aumento delle amilasi era suggestivo di una flogosi pancreatica che costituisce complicanza severa della malattia litiasica colecistica. Il trattamento preventivo della suddetta malattia costituisce opportuna prevenzione di complicanze maggiori quali appunto l'ittero ostruttivo e la pancreatite acuta, che possono obbligare i sanitari a trattamenti diagnostico-terapeutici di tipo maggiormente invasivo. Nel caso di una paziente in stato di gravidanza deve ritenersi, ad avviso dei periti, assolutamente giustificata la prevenzione - con l'atto terapeutico chirurgico - delle più che presumibili complicanze.

Come sottolineato dai nominati periti, la scelta della tipologia di intervento chirurgico e in particolare la tecnica laparoscopica rispetto alla tecnica chirurgica open trova giusta indicazione rappresentando oggi la metodica più idonea nel trattamento della colelitiasi: invero, una scelta diversa, in assenza di motivazioni cliniche generali o di una malattia della colecisti complicata, avrebbe costituito una opzione terapeutica errata. SH

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici effettuati, i periti hanno affermato come detti interventi, dalle descrizioni agli atti, siano stati eseguiti con tecnica e tempi corretti.

In particolare si legge nell'elaborato peritale:

*"Infatti dalla descrizione del primo intervento chirurgico non si evincono difficoltà tecniche nella esecuzione della colecistectomia. L'immediato decorso post-operatorio è seguito adeguatamente dal punto di vista assistenziale. Infatti i Sanitari curanti hanno posto immediata indicazione al successivo intervento che è avvenuto con tempestività ed ha trovato rapida risoluzione della complicanza. La stessa (il sanguinamento nella sede di introduzione di uno dei trocar) costituisce evenienza possibile (nella generica prevedibilità, ma nella sostanziale imprevedibilità) che necessita talvolta, come accaduto nel caso che ci occupa, di una revisione chirurgica. Così come descritto nell'atto operatorio, il sanguinamento era legato all'inserzione del trocar nell'emiaddome di*

*sinistra ed i sanitari hanno proceduto ad immediata ed efficace rivalutazione chirurgica, risolvendo il problema. A proposito dell'inserzione dei trocar necessaria per l'intervento, in Letteratura per la paziente in stato di gravidanza esiste, come già riportato, solamente la raccomandazione di procedere con tecnica "open" e quindi con cautela chirurgica nell'inserzione del trocar in sede peri-ombelicale.*

*Non vi sono state, quindi, carenze comportamentali da parte degli imputati e gli interventi chirurgici sono stati correttamente eseguiti".*

Ritiene questo giudice di condividere le conclusioni a cui sono pervenuti i nominati periti in ordine alla correttezza dell'operato degli imputati

e

Invero i consulenti tecnici del Pubblico Ministero – i quali hanno ritenuto, anch'essi, che l'intervento di colecistectomia per via laparoscopica sia stato correttamente eseguito – nel corso del loro esame dibattimentale hanno chiarito che il sanguinamento non si è manifestato nel corso del primo intervento chirurgico, altrimenti, come evidenziato dai medesimi consulenti del Pubblico Ministero, i medici avrebbero posto in essere i passaggi tecnici per fermare il sanguinamento: (v. pag. 8 della trascrizione del verbale di udienza dell'8 aprile 2016), ma si è verificato dopo l'esecuzione del primo intervento.

In particolare lo stesso prof. \_\_\_\_\_ ha spiegato che, nel caso della \_\_\_\_\_, si è trattato di un sanguinamento "molto subdolo" di origine venosa dovuto all'inserzione di un trocar. S

Sul punto il prof. \_\_\_\_\_ ha chiarito che, quando si attraversa con il trocar la parete addominale, poiché la stessa è attraversata da vasi sia arteriosi sia venosi anastomizzati (vasi di portata modesta), è possibile ledere qualcuno dei suddetti vasi, spiegando che – allorquando si tratta di vene – il sanguinamento può non manifestarsi subito (a differenza di quanto accade quando si lede un'arteria, poiché il sanguinamento in quel caso si vede subito ed è quindi possibile arrestarlo prima della chiusura della incisione centrale).

Il prof. \_\_\_\_\_, che nel corso della sua audizione ha ribadito la natura "subdola" del tipo di sanguinamento verificatosi nel caso della \_\_\_\_\_, ha pure chiarito che detto sanguinamento venoso non necessariamente si sarebbe reso evidente pur aspettando due - tre minuti prima della chiusura della incisione centrale ("*se invece è venoso non è detto che spunti subito perché la pressione venosa è molto bassa rispetto alla pressione arteriosa sicché deve arrivare questa onda sfigmica da valle perché possa cominciare a fuoriuscire questo sangue, poi siccome non esce a pressione, comincia a colare lentamente...L'ultima cosa che si leva è la telecamera, nel frattempo sono passati quei*

due tre minuti per cui, se non c'è niente, a questo punto bisogna pur fidarsi ad un certo punto di qualcosa").

È dunque evidente, sulla scorta dei chiarimenti resi dal prof. in dibattimento, che nessun errore nell'esecuzione del primo intervento è addebitabile agli imputati e ; posto che la lesione del vaso venoso non è riconducibile a imperizia degli stessi nell'utilizzo degli strumenti chirurgici.

Invero deve ritenersi acclarato che il possibile sanguinamento dei vasi è correlato alla particolare tipologia di strumento che viene utilizzato nell'intervento di colecistectomia con tecnica laparoscopica, ossia il trocar: detto strumento chirurgico, infatti, attraversa la parete addominale che è appunto vascolarizzata, e lo stesso, proprio a cagione della sua particolare conformazione (trattasi di strumento con punta di penetrazione), può di per sé ledere quaicuno di tali vasi ("succede che, quando si passa con lo strumento, lo strumento li - i vasi: ndr - spinge di lato ...e sul momento non sanguinano").

A tal riguardo sempre il prof. ha affermato (v. pag. 12 della trascrizione del verbale di udienza dell'8 aprile 2016) che "è successo a tutti di avere un sanguinamento dalla parete addominale" ed anche il nominato perito prof. ha confermato che il rischio di sanguinamento dovuto all'inserzione dei trocars non è completamente eliminabile, essendo appunto correlato alla tecnica laparoscopica ("certamente ho avuto qualche sanguinamento dall'inserzione del trocar...è capitato anche a me di prendere uno di questi vasi...il sanguinamento è una evenienza possibile descritta in letteratura che però tutti i chirurghi qualche volta hanno avuto").

Alla luce dei chiarimenti forniti dai consulenti del Pubblico Ministero e dai periti, nella specie, non è dunque ravvisabile alcuna imperizia dei chirurghi nell'inserzione del trocar.

Si è pure acclarato che il sanguinamento venoso, per la sua insidiosità, può manifestarsi anche dopo la chiusura della incisione centrale e pur quando il chirurgo abbia prudentemente indugiato due - tre minuti prima di detta chiusura e abbia ispezionato la cavità addominale e le breccie peritoneali, posto che il sanguinamento venoso ben può non manifestarsi in detto lasso temporale "attendista" (prof. : "se è venoso non è detto che spunti subito": pag. 13 della trascrizione del verbale di udienza dell'8 aprile 2016: "Signor Giudice non è certissimo. Non è certissimo. Perché queste vene non molto grandi quando si disperdono nell'ambito del tessuto muscolare è possibile che intanto le fibre muscolari le stringano in qualche modo per cui non è detto

*che possano sanguinare subito*": pag. 78 della trascrizione del verbale di udienza del 27 ottobre 2016).

Del resto lo stesso prof. \_\_\_\_\_, in dibattimento, ha affermato che il sanguinamento nella specie si è verificato dopo l'intervento chirurgico: non v'è, quindi, alcun motivo di ritenere che i chirurghi non avrebbero provveduto ad arrestare l'emorragia, se il sanguinamento si fosse effettivamente manifestato durante l'intervento chirurgico, prima della chiusura della incisione centrale.

Sotto tale profilo non può non evidenziarsi come le asserzioni dei consulenti tecnici delle parti civili (v. elaborato depositato in data 10 gennaio 2018) circa il fatto che i chirurghi del primo intervento non avrebbero osservato, per almeno 20 -- 30 secondi, il sito di inserzione dopo la rimozione del trocar perché nel verbale operatorio ciò non è descritto "e non vi è ragione di credere che le procedure di controllo siano state praticate" siano meramente assertive.

Invero è del tutto logico e ovvio che la descrizione di un intervento chirurgico nel verbale operatorio sia sintetica e abbia per oggetto le fasi salienti dell'intervento: ora, nel caso di specie, la descrizione dell'intervento di colecistectomia contiene la descrizione delle varie fasi dello stesso (compresa quella della emostasi) e la sua descrizione non può essere certamente comparata con quella del secondo intervento, trattandosi di due interventi aventi natura diversa posto che il secondo era un intervento riparatore del sanguinamento e nella sua descrizione i medici danno appunto atto di avere arrestato il focolaio di sanguinamento.

Del resto, alla luce dei chiarimenti resi dal prof. \_\_\_\_\_ e dal prof. \_\_\_\_\_ (medici chirurghi specialisti nella materia *de qua*, a differenza dei componenti del collegio dei consulenti delle parti civili, collegio che non annovera uno specialista di chirurgia generale e segnatamente un medico chirurgo specialista in colecistectomia), non solo non esiste alcuna prescrizione che impone di scrivere espressamente nel registro operatorio che "si è indugiato" 20 – 30 secondi" (lasso temporale, questo, veramente irrisorio e assolutamente insufficiente posto che il sanguinamento può manifestarsi a distanza di tempo dalla fine dell'intervento) prima della chiusura della inserzione centrale, ma non vi è, al contrario, ragione di credere che, nel caso della paziente \_\_\_\_\_, i medici non abbiano osservato il sito tanto è vero che nella descrizione dell'intervento si dà atto dell'avvenuta emostasi.

In ogni caso, a prescindere dalla questione della descrizione dell'intervento chirurgico, non solo i consulenti delle parti civili non hanno minimamente dimostrato che

il "subdolo" (come icasticamente definito dal prof. ) sanguinamento venoso si sia manifestato prima della chiusura della incisione centrale, ma sia i consulenti del Pubblico Ministero e sia i periti hanno chiarito come detto sanguinamento sia, invero, avvenuto solo dopo la fine dell'intervento di colecistectomia come uno stillicidio ematico, che - via via - è aumentato progressivamente.

E' infatti emerso che, nella specie, non si è trattato di una grande emorragia (legata alla lesione di un grosso vaso) né di un sanguinamento massivo nella sua fase iniziale ossia nella fase immediatamente successiva all'intervento operatorio, bensì di una perdita ematica (da un vaso venoso della parete addominale) che non si è evidenziata nel momento in cui si è concluso il primo intervento chirurgico (Prof. : "*Qui l'emorragia, la perdita ematica non era evidenziabile al momento in cui è finito, si è concluso l'intervento chirurgico*"), ma si è verificata successivamente e progressivamente sotto forma di uno stillicidio ematico che, man mano, è divenuto più importante: ciò è dimostrato dal drenaggio (che era stato posizionato dai chirurghi in via cautelativa, costituendo il drenaggio appunto una spia del possibile sanguinamento correlato a tale tipo di intervento chirurgico) che inizialmente era silente sieroso (ore 15.30. v. diario clinico) e, solo in un secondo tempo (ore 16.15: v. diario clinico), si è modificato divenendo sierocromatico (v. sul punto esame del prof. ).

I periti hanno poi sottolineato come il decorso post - operatorio del primo intervento chirurgico (così come pure quello del secondo intervento chirurgico) della paziente sia stato seguito adeguatamente dal punto di vista assistenziale, con immediata indicazione al successivo intervento riparatore che è avvenuto con tempestività e ha trovato rapida soluzione della complicanza correlata al sanguinamento legato all'inserzione del trocar nell'emiaddome di sinistra; conclusione questa assolutamente condivisibile sulla scorta dei dati obiettivi desumibili dalla cartella medica e dalla cartella infermieristica.

Invero risulta dalla cartella anestesiologicala che, dopo il primo intervento chirurgico, la è rimasta sotto l'osservazione del medico anestesista (che ha appunto sorvegliato il suo risveglio e non ha impartito alcuna particolare prescrizione da seguire nel monitoraggio post operatorio) sino alle ore 11.25; alle ore 11.30 è stata controllata la pressione arteriosa che presentava valori normali (110/70: v. diario infermieristico); alla paziente è stato, quindi, posizionato in via cautelativa un drenaggio in cavità addominale, drenaggio che appunto costituisce una spia che consente di osservare dall'esterno eventuali liquidi che possono prodursi in cavità addominale (e proprio il drenaggio, alle



ore 16.15, segnalerà la presenza di una perdita ematica, trasformandosi da silente sieroso in sieroematico); alle ore 12.00 gli infermieri hanno controllato la paziente (e, come provocatoriamente e giustamente affermato dal prof. \_\_\_\_\_, non può seriamente pensarsi che l'infermiere si sia limitato a dire "Buongiorno signora", ma ha certamente effettuato un controllo clinico della paziente verificando qualche parametro - per esempio il polso o il colorito - indicativo dell'andamento del decorso postoperatorio verso la guarigione; sul punto si rimanda integralmente alle dichiarazioni del prof. \_\_\_\_\_ a pag. 14 della trascrizione del verbale di udienza del 7 gennaio 2018); alle ore 13.45 la paziente riferiva al personale infermieristico contrazioni addominali sicché veniva subito allertato il medico di guardia (il dott. \_\_\_\_\_), il quale - a sua volta - correttamente richiedeva una consulenza ginecologica, trattandosi appunto di paziente in stato di gravidanza che avvertiva contrazioni addominali (sul punto i periti hanno evidenziato che, dopo un intervento chirurgico di colecistectomia, è assolutamente normale la presenza di dolore addominale di tal che è logico ritenere che gli infermieri abbiano avvisato il medico di guardia allorquando tale dolore ha presentato delle anomalie con l'associazione di contrazioni addominali; peraltro anche il prof. \_\_\_\_\_ ha affermato che, dopo un siffatto intervento chirurgico, il dolore addominale "ci sta"); alle ore 14.00 venivano rilevate la frequenza cardiaca (148) e la saturazione dell'ossigeno in aria ambiente (98%); alle ore 15.00 veniva effettuata un'ecografia ostetrica che evidenziava una frequenza cardiaca fetale gravemente e persistentemente bradicardica e il ginecologo consigliava l'effettuazione di un emocromo; alle ore 15.30 veniva riscontrato: «Paz. tachicardica (FC ~140 b/m). PAO 90/70. Si esegue prelievo di controllo + elettroliti + ECG + cons. internistica. Drenaggio silente sieroso»; alle ore 16.02 venivano acquisiti i risultati dell'esame emocromocitometrico effettuato (Hb g/dL 10.5, Ht% 29.9; v. pag. 15 della relazione peritale ove sono riportati i risultati degli esami effettuati); alle ore 16.15 si rilevava: «Paz. ipotesa, tachicardica (FC 140 b/m). Drenaggio ~200 sieroematico. Si posiziona ca. vescicale» e, alle ore 16.50 veniva, infine, eseguito l'«Intervento chirurgico; inizio ore 16.50; fine ore 17.50. Si conferma terapia prescritta: Controllo PAO, FC, diuresi e SO2. Prelievo di controllo ore 19.00».

Ebbene, si concorda con i nominati periti, che hanno ripetutamente ribadito la correttezza del monitoraggio effettuato dopo il primo intervento chirurgico.

Invero solo alle ore 16.15 il drenaggio si è modificato divenendo sieroematico, mentre sino a quell'ora il drenaggio (che appunto costituisce la spia della perdita ematica in addome; come precisato dal prof. \_\_\_\_\_, le ferite sono suturate di tal che è difficile

che il sangue possa essere uscito dalle stesse) è silente: e certamente sia il medico di guardia dott. (che interviene alle ore 13.45) sia il ginecologo (che interviene alle ore 15.00), così come pure gli infermieri, avrebbero rilevato e segnalato - ove vi fosse stato - un drenaggio ematico, drenaggio che sino alle ore 15.30 è invece ancora silente sieroso; del pari è assolutamente implausibile ritenere che gli infermieri, il medico di guardia e il ginecologo abbiano - tutti quanti - deliberatamente ignorato l'asserita e incontenibile fuoriuscita di sangue dalla ferita descritta dalle parti civili (e sul punto si ribadisce quanto affermato dal prof. , apparendo invero assolutamente inverosimile una copiosa fuoriuscita di sangue dalla ferita suturata, che sarebbe stata ignorata da tutti i sanitari, medici e infermieri).

E' appunto con l'esito degli esami emocromocitometrici effettuati alle ore 15.30 (esito pervenuto alle ore 16.02) e con il drenaggio delle ore 16.15 che ci si accorge che vi è una perdita ematica in corso e immediatamente viene disposto, dall'imputato

, un nuovo intervento chirurgico riparatore della predetta perdita ematica (intervento chirurgico che inizia tempestivamente alle ore 16.50, tenuto conto degli ovvi tempi tecnici necessari per preparare la paziente e allestire la sala operatoria).

Come pure evidenziato dai periti, correttamente è stato allertato il ginecologo allorché la ha lamentato contrazioni addominali trattandosi di paziente in stato di gravidanza e del pari correttamente, allorché sono state rilevate la grave bradicardia fetale e la tachicardia della paziente (140 b/m) e si è avuta contezza dei valori dell'emoglobina (alle ore 16.02), ci si è preoccupati di intervenire chirurgicamente sulla paziente poiché la vita del feto - come noto - dipende da quella della madre ( "perché se muore la madre, muoiono madre e feto. perché il feto ha 17 settimane e quindi è scontato che non abbia capacità di vita autonoma": v. pag. 15 della trascrizione del verbale di udienza del 17 gennaio 2018).

In definitiva, dunque, il monitoraggio della paziente, dopo il primo intervento chirurgico, è stato correttamente eseguito, dovendosi pure evidenziare che il controllo clinico del paziente (pressione arteriosa, polso, colorito, saturazione, controllo del drenaggio) nel postoperatorio rientra negli ordinari compiti e nelle ordinarie competenze del personale infermieristico (come pure sottolineato dal prof. , consulente del Pubblico Ministero) e nella specie gli infermieri hanno subito allertato il medico di guardia al manifestarsi delle contrazioni addominali.

Come affermato dal prof. (Ordinario di Chirurgia Generale nell'Università di Messina e specialista in Chirurgia Generale, in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed

Endoscopia Digestiva, in Chirurgia Toracica), l'osservazione della paziente è stata effettuata correttamente, con una cadenza assolutamente regolare; il prof. ha invero escluso la necessità di una rilevazione dei valori della pressione e della frequenza cardiaca con una particolare cadenza, non essendovi indicazioni in tal senso da parte del medico anestesista e tenuto conto che - essendosi nella specie trattato di una emorragia avvenuta progressivamente - il riscontro dei dati pressori o dei dati della misurazione del polso arterioso avrebbe potuto non essere significativo ("il dato significativo è il drenaggio, perché se ci fosse stata un'emorragia nel drenaggio avremmo sangue"; "l'osservazione dei pazienti, tranne che non si trovino in terapia semintensiva non prevede tutto ciò. Non vi sono prescrizioni dell'anestesista, la paziente dobbiamo ricordarci che è stata sottoposta ad un'anestesia la mattina, che consigli l'esecuzione di esami nel decorso post-operatorio...la pressione era normale, la paziente si è ben svegliata perché riferisce la dolenzia...Però io credo di poter affermare che, visti i controlli che sono stati fatti e vista la non presenza di dati che consigliassero un monitoraggio diverso, non mi sento di poter dire che si doveva fare qualcosa di diverso").

A tal riguardo si rileva che non v'è alcun dato obiettivo da cui inferire, con ragionevole certezza, che se i valori pressori e la frequenza cardiaca fossero stati rilevati prima avrebbero fornito un'indicazione univoca di un'emorragia in atto posto che la , dopo il secondo intervento, benché si sia verificato un ulteriore decremento dell'emoglobina, presentava - come affermato dai suoi consulenti tecnici e come si ricava dalla cartella infermieristica - valori pressori "pienamente in linea con la normalità fisiologica" e che la stessa - come pure rilevato dai suoi consulenti - è portatrice di una naturale tendenza a

Non può dunque scientificamente asserirsi che da una rilevazione di tali dati con una maggiore frequenza sarebbero certamente emersi valori univoci di una perdita ematica in atto (pag. 59 e ss. della trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018: prof. : "la signora non è mai diventata pallida, non ha avuto una vasocostrizione periferica se non rappresentata da 148 di frequenza cardiaca e di questo abbassamento di pressione arteriosa ad una giovane età diciamo di 23 anni se non ricordo..24 anni e la pressione arteriosa a quella età è piuttosto bassa...quindi 90 su 60 è una pressione arteriosa che viene definita neanche moderata, una "mild" dagli anglosassoni, una poco meno rispetto alla norma;...qui ci si è accorti quando ci si poteva accorgere della perdita ematica della donna, che non era una perdita ematica

*significativa, in assenza di segni e sintomi che configurassero un vero e proprio stato di shock, l'anestesista che sottopone la donna al reintervento al secondo reintervento praticando l'anestesia mica parla di shock").*

Del pari il secondo intervento chirurgico è stato eseguito con tecnica e tempi corretti: tale intervento ha infatti consentito di individuare la fonte di sanguinamento ed è stata effettuata la successiva emostasi sia per coagulazione sia con passaggio di un punto di transfissione.

Invero il perito prof. \_\_\_\_\_ ha sottolineato come la correttezza del secondo intervento si evinca dal fatto che la TAC dell'addome effettuata dopo circa 24 ore dal secondo intervento, alle ore 19.25 del giorno successivo (TAC che appunto costituisce una fotografia chiara), non evidenzia la presenza di materiale ematico in addome: il che appunto dimostra con assoluta chiarezza come la tecnica chirurgica utilizzata abbia arrestato il sanguinamento.

I periti hanno invero ripetutamente rilevato che il sanguinamento si è avuto dopo il primo intervento chirurgico e nel corso del secondo intervento chirurgico, ribadendo come la rivalutazione chirurgica sia stata effettuata in maniera rapida ed efficace con la realizzazione dell'emostasi, come appunto attestato dalle risultanze della TAC da cui si desume che nella cavità addominale non v'era liquido, che invece sarebbe stato presente ove la fonte di sanguinamento non fosse stata arrestata con la revisione chirurgica. 8

Del resto anche i consulenti tecnici delle parti civili hanno affermato che il secondo intervento chirurgico ha arrestato il sanguinamento (pag. 26 della trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018; dott. \_\_\_\_\_: "*il secondo intervento ha interrotto il sanguinamento, su questo non c'è dubbio... nel momento in cui viene effettuato il secondo intervento cessa immediatamente la perdita*"; pag. 30 dott. \_\_\_\_\_: "*si dopo il secondo intervento è cessata la fonte di sanguinamento*"); peraltro va ancora una volta ribadito che il collegio dei consulenti tecnici delle parti civili non includeva alcun medico chirurgo specialista in chirurgia generale e segnatamente in colecistectomia: ora le osservazioni mosse dai predetti consulenti alla relazione peritale in ordine alla correttezza degli interventi chirurgici e del monitoraggio dopo il primo intervento chirurgico sono - come già rilevato - assolutamente apodittiche e congetturali e non sono in grado di scalfire le puntuali conclusioni, fondate su dati obiettivi e supportate da argomentazioni scientifiche, dei nominati periti e *in primis* del prof. \_\_\_\_\_, specialista nella materia *de qua*.

Quanto alle cause del decesso del feto, si riportano le conclusioni dei nominati periti:

"Per quanto concerne l'interruzione di gravidanza, si rileva che nel corso dell'indagine di riscontro diagnostico sul cadavere del feto eseguita dall'anatomopatologo ospedaliero, veniva constatato che il feto, di sesso femminile, presentava dismorfismo della faccia, presentando appiattimento della radice nasale, fronte prominente, orecchie piccole e micrognazia (*«Fenotipo esterno ... Facies dismorfica ovalare caratterizzata da radice del naso appiattita, fronte prominente, orecchie piccole, micrognazia, occipite piatto ...»*); pur venendo riscontrata una normoconformazione degli organi toraco-addominali (*«Feto di sesso femminile normoconformato ... Organi interni toracici ed addominali ... con maturazione e sviluppo adeguato all'età gestazionale e con alterazioni da distress subacuto intrauterino ...»*); il patologo, quindi, nel commentare l'indagine necroscopica precisava che le alterazioni dismorfiche della faccia non potevano essere inquadrate in una malformazione specifica a causa degli avanzati processi di autolisi e dell'epoca gestazionale (*«... Il fenotipo fetale risulta mal indagabile poiché reperti dismorfici fenotipici sono di complessa valutazione, in presenza dei fenomeni macerativi e di autolisi post-mortale. Inoltre, in epoca gestazionale molto precoce alcuni aspetti legati a determinati quadri sindromici possono essere incompletamente espressi...»*).

Il suddetto riscontro induce a ritenere che il decesso del feto, ragionevolmente avvenuto poco tempo dopo l'esecuzione dell'ecografia ostetrica effettuata alle ore 15.00 dell'1 dicembre, sia da ascrivere ad un evento certamente non riconducibile alla perdita ematica della madre, atteso che l'esame emocromocitometrico effettuato alle ore "16:02:55" dell'1.12.2010, quindi dopo l'ecografia, non è affatto indicativo di anemia (materna) significativa nel senso della riduzione dell'apporto di ossigeno al feto per via transplacentare, anche con riguardo alla normale ed "adeguata" attivazione di meccanismi di compenso (su tutti la tachicardia materna), in assenza di fattori di rischio (per esempio, malattia coronarica, insufficienza cardiaca, patologia cerebrovascolare) ed al di fuori di condizioni configurative di uno stato di shock (ipovolemico/emorragico) e, pertanto, di ipossia (G.R. 3.580.000/mm<sup>3</sup>; Hb 10.5 g/dl; Ht 29.9%) ed essendo sempre stabile e normale, tra l'altro, la saturazione in ossigeno del sangue materno per come documentata dai ripetuti controlli infermieristici.

Purtroppo l'assenza di materiale iconografico, documentativo dell'esame diagnostico condotto sul cadavere del feto, non consente di definire più esattamente ed eventualmente la causa dell'interruzione della gravidanza, che potrebbe essersi verificata in relazione ad una patologia incompatibile con la vita, determinante del tutto co-incidentalmente il decesso in epoca successiva, comunque, alla colecistectomia e non correlabile, come detto, con l'intervento stesso e l'ancimizzazione della gestante".

Ebbene va innanzitutto evidenziato come non vi sia certezza in ordine all'esatto momento temporale in cui è avvenuta la morte del feto posto che l'interruzione della gravidanza è stata rilevata in data 2 dicembre 2010 (ossia il giorno successivo ai due interventi), a seguito di ecografia ostetrica (della quale non risulta l'orario di esecuzione) e della TAC addome.

Ciò posto, correttamente i periti hanno ritenuto che il decesso del feto sia ragionevolmente avvenuto poco tempo dopo l'esecuzione dell'ecografia ostetrica effettuata alle ore 15.00 dell'1 dicembre allorché è stata rilevata una frequenza cardiaca fetale gravemente e persistentemente bradicardica indicativa di una condizione di premorte: tale dato relativo alla bradicardia fetale, indicativa di una gravissima condizione del feto, appunto di premorte, smentisce, dunque, il primitivo assunto dei consulenti del Pubblico Ministero (trasfuso nel capo di imputazione), i quali avevano collocato temporalmente la morte del feto successivamente all'esecuzione del secondo intervento e come conseguenza dello shock ipovolemico che sarebbe stato causato dall'emorragia a sua volta causata dai due interventi chirurgici in sinergia fra loro.

Peraltro tale primitivo assunto è stato contraddetto dagli stessi consulenti del Pubblico Ministero, i quali – a seguito delle valutazioni dei periti – hanno corretto il tiro (v. relazione depositata il 4 gennaio 2018) retrodatando di fatto la morte del feto in epoca sostanzialmente coincidente con la rilevata bradicardia, conclusione questa che collide con l'ipotesi accusatoria contenuta nel capo A) delle imputazioni; come spiegato dal prof.

..., non si può sostenere che il feto sia potuto sopravvivere con 83 battiti al minuto sino alle ore 19.00 dell'1 dicembre, affermazione assolutamente coerente con il fatto che trattasi di un valore significativo di una gravissima sofferenza fetale ("il feto ha esattamente la metà della frequenza cardiaca che dovrebbe avere ... è un feto prossimo alla morte") e che smentisce l'assunto dei consulenti delle parti civili che hanno – senza spiegazione alcuna – collocato la morte del feto "durante o subito dopo il secondo intervento", senza dunque alcuna certezza temporale (v. pag. 19 della relazione tecnica dei consulenti delle parti civili depositata il 10 gennaio 2018).

Ed ancora, in maniera assolutamente corretta dal punto di vista scientifico, i periti hanno escluso che si sia mai verificato uno stato di shock (ipovolemico/emorragico) della paziente ed hanno altresì escluso che la morte del feto sia eziologicamente ascrivibile all'intervento di colecistectomia e alla perdita ematica della paziente (che appunto secondo l'assunto accusatorio avrebbe innescato lo shock ipovolemico e quindi determinato la morte del feto).

I periti, nel corso del loro esame dibattimentale, hanno infatti spiegato, in maniera puntuale e particolareggiata, come non si sia mai configurato uno stato di shock della donna (shock che, secondo i consulenti del Pubblico Ministero avrebbe, come detto, cagionato la morte del feto).

Invero lo stato di shock presenta un quadro clinico ben preciso (contemporanea grave compromissione delle funzioni cardiocircolatoria, respiratoria e nervosa) nella specie del tutto assente posto che la . non ha mai presentato le condizioni cliniche configurative di uno stato di shock (pallore, nausea, vasocostrizione periferica, stato confusionale, oliguria, ipotensione, polso piccolo) da cui sarebbe poi scaturita la morte del feto a causa della ipossigenazione dello stesso attraverso la via transplacentare: tali condizioni cliniche non sono state descritte neppure dalla stessa o dai suoi congiunti e non sono riportate nella cartella clinica.

I periti hanno invero ribadito come la perdita ematica (dato dell'emoglobina delle ore 16.02: 10.5 g/dL) della non fosse una perdita significativa - tanto è vero che neppure l'anestesista che ha praticato l'anestesia del secondo intervento ha rilevato uno stato di shock della paziente - e hanno puntualizzato come si sia trattato di un'anemia moderata, che non può determinare la grave sofferenza fetale rilevata alle ore 15.00.

Invero il prof. , pur ribadendo che la morte del feto non è eziologicamente riconducibile alla perdita ematica della madre, ha chiarito come in assenza di un esame della placenta non si possa affermare con certezza quale sia stata la causa della morte del feto, potendosi formulare solo delle ipotesi ed essendo del pari rimasto indimostrato che il feto sia morto in quanto si sarebbe innescato il cosiddetto processo di "centralizzazione del circolo", addotto assiomaticamente dai consulenti delle parti civili.

Questi ultimi invero - dopo gli accertamenti peritali - hanno dovuto necessariamente discostarsi dalle conclusioni dei consulenti del Pubblico Ministero (che fondavano l'ipotesi accusatoria trasfusa nel capo A) delle imputazioni) in ordine alla configurabilità di uno stato di shock causa della morte del feto ed hanno sostenuto che il feto sarebbe morto a causa dell'emorragia che avrebbe determinato un "riarrangiamento del circolo" (sul punto v. a pag. 58 della trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018 le dichiarazioni del perito prof. : "*Cos'altro c'è da dire in questa vicenda? che il feto è morto per centralizzazione del circolo? e da cosa è dimostrato? Da cosa è dimostrato che ci sia stata una centralizzazione del circolo che si è innescato il meccanismo alfa adrenergico?*").

I periti hanno sottolineato come l'anatomopatologo abbia rilevato dei dati relativi ad alterazioni morfologiche del viso del feto (*facies dismorfica*), quali le orecchie piccole o la micrognazia, che non sono correlabili ai fenomeni macerativi *post mortem* ("l'anatomopatologo esprime una morfologia del viso che a lui non è sembrata normale...ci sono dei dati che vengono descritti e poi, la fronte prominente, insomma ci sono dei dati che propongono all'anatomopatologo un'idea che poi non risolve perché non è in grado di risolverla. noi siamo in grado soltanto di dire che l'assenza di materiale iconografico, quindi non possiamo rappresentare questa alterazione della morfologia del capo del feto, non consente di definire esattamente ed eventualmente la causa dell'interruzione della gravidanza": v. pag. 22 della trascrizione del verbale di udienza del 17 gennaio 2018).

Inoltre i periti hanno rilevato come vi siano dei dati indicativi di un ritardo dell'accrescimento fetale; a tal proposito il prof. \_\_\_\_\_ ha in particolare evidenziato come raffrontando i riscontri ecografici del giorno 30 novembre 2010 e del successivo 2 dicembre 2010 emerga che la lunghezza del femore del feto è diminuita, ciò che non è correlabile ai fenomeni post mortali in quanto il femore è una struttura ossea rigida: ebbene i valori biometrici del riscontro ecografico del giorno 2 dicembre 2010 (compreso il diametro biparietale) sono indicativi di un ritardo di accrescimento del feto di tre settimane e, a fronte di tale dato, non può semplicisticamente concludersi che la misurazione del femore pari a 11 mm risultante dal riscontro ecografico del giorno 2 dicembre 2010 e indicativa di un ritardo dell'accrescimento sarebbe "un errore di trascrizione del medico ecografista" (così il dott. \_\_\_\_\_, consulente delle parti civili).

Peraltro non può obliterarsi che dalla cartella clinica relativa al ricovero di \_\_\_\_\_ nel periodo dal 6 al 13 novembre 2010 risulta che sia la diagnosi di ingresso sia la diagnosi di dimissione formulata dal medico è "minaccia di aborto"; trattasi di una ben precisa diagnosi che il medico ha formulato sulla base degli accertamenti sanitari svolti e del narrato della stessa paziente e non già sulla base di mere illazioni; ed ancora dall'anamnesi ostetrico - ginecologica della medesima risulta pure che la stessa, in passato, aveva avuto un aborto spontaneo. dati questi che non possono essere pretermessi al fine di potere assiomaticamente affermare che il feto che la donna portava in grembo era sicuramente sano.

Neppure il referto dello screening per la valutazione del rischio di trisomia 21, 18 e 13 consente di affermare, al di là di ogni ragionevole dubbio, che il feto fosse sicuramente sano: come infatti ben spiegato dal perito dott. \_\_\_\_\_, trattasi di esame che



riguarda solo tre cromosomi, mentre tutti gli altri cromosomi (il corredo cromosomico è infatti formato da 46 cromosomi) non sono stati esaminati ed esistono circa settemila patologie di natura genica, tenuto conto del fatto che la prevalenza degli aborti è determinato da alterazioni cromosomiche o geniche.

Invero, come ripetutamente rilevato dai periti, il fatto che non sia stata esaminata la placenta non consente di definire in maniera certa ed esatta la causa di interruzione della gravidanza, pur dovendosi senz'altro escludere – alla stregua degli accertamenti svolti dai nominati periti – che la morte del feto sia eziologicamente correlabile all'intervento di colecistectomia e alla anemia (moderata, come precisato sempre dai periti) della gestante.

Più specificatamente il prof. \_\_\_\_\_ ha chiarito come – in assenza dell'esame della placenta, esame come noto assolutamente fondamentale e imprescindibile - si possano solo formulare delle mere ipotesi in ordine alla causa di interruzione della gravidanza (*"non è possibile definire una causa eziopatogenetica di questo evento mortale. Possiamo solo formulare ipotesi"*), spiegando appunto che l'ipotesi formulata dal collegio peritale è che l'*exitus* possa essere stato determinato da una patologia del feto incompatibile con la vita e che la moderata anemia materna (10.5 g/dL) abbia agito come mera occasione che ha slatentizzato detta patologia incidendo – come la goccia che fa traboccare il vaso già colmo *"pronto a svuotarsi e a sfuggire di mano"* (così si è espresso metaforicamente il prof. \_\_\_\_\_) - su una placenta che non era perfettamente irrorante e nutriente il feto, su una circolazione feto – placentare *"che era pronta per definirsi patologica"*; ancora il prof. \_\_\_\_\_ ha rilevato come anche l'abbassamento della pressione arteriosa che si verifica a seguito dell'induzione dell'anestesia (nel caso della \_\_\_\_\_ l'anestesia del primo intervento) potrebbe essere stata l'occasione che ha prodotto la grave sofferenza - rilevata alle ore 15.00 - di un feto che era portatore di un problema genetico, già *"pronto per morire in utero"*.

In definitiva non possono che recepirsi le puntuali ed esaurienti conclusioni dei nominati periti a fronte delle quali i consulenti tecnici delle parti hanno solo formulato ipotesi meramente congetturali, pretermettendo, fra l'altro, qualsivoglia giudizio controfattuale.

A tal riguardo si rileva infatti che i consulenti tecnici del Pubblico Ministero e i consulenti tecnici delle parti civili non hanno neppure fornito alcuna logica dimostrazione in ordine al fatto che se l'intervento riparatore (a loro avviso tardivamente eseguito) fosse stato anticipato, la morte del feto non si sarebbe verificata: muovendo dal loro assunto secondo cui vi sarebbe correlazione tra l'anemia della gestante e la morte del

feto, proprio il fatto che i valori dell'emoglobina siano ulteriormente diminuiti dopo il secondo (riuscito) intervento chirurgico dimostrerebbe che, anche ove fosse stato tecnicamente e praticamente possibile eseguire prima detto intervento (sempre tenendo conto del fatto che non appena si sono manifestate le contrazioni addominali, era necessario indagarne la possibile causa ed era necessario accertare *in primis* il ginecologo tenuto conto che si trattava di una paziente in stato di gravidanza, non potendosi semplicisticamente e acriticamente ritenere che la paziente dovesse essere subito riportata in sala operatoria), nulla sarebbe comunque mutato stante la perdurante anemia materna (alla domanda del Pubblico Ministero se anticipando l'intervento era possibile salvare il feto il prof. ha risposto in maniera dubitativa: "*è possibile sì ma è possibile anche no...cioè non è possibile dire nulla*").

Per tutte le considerazioni sin qui svolte e alla stregua dei rassegnati approfonditi accertamenti peritali, non essendo ravvisabili - per le ragioni esposte - le contestate carenze comportamentali e non potendo la morte del feto essere imputata a condotte colpose dei chirurghi che intervennero, gli imputati  
e vanno dunque mandati assolto dal reato a loro ascritto al capo A) perché il fatto non sussiste.

\*\*\*\*\*

Alla stregua delle emergenze probatorie, va invece affermata la penale responsabilità dell'imputato in ordine al reato di violenza privata ascrittogli al capo B) della rubrica; a conclusioni diverse, come avrà modo di osservarsi in seguito, è dato, invece, giungere con riferimento alla posizione dell'imputato, il quale va mandato assolto dall'imputazione ascrittagli al capo B) - sia pure ai sensi del capoverso dell'art. 530 c.p.p. - perché il fatto non costituisce reato.

Risulta dalla documentazione acquisita agli atti che, cristiana Testimone di Geova, durante il ricovero avvenuto in data 6 novembre 2010 presso l'Ospedale di Termini Imerese (Unità Operativa Complessa di Ostetricia), aveva consegnato le "Direttive anticipate relative alle cure mediche con contestuale designazione di amministratore di sostegno", con le quali faceva appunto presente che rifiutava le emotrasfusioni in quanto Testimone di Geova.

Inoltre nella cartella clinica relativa al ricovero di presso l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Termini Imerese (diretta dall'imputato) nel periodo dal 30 novembre 2010 al 6 dicembre 2010 risultano effettuate le seguenti annotazioni:

ore 18.30 del 2.12.2010: "Presa visione degli esami ematochimici si prepara emotrasfusione urgente che la paziente rifiuta ostinatamente contro parere sanitari". Seguono le firme del dott. \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_; trattasi dell'emotrasfusione che era stata predisposta dal dott. \_\_\_\_\_ in relazione a un valore dell'emoglobina pari a 6.0 g/dL; risulta, ancora, che \_\_\_\_\_ sottoscrisse, sempre alle ore 18.30 del 2.12.2010, il modulo "rifiuto alla trasfusione di sangue";

ore 11.00 del 3.12.2010: "Alla luce dell'emocromo effettuato stamattina (5,3 Hb), considerato lo stato di necessità del caso specifico, tenuto conto del eredo religioso (testimone di Geova) si informa il magistrato di turno del Tribunale di Termini Imerese (dr \_\_\_\_\_) e si procede ad emotrasfusione di emergenza".

Tale ultima annotazione delle ore 11.00, relativa alla "emotrasfusione di emergenza" (a cui segue la ulteriore annotazione della dott.ssa \_\_\_\_\_: "Si richiede cons. ginecologica e n. 2 sacche emocompatibili presso centro trasfusionale di Cefalù"), come risulta dal timbro e dalla sottoscrizione in calce alla stessa, è stata apposta dall'imputato \_\_\_\_\_, il quale -- come incontestabilmente emerso dall'istruttoria dibattimentale -- fu il medico che dispose l'emotrasfusione a cui, alle ore 12.00, venne sottoposta \_\_\_\_\_, su disposizione appunto del medesimo dott. \_\_\_\_\_: per effettuare detta emotrasfusione venne utilizzata una sacca di sangue (ORh) che era già disponibile presso lo stesso presidio ospedaliero di Termini Imerese. 8

Sono state acquisite al fascicolo del dibattimento, con l'accordo delle parti, le dichiarazioni rese dalla dott.ssa \_\_\_\_\_, Pubblico Ministero di turno, alla quale - la mattina del 3 dicembre 2010 - si rivolse il dott. \_\_\_\_\_.

Segnatamente la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha dichiarato che, la mattina del 3 dicembre 2010, aveva ricevuto una telefonata dal presidio ospedaliero S. Cimino di Termini Imerese con cui veniva informata della situazione di criticità che si era venuta a creare in quanto una paziente, Testimone di Geova, rifiutava di sottoporsi a emotrasfusione ritenuta dai medici curanti indispensabile per la sopravvivenza; la dott.ssa \_\_\_\_\_ ha poi precisato che il suo interlocutore le aveva rappresentato il pericolo di vita, in caso di mancata trasfusione, in ordine alla sopravvivenza sia della madre sia del feto e che lei aveva spiegato al suo interlocutore che il Pubblico Ministero di turno non è l'autorità competente ad autorizzare un trattamento sanitario coattivo.

\_\_\_\_\_, nel corso del suo esame dibattimentale (v. deposizioni rese alle udienze del 15 gennaio 2016 e del 13 settembre 2016), ha dichiarato, con riferimento

all'emotrasfusione praticata alle ore 12.00, che la mattina del 3 dicembre 2010, dopo che l'infermiera (la caposala) aveva fatto uscire dalla sua stanza di degenza i suoi congiunti in quanto i medici dovevano procedere alle visite mediche in reparto, il dott. [redacted] - frattanto rimasto da solo con lei - le aveva rappresentato la necessità di procedere ad emotrasfusione "perché l'emoglobina si era abbassata e, se si abbassava ancora, rischiava di morire" e che lei aveva ribadito, anche a fronte della prospettiva del dott. [redacted] circa il pericolo di vita in cui ella versava, il suo rifiuto a ricevere l'emotrasfusione.

A quel punto il dott. [redacted] le aveva detto che, visto che rifiutava l'emotrasfusione, avrebbe provveduto a farsi dare un'autorizzazione dal magistrato ("*Guarda, la tua volontà io la capisco, però io devo farla. A me dispiace. Visto e considerato che tu non la vuoi, io a questo punto mi faccio dare un'autorizzazione da un magistrato*").

Il dott. [redacted] era quindi ritornato all'interno della sua stanza di degenza, in compagnia dell'infermiera (la caposala), dicendole che aveva avuto dal magistrato, telefonicamente, "questa autorizzazione" e che quindi avrebbero proceduto a trasfonderla.

La [redacted] ha quindi raccontato che era fisicamente molto debilitata e che, al momento della trasfusione delle ore 12.00 (effettuata dopo circa un'ora da quando il dott. [redacted] le aveva comunicato di avere acquisito l'autorizzazione del magistrato), erano presenti nella sua stanza due infermieri, un uomo e una donna, precisando che l'uomo, dopo averle detto che dovevano farle la trasfusione perché c'era l'autorizzazione del magistrato ("*Signora dobbiamo fare la sacca, c'è l'autorizzazione del magistrato, stia ferma che dobbiamo farla*"), le aveva materialmente praticato l'emotrasfusione mentre la donna le teneva ferme le ginocchia e il braccio e lei continuava a ripetere loro, piangendo, "*non la voglio, vi chiedo per favore*"; quindi, al momento di lasciare la stanza, l'infermiera le aveva intimato: "*signora non le venga in mente di levarsi l'ago se no sarebbe pericolosissimo. Io l'avverto, poi faccia lei*" ("*loro me l'hanno messa, mi hanno messo nella condizione: è responsabilità tua, io te la metto, poi quello che vuoi fare, fai. Io invece non la volevo*").

(infermiera coordinatrice presso l'unità operativa di chirurgia dell'ospedale di Terni Imerese), escussa in qualità di teste, ha dichiarato che, durante l'emotrasfusione delle ore 12.00, era accanto alla [redacted] mentre l'infermiere la trasfondeva, spiegando che la donna era molto triste e piangeva "*perché la situazione chiaramente era molto triste*" in quanto la paziente, l'estimone di Geova, non aveva dato

il consenso alla trasfusione, come anche lei (la ) ben sapeva (v. pag. 72 della trascrizione del verbale di udienza del 7 dicembre 2016).

La teste ha spiegato di essere stata presente alla trasfusione delle ore 12.00 per sostenere il suo collega infermiere in quanto *"la situazione era particolare...era una situazione un po' triste perché la paziente era chiaramente sofferente e molto prostrata e piangeva tantissimo"* (*"perché penso che i testimoni di Geova non accettino questo tipo di trattamento...so che i testimoni di Geova...non tollerano di essere trasfusi per problemi religiosi loro"*), precisando che lei era posizionata a destra dell'infermiere che materialmente somministrava l'emotrasfusione.

La ha poi confermato che l'emotrasfusione delle ore 12.00 era stata disposta dal primario, dott.

La teste ha quindi spiegato le modalità tecniche con cui si effettua materialmente e concretamente l'emotrasfusione, chiarendo che si disinfetta il braccio, si posiziona sul braccio il laccio emostatico, si procede alla ricerca di un accesso venoso con un calibro medio - che possa appunto contenere l'ago - e quindi si procede all'intrusione dell'ago cannula in vena, come era appunto avvenuto anche nel caso della (*"il collega è andato proprio per incannulare la vena, una vena nuova"*), avendo la appunto presenciato a tutta la procedura dell'emotrasfusione (compresa l'intrusione dell'ago cannula) praticata alla donna alle ore 12.00.

Ha infine puntualizzato che, allorquando si effettuano le visite mediche, i parenti dei degenti non possono presenziare.

I nominati periti, con riferimento alla emotrasfusione praticata alla alle ore 12.00, hanno innanzitutto richiamato le **Raccomandazioni SMTI** (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, giugno 2010) **sulla trasfusione perioperatoria. Capitolo 4 "La gestione del paziente chirurgico nella fase postoperatoria"** ed, in particolare Tabelle II-VI: quest'ultima tabella soprattutto indica che per **"valori di emoglobina inferiori/uguali a 60 g/L"** (6.0 g/dl), come nel caso della , **"la TT (Terapia Trasfusionale) è quasi sempre necessaria"**, ma tali valori **"possono essere tollerati purché la valutazione del singolo paziente consenta di escludere fattori di rischio e inadeguati meccanismi di compenso"**.

Hanno poi evidenziato, sulla base dei dati clinici e laboratoristici documentali, la mancanza - nella paziente - di una grave, contemporanea compromissione delle funzioni cardiocircolatoria, respiratoria e nervosa, escludendo quindi che la donna, allorquando le venne praticata la trasfusione delle ore 12.00 disposta

dall'imputato \_\_\_\_\_, versasse in una situazione di pericolo attuale di vita; a tal riguardo hanno pure richiamato il Decreto 1 settembre 1995 "Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri": "Art.4, comma 3: **Quando vi sia un imminente pericolo di vita, il medico può procedere a trasfusione di sangue anche senza il consenso del paziente. Devono essere indicate nella cartella clinica, in modo particolareggiato, le condizioni che determinano tale stato di necessità...**" mettendo in rilievo la mancanza, nella specie, di una concreta valutazione da parte dei sanitari della capacità della \_\_\_\_\_ di tollerare ben precisi e "bassi" livelli di emoglobina (sotto i 6.0 g/dl) secondo le già citate Linee guida SIMTI 2010.

Tali conclusioni sono state ribadite dai periti anche nel corso del loro esame dibattimentale.

Segnatamente il prof. \_\_\_\_\_ ha sottolineato che la \_\_\_\_\_ non è mai stata in pericolo di vita, non essendosi mai configurata (non risultando infatti né dalla cartella clinica né da altri dati o da testimonianze) una grave compromissione contemporanea (necessaria per la configurabilità del pericolo imminente di vita, che appunto implica un serio e grave perturbamento delle grandi e fondamentali funzioni organiche del soggetto) delle funzioni cardiocircolatoria (nel caso della \_\_\_\_\_ "polso e pressione sono mantenuti, il polso è addirittura al di sopra della norma"), respiratoria e nervosa, non risultando appunto né che la paziente \_\_\_\_\_ abbia mai perso conoscenza o sia entrata in uno stato di confusione mentale né che vi sia stata una sofferenza respiratoria della donna.

Invero, come spiegato dal prof. \_\_\_\_\_, la \_\_\_\_\_ non era portatrice di particolari problemi che potessero innescare un aggravamento delle sue condizioni di salute (quali: malattia coronarica, insufficienza cardiaca, patologia cerebrovascolare, meccanismi di compenso limitati) di tal che non era \_\_\_\_\_ (alla stregua della tabella VI delle raccomandazioni SIMTI, che appunto esemplifica i fattori di rischio in via generale e non solo, come invece sostenuto dalla difesa dell'imputato \_\_\_\_\_, con riferimento al "range" 50 - 80 g/L Hb) una paziente che andava obbligatoriamente trasfusa: nella specie, non sussistendo fattori di rischio o inadeguati meccanismi di compenso (che, infatti, non sono documentati in cartella clinica), non vi era dunque un'indicazione alla trasfusione, pur essendo il valore dell'emoglobina inferiore a 6.0 g/dl.

Ora, alla stregua delle acquisite emergenze probatorie, è certo che l'imputato \_\_\_\_\_ era ben consapevole dell'espresso dissenso alla emotrasfusione (disposta dal medesimo \_\_\_\_\_ e poi praticata alla paziente alle ore 12.00), manifestato

da \_\_\_\_\_ - in stato di lucidità e la stessa mattina del 3 dicembre 2010 - anche personalmente allo stesso dottor \_\_\_\_\_, che le aveva appunto prospettato la necessità, a suo avviso, di detto trattamento terapeutico, essendosi inequivocabilmente acclarato che la paziente è sempre stata cosciente e vigile.

Invero tale conclusione in ordine alla piena consapevolezza, da parte dell'imputato \_\_\_\_\_, dell'espresso rifiuto manifestatogli dalla paziente si ricava logicamente da una serie di elementi, che smentiscono quanto invece asserito dal medesimo imputato in sede di spontanee dichiarazioni (rese subito prima della discussione delle parti), ossia che la \_\_\_\_\_, in un colloquio privato con lui, avesse - a fronte del prospettato pericolo di vita - assentito alla emotrasfusione.

A tal riguardo vengono in rilievo le seguenti significative circostanze (che, appunto, confermano la veridicità del racconto della \_\_\_\_\_ in ordine alla patita trasfusione):

- il dott. \_\_\_\_\_ compulso il Pubblico Ministero di turno al fine di ottenere (senza esito) una copertura giuridica al suo agire: non v'era infatti alcuna ragione di contattare telefonicamente il Pubblico Ministero ove la \_\_\_\_\_ avesse mutato opinione e avesse al fine manifestato al dott. \_\_\_\_\_ (nell'asserito colloquio privato) il suo consenso alla emotrasfusione;

- il dott. \_\_\_\_\_, per convincere il Pubblico Ministero ad avallare in qualche modo il suo operato, prospettò, in caso di mancata trasfusione, un inesistente (come visto) pericolo di mancata sopravvivenza sia della \_\_\_\_\_ sia addirittura - in modo assolutamente non veritiero - del feto, di cui il giorno precedente era stata inequivocabilmente accertata la morte (l'imputato, in sede di spontanee dichiarazioni, ha affermato che il decesso del feto fu accertato alle ore 9.00 della mattina del 2 dicembre; ed infatti, come risulta dalla cartella clinica, l'interruzione della gravidanza venne accertata il giorno 2 dicembre a seguito dell'esecuzione sia di un'ecografia ostetrica sia di una TAC addome); peraltro la stessa dott.ssa \_\_\_\_\_ ha precisato che il suo interlocutore (ossia l'imputato \_\_\_\_\_) le rappresentò che la paziente, Testimone di Geova, rifiutava di sottoporsi ad emotrasfusione;

- l'emotrasfusione delle ore 12.00 fu personalmente "presidiata" dall'infermiera \_\_\_\_\_ (infermiera coordinatrice presso l'unità operativa di chirurgia dell'ospedale di Termini Imerese e quindi in posizione apicale rispetto agli altri infermieri) proprio in ragione della particolare criticità della situazione (ed a supporto del collega che materialmente procedeva), trattandosi appunto di una paziente che rifiutava l'emotrasfusione, come confermato dalla stessa \_\_\_\_\_ (che ha rievocato lo stato di

prostrazione della paziente, che appunto piangeva in quanto contraria al trattamento che veniva eseguito sulla sua persona); la stessa era ben consapevole -- come del resto il dott. -- del rifiuto opposto dalla paziente a detto trattamento sanitario a cui venne sottoposta, nonostante la sua espressa contraria volontà, su disposizione del medesimo dott.

- nessuno dei testi escussi, in particolare i vari medici ed infermieri (sono stati acquisiti al fascicolo del dibattimento anche i verbali di sommarie informazioni testimoniali rese da alcuni infermieri), ha fatto il benché minimo accenno al "colloquio privato" nel corso del quale la avrebbe acconsentito alla emotrasfusione; pare veramente strano che l'imputato non abbia mai riferito ad alcuno e segnatamente ai suoi più stretti collaboratori della mutata volontà della paziente, ove ciò fosse realmente accaduto nel corso del famoso "colloquio privato"; per contro dall'escussione dei testi (si vedano in particolare le dichiarazioni della dott.ssa i e della , soggetti "vicini" al dott. ) e dalle sommarie informazioni testimoniali è emersa una situazione altamente problematica legata al persistente rifiuto della alla trasfusione: è dunque evidente che, anche quando l'imputato e la rimasero da soli (peraltro, come confermato dalla i, i parenti dei degenti vengono, di regola, fatti allontanare al momento delle visite dei medici, con ciò riscontrando specificamente le dichiarazioni della ), la paziente persistette nel rifiuto alla emotrasfusione, così da indurre il dott. , nel tentativo di bypassare la contraria volontà espressagli dalla donna, a compulsare il Pubblico Ministero.

I rassegnati pregnanti elementi, dunque, suffragano specificamente il narrato della persona offesa che ha rievocato, in maniera sofferta, gli accadimenti della mattina del 3 dicembre 2010.

Ed ancora si è accertato che, nella specie, non si è configurata una situazione di pericolo attuale per la vita della paziente, pericolo di vita che l'imputato prospettò al Pubblico Ministero (unitamente al pericolo di mancata sopravvivenza del feto, già purtroppo morto) al chiaro scopo di ottenere dall'autorità giudiziaria una sorta di "autorizzazione" a procedere con l'emotrasfusione tanto che la dott.ssa dovette rappresentare al dott. che "il Pubblico Ministero di turno non è l'autorità competente ad autorizzare un trattamento sanitario coattivo".

La dott.ssa ha pure puntualizzato come l'imputato le avesse prospettato, in caso di mancata trasfusione, il "pericolo di vita" anche del feto; ebbene, trattasi (a



differenza di quanto diviso dalla difesa dell'imputato ) di una ben precisa affermazione del magistrato indicativa, per la sua chiarezza e perentorietà, di un ricordo nitido su quanto le veniva prospettato dal dott. in ordine alla necessità di trasfondere la paziente: a tal riguardo si rileva come l'imputato , neppure nel corso delle sue dichiarazioni spontanee, ha spiegato cosa avesse esattamente detto alla dott.ssa e segnatamente non ha minimamente chiarito quali specifici dati fattuali, anche clinici, le avesse rappresentato; è certo, dunque, che l'imputato, nel corso del colloquio telefonico con il Pubblico Ministero, ha volontariamente obliato la circostanza dell'avvenuto decesso del feto visto che ha prospettato al magistrato - come ricordato con precisione dalla dott.ssa - il "pericolo di vita" anche per il feto.

Appare allora chiaro che il prospettato "pericolo di vita" del feto era funzionale a "convincere" il Pubblico Ministero ad avallare la decisione di trasfondere la paziente in quanto si sarebbe trattato della sopravvivenza di un soggetto diverso dalla paziente che opponeva il suo rifiuto.

Quanto, poi, al pericolo di vita della , si richiamano sul punto le puntuali e logiche argomentazioni svolte dal prof. in ordine all'insussistenza di un pericolo imminente per la vita della donna.

A tal riguardo va evidenziato che il prof. (consulente tecnico dell'imputato ), mentre nella prima relazione tecnica di consulenza ha profilato una condizione di "concreto pericolo di vita" della che avrebbe imposto la necessità di trasfondere la donna pur avendo ella manifestato il proprio dissenso alla trasfusione (v. penultima pagina dell'elaborato datato 25 marzo 2017), in seguito alle conclusioni dei nominati periti, ha virato - con ciò ridimensionando la sua precedente tesi - profilando (v. trascrizione verbale di udienza del 19 febbraio 2018), ove non fosse stata eseguita la trasfusione, un "rischio di ingravescenza nella prosecuzione dell'anemia", un rischio per la salute, "l'incombente di un danno grave alla persona che potrebbe essere la morte ma poteva anche essere di altra natura...il rischio qualità della sopravvivenza", ipotizzando in particolare "la possibilità dell'innescarsi di una "CID" (coagulazione intravasale disseminata).

Ora - a prescindere dal fatto che, come si spiegherà in seguito, nel caso di rifiuto manifestato dal paziente a trattamenti terapeutici (come appunto nel caso della , non è comunque invocabile dal medico la scriminante dello stato di necessità - si osserva che, nella specie, non si è configurato alcun pericolo attuale di danno grave alla persona, posto che anche quelle formulate da ultimo dai consulenti

tecniche dell'imputato sono mere ipotesi, essendo rimasta indimostrata la concreta imminenza dell'innescarsi di una "CID" tanto che il prof. : ha dovuto fare riferimento a un generico "rischio qualità della sopravvivenza" e a non meglio precisate "sequele" in caso di mancata trasfusione (v. trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018).

Ma l'imminenza di una situazione di grave pericolo alla persona, indilazionabile e cogente (presupposto per l'operatività - in linea teorica - della scriminante dello stato di necessità), oltre che dai dati clinici, è smentita anche dall'evolversi cronologica degli avvenimenti.

Invero la trasfusione delle ore 12.00 fu disposta dal dott. , come si legge nell'annotazione dallo stesso manoscritta in cartella clinica, sulla base del valore dell'emoglobina rilevato alle ore 8.24 (5.3 g/dL).


Ebbene, non può non evidenziarsi che alle ore 11.24 (e quindi prima dell'esecuzione dell'emotrasfusione) il valore dell'emoglobina era in risalita (5.8 g/dL), così come pure il valore dell'attività protrombinica (passata dal valore di 53% delle ore 8.24, su cui tanto si sono soffermati i consulenti tecnici dell'imputato ), al valore 124% delle ore 11.24 e quindi rientrando in un "range" di normalità.

Peraltro il dott. (consulente tecnico dell'imputato ) ha correttamente puntualizzato che il farmaco "Novo Seven" (nome commerciale di un medicinale e precisamente di un coadiuvante della coagulazione del sangue: è il fattore VII attivato della coagulazione, indicato nella gestione di episodi emorragici, intraoperatori e post-operatori) praticato alla paziente alle ore 9.00 della mattina del 3 dicembre 2010 "è un farmaco che agisce, agisce immediatamente e quando agisce, agisce bene", smentendo la assiomatica tesi del farmaco dagli effetti effimeri e transitori (con riferimento al valore pari a 124% dell'attività protrombinica il dott. ha affermato: "*intanto è una risposta al farmaco, significa che le piastrine della paziente hanno risposto e questo è un dato importante...*"; v. pag. 199 della trascrizione del verbale di udienza del 7 aprile 2017; "*una volta fatto il coagulo, se si ripristina una massa del volume ematico e tutto, quindi ci dà una discreta sicurezza che le fonti emorragiche si siano arrestate*"; pag. 47 della trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018).

Non senza, peraltro, evidenziare che il prof. , con riferimento alle interrelazioni fra il farmaco "Novo Seven" e l'attività protrombinica (il cui valore alle ore 11.24 era, come detto, un valore normale) ha comunque spiegato che "*il Novo Seven è il fattore settimo e la protrombina è il fattore due della coagulazione, quindi non è che il*

*fattore settimo compensa l'inattività o la mancanza di protrombina, quindi non aggiunge o toglie proprio niente",* puntualizzando altresì che il valore del 53% era relativamente basso, in quanto poco più basso dei valori normali che sono compresi nel range 70 – 120 (v. pag. 57 della trascrizione del verbale di udienza del 19 febbraio 2018).

Va pure detto che il semplice dato annotato in cartella infermieristica (3.12 ora: 15 "controllo Hbg 5.8 visto referto EMC dal M.d.G") non dimostra affatto quanto addotto dall'imputato in sede di spontanee dichiarazioni in ordine alla sua tardiva conoscenza di siffatto valore in quanto il prelievo relativo al valore 5.8 di emoglobina "...giunge semplicemente alle quindici in reparto".

Invero tale asserzione non solo è sfornita di prova in ordine all'asserito – anormale - ritardo ma cozza con la tempistica dei precedenti prelievi i cui risultati venivano resi disponibili in tempi brevi, anche nel giro di mezz'ora (si vedano i risultati dei prelievi effettuati alle ore 15.30 del giorno 1.12.2010 e alle ore 17.00 e 18.00 del giorno 2.12.2010; invero il valore dell'emoglobina delle ore 11.24 è relativo ad un prelievo ematico fatto in precedenza quella stessa mattina, dopo quello delle 8.24 il cui risultato era 5.3 g/dL); la ) era una paziente i cui valori dell'emoglobina venivano costantemente monitorati sicché è inverosimile che il dott. non si sia curato di verificare tempestivamente (e di sollecitare eventualmente) l'esito del prelievo effettuato subito dopo quello, ritenuto allarmante, delle ore 8.24; peraltro nella richiesta trasfusionale consegnata all'ospedale di Cefalù alle ore 14,20 del 3 dicembre 2010 (richiesta allegata alla cartella clinica) viene indicato dal medico richiedente dell'ospedale di Termini Imerese, quale valore dell'emoglobina della paziente, quello di 5.8 g/dL, con ciò dunque smentendosi quanto asserito dall'imputato in ordine al fatto che tale dato fu disponibile ai sanitari solo alle ore 15.00 visto che già nella richiesta trasfusionale preparata ben prima della sua materiale consegna presso l'ospedale di Cefalù era indicato siffatto valore, evidentemente già noto e pervenuto in reparto. 

Ma soprattutto va rilevato che l'imminenza di un danno grave alla persona è - ad evidenza - contraddetta dal fatto che l'emotrasfusione non venne effettuata immediatamente non appena rilevato il valore dell'emoglobina di 5.3 g/dL - che appunto determinò il dott. a praticare l'emotrasfusione - ma a distanza di oltre tre ore (quando peraltro l'emoglobina era in risalita così come era in ripresa l'attività protrombinica che aveva raggiunto un valore normale) utilizzando una sacca di sangue già presente presso il presidio ospedaliero di Termini Imerese.

Invero, se la \_\_\_\_\_ fosse stata effettivamente in una condizione di imminente e grave pericolo di vita (siccome prospettato dal dott. \_\_\_\_\_ al Pubblico Ministero) o se la situazione si fosse presentata come tale, certamente il dott. \_\_\_\_\_ non avrebbe potuto indugiare dalle ore 8.24 sino alle ore 12.00, avendo anche il tempo di contattare alle ore 11.00 il Pubblico Ministero, ma – in presenza di una situazione imperiosa e cogente o che appariva tale - egli sarebbe stato costretto a procedere immediatamente, senza dilazione alcuna, alla trasfusione da lui ritenuta salvifica per la vita della paziente posto che in ospedale era già disponibile una sacca di sangue da utilizzare immediatamente (quella che è stata appunto utilizzata per la trasfusione delle ore 12.00).

Ed ancora, con riferimento al rischio CID legato alla presenza del feto morto in utero, si osserva che in data 2 dicembre 2010, allorquando fu riscontrato l'aborto, il medico attestava che si trattava di aborto "*non urgente in attesa di miglioramento delle condizioni fisiche della paziente*" nonostante già in tale giornata fosse stato rilevato, nella paziente, un decremento dell'emoglobina (sino al valore di 6.0 g/dL), dell'ematocrito e delle emazie, mentre l'induzione medica del travaglio abortivo venne effettuata solo in data 7 dicembre 2010 in quanto non ritenuta – evidentemente - urgente: tali dati contraddicono l'assunto secondo cui la presenza del feto morto in utero costituiva fattore di rischio di un pericolo grave ed attuale per la vita e per la salute della \_\_\_\_\_ (prof. \_\_\_\_\_: "*il fattore di rischio di avere un feto in utero che potrebbe innescare domani, dopodomani, tra un mese la CID, non è in attualità. Di cosa stiamo parlando? Di ipotesi su ipotesi?*"); del resto lo stesso prof. \_\_\_\_\_ ha parlato di una mera possibilità dell'innescarsi di una CID sino a ridimensionare il rischio per la salute della donna a un semplice "rischio qualità della sopravvivenza").

In conclusione, nel caso di specie, deve escludersi la ricorrenza di un pericolo imminente di danno grave alla persona, non essendo documentati in cartella clinica né la presenza di fattori di rischio o di inadeguati meccanismi di compenso né una compromissione delle funzioni vitali della \_\_\_\_\_, dati questi la cui presenza non è stata riferita neppure dai medici che quella mattina erano presenti in reparto, tra cui segnatamente la dott.ssa \_\_\_\_\_ che quella mattina, come risulta in cartella, ha appunto visitato la paziente (e quindi avrebbe dovuto avvedersi se la paziente versava in condizione di grave criticità) praticando il "Novo Seven", senza tuttavia rilevare nessuna situazione di particolare allarme prossima a "sfuggire di mano" in maniera irreversibile.

Segnatamente la dott.ssa \_\_\_\_\_, nel corso della sua deposizione, non ha fatto cenno alcuno a una alterazione di taluna delle funzioni vitali della paziente tale da

ingenerare timore di un imminente pericolo di vita (ciò che contrasta con la situazione rappresentata dall'imputato al Pubblico Ministero).

La ricorrenza del preteso stato di necessità, come detto, è pure smentita dall'apprezzabile lasso di tempo intercorso fra il rilevamento del valore di 5.3 g/dL di emoglobina e l'emotrasfusione.

Pertanto, in assenza di dati di fatto concreti tali da indurre in errore, non sussisteva, nemmeno a livello putativo, una situazione di pericolo imminente e attuale, venendo in rilievo nella specie un'ipotesi di pericolo meramente probabile e meramente temuto dall'imputato (il quale verosimilmente temeva di avere commesso qualche errore terapeutico nella gestione della paziente) tant'è che lo stesso, al fine di convincere il Pubblico Ministero dott.ssa in ordine alla gravità del caso, ha dovuto artatamente prospettarle il "pericolo di vita" anche del feto non essendo evidentemente bastevole - già per il medesimo - addurre la sola condizione clinica della (cfr. *ex plurimis* Cass. pen., sez. I, 22 aprile 2009 in ordine all'erronea supposizione della sussistenza dello stato di necessità, che deve essere ancorata a dati di fatto concreti e non può basarsi su un criterio meramente soggettivo, principio questo costantemente ribadito dalla giurisprudenza di legittimità).

Alla luce di quanto detto e delle emergenze acquisite sin qui rassegnate, la condotta dell'imputato che, nonostante il dissenso ripetutamente espressogli dalla la stessa mattina del 3 dicembre 2010, dispose l'esecuzione della emotrasfusione praticata alla paziente, contro la sua volontà, alle ore 12.00, integra dunque pienamente gli estremi del delitto di violenza privata.

A tal riguardo, pare opportuno ricostruire, in via preliminare, l'evoluzione giurisprudenziale in tema di fondamento giuridico e di legittimazione dell'attività medico-chirurgica nonché di consenso informato del paziente, richiamando a tal fine le sentenze più significative intervenute sulla tematica *de qua*, pronunce che sono state pure compendiate nella nota sentenza delle Sezioni Unite della Suprema Corte n. 2437 del 18 dicembre 2008.

Come già evidenziato dalla giurisprudenza più risalente, l'attività medica rinvia la propria autolegittimazione non già nella scriminante del consenso dell'avente diritto ex art. 50 c.p. bensì direttamente negli artt. 13 e 32 della Costituzione (norme immediatamente precettive), ferma restando la necessità del consenso debitamente informato del paziente, anch'esso costituzionalmente presidiato (v. Cass. pen., sez. IV, 11 luglio 2001 n. 35822. che ha ribadito la tesi già affermata nella giurisprudenza civile:

cf., fra le tante, Cass., Sez. III civ., 25 novembre 1994, n. 10014; Sez. III civ., 15 gennaio 1997, n. 364; Sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748; Sez. III civ., 28 novembre 2007, n. 24742; Sez. III civ., 15 settembre 2008, n. 23676).

Invero la citata sentenza n. 35822 del 2011 della Suprema Corte sottolinea che la *"legittimità in sé dell'attività medica richiede per la sua validità e la sua concreta liceità, in principio, la manifestazione del consenso del paziente, il quale costituisce presupposto di liceità del trattamento medico-chirurgico"*, afferendo, esso, alla libertà morale del soggetto e alla sua autodeterminazione nonché alla sua libertà fisica, intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea: tutti profili riconducibili al concetto di libertà della persona, tutelato dall'art. 13 Cost.; non sarebbe dunque configurabile, in capo al medico, un "diritto di curare" come espressione di una posizione soggettiva qualificata, derivante dalla abilitazione all'esercizio della professione, giacché essa, per potersi estrinsecare, comporta di regola il consenso della persona che deve sottoporsi al trattamento sanitario di tal che *"la mancanza del consenso (opportunamente informato) del malato o la sua invalidità per altre ragioni, determina l'arbitrarietà del trattamento medico-chirurgico e la sua rilevanza penale, in quanto posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo"*.

Anche la precedente pronuncia n. 731 del 22 marzo 2001 della Corte di Cassazione aveva evidenziato che il medico non può manomettere l'integrità fisica del paziente, quando questi abbia espresso il suo dissenso, perché ciò sarebbe, oltre tutto, in contrasto anche con il principio personalistico espressamente accolto dall'art. 2 della Costituzione, ma chiaramente emergente da una serie di altre disposizioni della legge fondamentale.

Ed ancora nella sentenza della Suprema Corte, sez. I, 29 maggio 2002 n. 26446 si afferma il principio secondo il quale, in tema di attività medico-chirurgica, deve ritenersi che il medico sia sempre legittimato ad effettuare il trattamento terapeutico giudicato necessario per la salvaguardia della salute del paziente affidato alle sue cure, anche in mancanza di esplicito consenso, dovendosi invece ritenere insuperabile l'espresso, libero e consapevole rifiuto eventualmente manifestato dal medesimo paziente, ancorché l'omissione dell'intervento possa cagionare il pericolo di un aggravamento dello stato di salute dell'infermo e, persino, la sua morte.

In tale ultima ipotesi - ha puntualizzato la medesima sentenza - qualora il medico effettui ugualmente il trattamento rifiutato, potrà profilarsi a suo carico il reato di

violenza privata (principi, questi, ribaditi anche da Cass. pen., sez. V, 18 marzo 2015 n. 38914).

A tal riguardo è stato infatti evidenziato come non paia seriamente discutibile che in una società ispirata al rispetto e alla tutela della persona umana, quale portatrice di un patrimonio culturale e spirituale prezioso per l'intera collettività, non possa darsi assoluta prevalenza al valore sociale dell'individuo.

Nella successiva sentenza della Suprema Corte, Sez. VI, 14 febbraio 2006, n. 11640, si ribadisce il principio secondo cui *"l'attività medica richiede per la sua validità e concreta liceità la manifestazione del consenso del paziente, che non si identifica con quello di cui all'art. 50 c.p., ma costituisce un presupposto di liceità del trattamento"*: da ciò derivando che la mancanza o la invalidità del consenso *"determinano la arbitrarietà del trattamento medico- chirurgico e, quindi, la sua rilevanza penale, in quanto compiuto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo"*.

Dunque, come ribadito dalla costante giurisprudenza di legittimità, il consenso espresso da parte del paziente a seguito di una informazione completa sugli effetti e le possibili controindicazioni di un intervento chirurgico, è vero e proprio presupposto di liceità dell'attività del medico che somministra il trattamento, al quale non è attribuibile un generale diritto di curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato. SA

Il medico, infatti, al di fuori di taluni casi eccezionali (allorché il paziente non sia in grado per le sue condizioni di prestare il proprio consenso o dissenso e si versi in un quadro riconducibile allo stato di necessità), non può intervenire senza il consenso o malgrado il dissenso del paziente.

In questa prospettiva - come sottolineato dalla Suprema Corte - il consenso, per legittimare il trattamento terapeutico, deve essere informato, cioè espresso a seguito di una informazione completa, da parte del medico, dei possibili effetti negativi della terapia o dell'intervento chirurgico, con le possibili controindicazioni e la puntualizzazione della gravità degli effetti del trattamento.

Il consenso informato, infatti, ha come contenuto concreto la facoltà, non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche quella terminale.

Tale conclusione, fondata sul rispetto del diritto del singolo alla salute, tutelato dall'art. 32 Cost. (per il quale i trattamenti sanitari sono obbligatori nei soli casi

espressamente previsti dalla legge), sta a significare - come affermato dalla giurisprudenza di legittimità - che il criterio di disciplina della relazione medico-malato è quello della libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte, che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve sempre essere rispettata dal sanitario.

Sull'argomento sono infine intervenute le sezioni unite della Suprema Corte con la nota sentenza del 18 dicembre 2008 n. 2437, che ha ricostruito, in maniera analitica, l'evoluzione giurisprudenziale in materia richiamando anche la pronuncia della Corte Costituzionale (n. 438 del 2008), nella quale - come evidenziato dalla Suprema Corte - la tematica del consenso informato è stata scandagliata ex professo, offrendosi dell'istituto del consenso al trattamento medico un quadro definitorio dettagliato e del tutto sintonico con gli approdi cui era già pervenuta la giurisprudenza della medesima Corte di Cassazione.

Il Giudice delle leggi ha infatti avuto modo di puntualizzare che il "consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost., i quali stabiliscono, rispettivamente, che "la libertà personale è inviolabile", e che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", richiamando altresì sia varie fonti internazionali (quali segnatamente la Convenzione sui diritti del fanciullo firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con L. 27 maggio 1991, n. 176; la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con L. 28 marzo 2001, n. 145; la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000) - che, appunto, prevedono la necessità del consenso informato del paziente nell'ambito dei trattamenti sanitari - sia diverse leggi nazionali che disciplinano specifiche attività mediche: segnatamente la legge 21 ottobre 2005 n. 219 art. 3 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati) e la legge 23 dicembre 1978 n. 833 art. 33 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), il quale prevede che le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto dalla legge.



Ebbene, con detta pronuncia, le sezioni unite hanno affermato, alla luce dei principi costituzionali e delle fonti nazionali e sovranazionali, il principio che ove manchi o sia viziato il consenso "informato" del paziente e non si versi in una situazione di incapacità di manifestazione del valore e in un quadro riconducibile allo stato di necessità, il trattamento sanitario sarebbe, *eo ipso*, invasivo rispetto al diritto della persona di prescegliere se, come, dove e da chi farsi curare.

Anche il codice deontologico approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri il 16 dicembre 2006 conferma -- all'art. 35 -- che il "*medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente*", aggiungendo -- quale ulteriore conferma del principio della rilevanza della volontà del paziente come limite ultimo dell'esercizio della attività medica -- che "*in presenza di un documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona*".

La Suprema Corte, nella sentenza in disamina, ha quindi ribadito, in maniera chiara e inequivocabile, il principio della sicura illiceità, anche penale, della condotta del medico che abbia operato in *corpore vili* "contro" la volontà del paziente, direttamente o indirettamente manifestata, e ciò a prescindere dall'esito, fausto o infausto, del trattamento sanitario praticato, trattandosi di condotta che quanto meno realizza una illegittima coazione dell'altrui volere.

Invero la pronuncia in parola ha escluso la configurabilità del reato di violenza privata limitatamente alla peculiare fattispecie di paziente incosciente (ribadendo, invece, la illiceità penale della condotta del medico che abbia operato in *corpore vili* "contro" la volontà del paziente, come appunto nel caso della ): il caso specifico sottoposto all'esame della Corte era, infatti, quello del mutamento del tipo di intervento operatorio effettuato su paziente incosciente per effetto dell'anestesia totale praticatagli e senza che tale *variatio* fosse stata in precedenza assentita dal medesimo paziente, fattispecie questa (in cui non vi erano indicazioni contrarie da parte del paziente) del tutto differente da quella oggetto del presente processo in cui vi era invece un espresso rifiuto alla emotrasfusione, manifestato da una paziente vigile e nel pieno possesso delle sue capacità.

L'analisi della giurisprudenza scolpisce dunque il principio -- assolutamente sintonico con il nostro ordinamento giuridico incentrato sulla concezione personalistica

dell'uomo - della volontà del paziente come limite ultimo (non valicabile e non sacrificabile) dell'esercizio dell'attività medica; invero il criterio di disciplina della relazione medico - malato è quello della libera disponibilità del bene salute da parte del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, secondo una totale autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve essere sempre rispettata dal sanitario.

Va dunque riconosciuto al paziente un vero e proprio diritto di non curarsi, anche se tale condotta lo esponga al rischio stesso della vita.

Più specificamente in tema di consenso informato nella trasfusione di sangue, non può non rilevarsi la peculiarità della fattispecie in cui sia il Testimone di Geova, maggiorenne e pienamente capace, a negare il consenso alla terapia trasfusionale, essendo in tal caso il medico obbligato alla desistenza da tale terapia posto che, in base a principio personalistico, ogni individuo ha il diritto di scegliere tra la salvezza del corpo e la salvezza dell'anima.

Ed appunto, nel caso in esame, [redacted] - cosciente, lucida e nel pieno delle sue capacità - aveva manifestato, la stessa mattina del 3 dicembre, al dott. [redacted] il suo espresso rifiuto a essere sottoposta alla terapia trasfusionale, ritenuta salvifica dal predetto imputato, tanto è vero che quest'ultimo - all'evidente scopo di "aggirare" detto rifiuto - ha compulsato il Pubblico Ministero prospettandogli il "pericolo di vita" non solo della donna ma anche del feto (già deceduto) in modo tale che il Pubblico Ministero gli desse il suo avallo.

Nella specie non è invero invocabile la scriminante dello stato di necessità, neppure in forma putativa.

L'ambito di operatività di detta scriminante, nella materia *de qua*, è infatti circoscritto al caso in cui il paziente versi in una situazione di incapacità di manifestazione del volere (ossia quando lo stesso non sia in grado, per le sue condizioni, di prestare il proprio consenso o dissenso) e sussista un quadro riconducibile appunto allo stato di necessità (pericolo di un danno grave alla persona imminente e attuale), non già nell'ipotesi di un espresso, chiaro, libero e valido dissenso, quale quello più volte manifestato da [redacted] nel corso del suo ricovero presso il reparto di chirurgia diretto dal dott. [redacted]. Il rifiuto ribadito dalla donna anche la stessa mattina del 3 dicembre 2010 così da avere reso necessario all'imputato [redacted] il dover compulsare l'autorità giudiziaria al fine di trasfondere la paziente contro il suo volere (come detto, non sarebbe stato ovviamente necessario contattare il Pubblico Ministero ove realmente

la donna avesse mutato il suo volere, secondo quanto sostenuto dal predetto imputato nel corso delle sue dichiarazioni spontanee).

Non esiste, infatti, nel nostro ordinamento un soccorso di necessità cosiddetto coattivo, che appunto possa travalicare la contraria volontà dell'interessato, posto che il perimetro della scriminante dello stato di necessità, alla luce dei sopra richiamati principi costituzionali, è rigidamente circoscritto all'ipotesi in cui il paziente non sia in grado - per le sue condizioni - di prestare il proprio dissenso o consenso, come pure chiarito dalla costante giurisprudenza di legittimità.

Invero, l'urgente necessità terapeutica può rilevare solo in caso di paziente in stato di incoscienza, trovando i poteri e i doveri del medico unico fondamento nel consenso del paziente, mai sacrificabile: il medico non può dunque imporre il trattamento sanitario da lui ritenuto salvifico a chi consapevolmente e lucidamente lo rifiuta.

Non senza comunque evidenziare che, alla stregua delle puntuali e convincenti argomentazioni dei nominati periti sopra rassegnate nonché per le ragioni in precedenza esposte, nella specie comunque non ricorrevano le condizioni per invocare - in ipotesi - la scriminante dello stato di necessità ex art. 54 c.p., neppure a livello putativo (pericolo di un danno grave alla persona attuale e imminente e quindi un pericolo circoscritto nello spazio e nel tempo).

Nella vicenda in esame, non può dunque essere invocata l'indicata esimente (come detto, neppure a livello putativo) in considerazione del dissenso/rifiuto della persona offesa - raccolto personalmente dallo \_\_\_\_\_ - che non legittimava lo stesso a intervenire "in corpore vili" contro l'espresso volere della paziente.

In conclusione, alla luce delle acquisite emergenze, del tutto ingiustificata è stata l'emotrasfusione praticata ad \_\_\_\_\_ alle ore 12.00, su precisa disposizione dell'imputato \_\_\_\_\_ nonostante l'espresso e chiaro dissenso manifestatogli dalla suddetta paziente.

Risulta dunque integrato il reato di cui all'art. 610 c.p.

A tal riguardo si evidenzia che, secondo la consolidata giurisprudenza della Suprema Corte (anche quella più risalente), il requisito della violenza si identifica in qualsiasi mezzo idoneo a comprimere la libertà di determinazione e di azione della parte offesa: fra le tante pronunce, si richiama in particolare Cass. Pen., sez. V, 3 marzo 2009 n. 11522, che ha ribadito come l'interesse tutelato dall'art. 610 c.p. sia la libertà morale, da intendersi come libertà di determinarsi spontaneamente secondo motivi propri sicché alla libertà morale va ricondotta sia la facoltà di formare liberamente la propria volontà sia

quella di orientare i propri comportamenti in conformità delle determinazioni liberamente prese.

La giurisprudenza ammette che integri il reato di violenza privata la condotta non esplicitamente connotata da violenza o minaccia, compresa la condotta che consista nel compimento di manovre insidiose al fine di interferire con la libertà di autodeterminazione della persona offesa.

Nel delitto di violenza privata è, infatti, tutelata la libertà psichica dell'individuo e la fattispecie criminosa ha carattere generico e sussidiario rispetto ad altre figure criminali in cui la violenza alle persone sia elemento costitutivo del reato sicché reprime genericamente fatti di coercizione non espressamente considerati da altre norme di legge esplicabili in molteplici forme dirette (anche con mezzi anomali) ad esercitare pressioni sulla volontà altrui, impedendone la libera determinazione.

Ebbene, nella specie, la violenza – nell'accezione sopra delineata -- si è sostanziata nell'inserimento dell'ago nel corpo della (l'intrusione dell'ago cannula, come riferito dalla teste ), dopo aver ricercato idoneo accesso venoso e apposto il laccio emostatico sul braccio della paziente, manovre tutte funzionali a fare tollerare alla l'emotrasfusione, ossia il trattamento sanitario che la paziente aveva validamente e lucidamente rifiutato. SA

Sono dunque ben individuati e distinti, nella fattispecie in esame, i requisiti (necessari per l'integrazione del reato di violenza privata) della condotta violenta e dell'evento finale; la prima si è concretizzata in tutte le manovre poste in essere al fine di introdurre l'ago cannula in vena e quindi nel corpo della paziente, mentre l'evento di coazione è consistito nella iniezione in circolo del sangue all'interno del suo corpo e quindi nella emotrasfusione.

Peraltro, nessuna rilevanza assume il fatto che la paziente non si sia eventualmente divincolata e non abbia opposto resistenza fisica.

Non può infatti tralasciarsi di considerare il fatto che si trattava di una paziente fortemente debilitata poiché aveva subito, a distanza ravvicinata, ben due interventi chirurgici (con anestesia totale) e che era stesa supina su un letto e quindi, del tutto plausibilmente, priva -- a causa delle sue precarie condizioni fisiche - delle forze necessarie per contrastare le manovre degli infermieri tanto che la stessa ha rievocato lo stato di prostrazione della , descrivendola come "chiaramente sofferente" (in proposito si rileva che la , dopo aver genericamente fatto riferimento al fatto che la avesse "porto" il braccio "con estrema

rassegnazione" ha infine specificato che il braccio era "poggiato con estrema sofferenza" di tal che è chiaro che la paziente era distesa sul letto priva di forze e fortemente prostrata e che l'infermiere effettuò le manovre necessarie alla trasfusione sul braccio della donna, steso inerte sul letto senza che fosse affatto necessaria alcuna partecipazione attiva da parte della medesima paziente).

Invero è assolutamente credibile la [redacted] allorquando, ricordando quei frangenti, ha riferito che le furono tenute le ginocchia, gesto assolutamente sintonico con la necessità di evitare che ella potesse fare movimenti, anche inconsulti, tali da intralciare la manovra dell'intrusione dell'ago cannula.

Né vale addurre la circostanza che la [redacted] non si sia tolta l'ago cannula dal braccio dopo la sua inserzione.

Sul punto si richiamano i paventati pericoli prospettati (e lasciati "in sospeso" dagli infermieri mentre si allontanavano dalla stanza) alla donna ove avesse rimosso l'ago, che certamente hanno impaurito la [redacted] non sapendo ella a cosa sarebbe andata incontro, tenuto anche conto del fatto che la condotta criminosa si era a quel punto ormai consumata (il reato di violenza privata è infatti istantaneo), non potendosi pretendere che la [redacted], dopo la violenza patita, mettesse personalmente in atto un gesto di cui ignorava le esatte - e nefaste, siccome prospettate - conseguenze: non può, invero, non rimarcarsi che, in caso di rifiuto del trattamento sanitario, permane comunque l'obbligo dei sanitari di prestare l'assistenza necessaria ad assicurare una morte dignitosa e rispettosa della persona.

SH

Né rileva la circostanza che la [redacted] si sia determinata a sporgere denuncia dopo circa un anno dai fatti, tenuto conto del turbamento psicologico che tutta la vicenda ha prodotto nella sua vita tanto che la stessa - come risulta dalle certificazioni agli atti - ha dovuto intraprendere un apposito percorso psicoterapeutico di sostegno psicologico (la [redacted] ha infatti rievocato il trauma che le provocava la vista del sangue, ricordando in particolare un episodio legato alla caduta di un dente della figlia).

Per tutte le considerazioni sin qui esposte, va quindi affermata la penale responsabilità dell'imputato [redacted] in ordine al reato di violenza privata, dispendo ascrittogli, avendo il predetto agito quale mandante della violenza privata, disponendo che alla paziente fosse praticata, nonostante il suo espresso dissenso, l'emotrasfusione con ciò volendo tutte le manovre (ben note all'imputato in ragione della sua qualifica) che concretamente sarebbero state necessarie al raggiungimento dello scopo (compreso il

toccare - ovviamente indispensabile per un siffatto trattamento - il corpo della paziente) e che erano, appunto funzionali, a praticare il trattamento sanitario da lui disposto.

Non possono, infine, recepirsi le argomentazioni difensive circa il difetto dell'elemento psicologico del reato *de quo*, sul presupposto che il dott. [redacted] sarebbe stato indotto in errore dal Pubblico Ministero.

A tal riguardo si osserva infatti che, intanto, il Pubblico Ministero [redacted] indicazione diede al dott. [redacted] nel senso di dovere intervenire con la - rifiutata - trasfusione alla [redacted] nonostante l'opposizione della paziente (invero la dott.ssa [redacted] ribadì al suo interlocutore che il medico in caso di intervento illegittimo può incorrere in responsabilità penali e civili anche qualora l'alternativa all'intervento fosse il decesso del paziente), ma soprattutto va sottolineato come il dott. [redacted] abbia fornito alla dott.ssa [redacted] una falsa rappresentazione della realtà prospettandole anche il pericolo per la sopravvivenza del feto (situazione questa che, ove realmente ricorrente, avrebbe in ipotesi reso sì applicabile l'invocata scriminante dello stato di necessità, trattandosi in quel caso di salvare la vita a soggetto diverso dalla paziente che opponeva il rifiuto).

Dunque, le valutazioni del Pubblico Ministero (che ovviamente non disponeva dei dati clinici e non poteva valutare le reali condizioni della paziente e del feto) in ordine all'eventuale operatività, nella fattispecie concreta, della scriminante in parola (e segnatamente in merito alla ricorrenza dei necessari presupposti fattuali e giuridici) erano assolutamente fuorviate dalla falsa rappresentazione della realtà e si fondavano sull'inesistente e mendace dato della cogenza della trasfusione per salvare il feto che la donna portava in grembo (situazione questa che avrebbe, in linea teorica, legittimato il soccorso di necessità per salvare il feto).

A fronte delle norme del codice deontologico, dei principi costituzionali e del quadro normativo e giurisprudenziale già chiaramente cristallizzato all'epoca dei fatti, tenuto conto che il Pubblico Ministero non è organo deputato a esprimere pareri per di più, nella specie, sviati e falsati da ingannevoli prospettazioni da parte del dott. [redacted], deve quindi escludersi che quest'ultimo sia stato indotto in errore dal Pubblico Ministero in ordine alla liceità e doverosità della sua condotta.

\*\*\*\*\*

Come anticipato, l'imputato [redacted] va, invece, mandato assolto dall'imputazione ascrittagli al capo B), ai sensi del capoverso dell'art. 530 c.p.p., perché il fatto non costituisce reato.



E' invero emerso, anche attraverso le dichiarazioni della ..... e dei suoi congiunti, che il referente della paziente era sempre stato il dott. .... a cui la stessa ribadì, la mattina del 3 dicembre 2010, il suo rifiuto alla emotrasfusione.

Per contro nessun colloquio o contatto ebbe la medesima ..... con l'imputato ..... il quale - come risulta dalla cartella clinica - fu il medico che dispose le due ulteriori trasfusioni praticate alla paziente rispettivamente alle ore 17.50 e alle ore 19.20 del 3 dicembre 2010 con le sacche che erano state precedentemente richieste dalla dott.ssa ..... presso il centro trasfusionale dell'ospedale di Cefalù; né risulta che il medesimo ..... , prima delle due trasfusioni, ebbe contatti con i congiunti della paziente.

Ora, come correttamente evidenziato dal Pubblico Ministero, la condotta del ..... può essere qualificata come negligente per non essersi egli sincerato - anche tenuto conto dell'annotazione del dott. .... in ordine "all'informazione" al Pubblico Ministero - della volontà della paziente in ordine alle due ulteriori trasfusioni e segnatamente per non avere egli verificato se permanesse il suo dissenso.

Non v'è infatti prova che, al momento delle trasfusioni disposte dal ..... , avesse manifestato allo stesso il suo esplicito dissenso (come invece avvenuto con il dott. .... ), non potendo a tal proposito tralasciarsi il fatto che la medesima ..... ha riferito in dibattimento, proprio con specifico riferimento alle due ulteriori sacche, di averle - a differenza della prima - sostanzialmente subite passivamente poiché *"ormai avevano fatto tutto quello che volevano, non vedevo più nessun obiettivo per cui lottare. La trasfusione me l'avevano messa contro la mia volontà, il figlio l'avevo perso...non vedevo altri motivi per cui oppormi"*.

Alla stregua di tali dati devono dunque ravvisarsi nella condotta del ..... **profili di colpa** per non avere egli verificato l'attualità del consenso/dissenso della paziente alle due ulteriori trasfusioni, ma non vi sono elementi per affermare, con ragionevole certezza, la sussistenza del dolo, ossia la coscienza e volontà, in capo al ..... , di coartare la libertà di autodeterminazione della ..... .

\*\*\*\*\*

Passando al trattamento sanzionatorio, si ritiene che possano essere concesse all'imputato ..... le circostanze attenuanti generiche tenuto conto sia della sua incensuratezza sia del suo positivo comportamento processuale (a seguito del mutamento del giudice è stato infatti dato il consenso alla utilizzabilità delle prove già acquisite).

Alla luce dei criteri direttivi di cui all'art.133 c.p., si reputa conforme a giustizia infliggere al predetto imputato la pena di mese uno di reclusione, così determinata: pena base mese uno e giorni quindici di reclusione, ridotta ex art. 62 bis c.p. sino alla pena finale sopra indicata.

Ai sensi dell'art. 535 c.p.p., segue alla condanna l'obbligo dell'imputato al pagamento delle spese processuali.

Alla luce del certificato penale in atti, sussistono le condizioni oggettive e soggettive previste dalla legge per concedere a favore dello [redacted] la sospensione condizionale della pena.

Alla luce dei criteri di cui all'art. 133 c.p., l'imputato è altresì da ritenere meritevole, trattandosi di prima condanna, del beneficio della non menzione della presente condanna nel certificato del casellario giudiziale.

Con riferimento alla richiesta di risarcimento dei danni avanzata dalle parti civili [redacted] e [redacted], la stessa va ritenuta fondata.

Ed invero, la condotta tenuta dall'imputato, oltre che costituire illecito penale, costituisce anche illecito civile nei confronti del soggetto portatore dell'interesse penalmente tutelato, poiché la lesione dell'interesse protetto dalla norma penale costituisce danno ingiusto ai sensi dell'art. 2043 c.c. SA

L'imputato [redacted] va, quindi, condannato al risarcimento dei danni subiti dalla parte civile [redacted] in conseguenza della condotta illecita posta in essere dallo stesso, rinviandosi, in mancanza agli atti di idonei elementi di quantificazione, al competente Giudice civile per la loro completa liquidazione (risulta invero che la [redacted], a seguito della trasfusione praticata contro la sua volontà, ha dovuto intraprendere – per le problematiche emotive e psichiche correlate alla vista del sangue - un apposito percorso psicoterapeutico sia presso il Centro di Salute Mentale di Termini Imerese sia presso quello di Bagheria, essendole stato fra l'altro diagnosticato un "disturbo ansioso depressivo reattivo a problematiche di notevole rilevanza emotiva" con comportamenti di forte evitamento alla visione del sangue).

Tuttavia, in questa sede, l'imputato va condannato al pagamento in favore della [redacted] di una provvisionale, che si liquida equitativamente – avuto riguardo al grado di coartazione patito e di compromissione della libertà di autodeterminazione della persona offesa – in complessivi euro 10.000,00.

Per quanto invece concerne la posizione di [redacted] (marito convivente della [redacted]), il quale condivide le medesime scelte religiose della moglie), appare



equo liquidare - per il danno non patrimoniale dallo stesso patito in conseguenza dei negativi riflessi esistenziali correlati alla dolorosa vicenda vissuta dalla moglie con indubbe ripercussioni sul ménage familiare - il complessivo importo di euro 5.000,00.

Ai sensi dell'art. 541, comma 1, c.p.p. e considerata la reciproca soccombenza (l'imputato è stato infatti assolto dal reato di cui al capo A), quest'ultimo va condannato al pagamento della metà delle spese sostenute dalle parti civili nel presente giudizio, che si liquidano - per l'intero e tenuto conto che non risultano documentate le spese di trasferta - in complessivi euro 3.420,00, oltre i.v.a., c.p.a. e rimborso forfettario spese generali, in favore di e in complessivi euro 3.420,00 oltre i.v.a., c.p.a. e rimborso forfettario spese generali, in favore di (e dunque l'imputato dovrà rifondere euro 1.710,00, oltre i.v.a., c.p.a. e rimborso forfettario spese generali, ad ed euro 1.710,00, oltre i.v.a., c.p.a. e rimborso forfettario spese generali, a ).

**P. Q. M.**

Visti gli articoli di legge in epigrafe, 533 e 535 c.p.p.;

**dichiara**

responsabile del reato ascrittogli al capo B) delle imputazioni e, concesse le circostanze attenuanti generiche, lo condanna alla pena di mese uno di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Visto l'art. 163 c.p.

Ordina sospendersi l'esecuzione della pena come sopra inflitta all'imputato per il termine e alle condizioni di legge.

Visto l'art. 175 c.p.

Concede all'imputato il beneficio della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale.

Visti gli artt. 538 e ss. c.p.p.

Condanna l'imputato al risarcimento dei danni in favore della costituita parte civile, rimettendo le parti davanti al giudice civile per la liquidazione.

Condanna l'imputato al pagamento, a titolo di provvisionale, in favore della parte civile della somma di euro 10.000,00.

Condanna altresì, l'imputato al risarcimento dei danni in favore della costituita parte civile, danni che liquida in euro 5.000,00.

Visto l'art. 541 c.p.p.

Condamna l'imputato al pagamento della metà delle spese processuali sostenute dalle suddette parte civili, che liquida, per l'intero, in favore di in complessivi euro 3.420,00, oltre iva e cpa e rimborso forfettario spese generali, e in favore di in complessivi euro 3.420,00, oltre iva e cpa e rimborso forfettario spese generali; compensa fra le parti la restante metà delle spese processuali.

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

**assolve**

,  
e dal reato a loro ascritto al capo A) delle imputazioni perché il fatto non sussiste;

**assolve**

: dal reato ascrittagli ai capo B) delle imputazioni perché il fatto non costituisce reato.

Indica in giorni 60 il termine per il deposito della motivazione.

Termini Imerese, 6 aprile 2018

Il Giudice

*Deposita in cancelleria  
il 30/05/18*

*dott.ssa Sabina Raimondo  
Sabina Raimondo*

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO  
Dott.ssa Nunzia Caroppoli

RELAZIONE DEPOSITO  
IL GIORNO 30/05/18  
NUNZIA CAROPPOLI

**COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Termini Imerese, li .....