



PROCURA GENERALE

della Corte di cassazione

N. DI RUOLO	N. DI RICORSO	RICORRENTE
40293-2020	n. 5	1) X 2) Y

IL SOSTITUTO PROCURATORE GENERALE

visto

Il ricorso in epigrafe, da intendersi integralmente richiamato al pari del provvedimento impugnato;

osserva

1. Premessa

1. Ad alcuni sanitari (tre ginecologi: Y, Z e W; un chirurgo: X; e due anestesisti-rianimatori: P e G), che in data 11 marzo 2011 erano in servizio presso l'ospedale di * (EN), è stato contestato dal pubblico ministero l'avere, in cooperazione colposa tra di loro, causato la morte di J, sottoposta a taglio cesareo e successiva isterectomia, in particolare **per avere omesso**, pur in presenza di shock emorragico conseguente a parto cesareo con placenta accreta, cioè patologicamente aderente all'utero, **di trasfondere plasma fresco per correggere il difetto di coagulazione e per avere ritardato il ricovero della donna in ospedale dotato di reparto di rianimazione**, con decesso della donna avvenuto presso l'ospedale di Palermo il giorno seguente.

Le posizioni di **Y**, **X** (odierni ricorrenti) e quella di **G** sono state giudicate in primo grado con giudizio abbreviato, all'esito del quale il 15 dicembre 2014 il G.u.p. del Tribunale di ** ha condannato (l'anestesista) MatteG, assolvendo gli altri due imputati (il chirurgo X e il ginecologo Y), con la formula "per non avere commesso il fatto".

Proposto appello da parte di G, delle parti civili, del Procuratore della Repubblica di ** (limitatamente all'assoluzione di X) e del Procuratore generale territoriale (sia per X, sia per Y), la Corte di C, il 26/01/2017, ha confermato la sentenza impugnata.

La sentenza di condanna nei confronti di G è divenuta definitiva il 10 giugno 2017. I Giudici di merito hanno attribuito rilevanza causale nel processo che ha condotto a morte la donna al ritardo ed alla cattiva gestione della fase emergenziale dell'emorragia da parte dell'anestesista G, incardinato nell'equipe sin dall'inizio dell'intervento (così come i ginecologi Z e W); in particolare, hanno riconosciuto il dott. G responsabile di avere omesso di assumere tempestivamente la decisione, di sua competenza, in quanto anestesista, di far trasferire immediatamente la paziente in una struttura provvista di rianimazione e di farle somministrare il plasma, richiesto all'ospedale di *** in ritardo, cioè dopo due ore dall'insorgenza dell'emorragia.

Con sentenza della Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, invece, **la Corte di cassazione ha annullato con rinvio la sentenza della Corte di appello di C** del 26/01/2017 che ha confermato l'assoluzione, pronunciata dal G.u.p. del Tribunale di ** il 15/12/2014 all'esito del giudizio abbreviato, di X e di Y dall'accusa di omicidio colposo.

La Corte di appello di C, con sentenza del 9/04/2019, giudicando in sede di rinvio, dopo aver disposto una nuova perizia (affidata alla dott.ssa Albano e al prof. Grasso) ha condannato alla pena di anni uno, mesi quattro di reclusione **X** e di **Y**. **Questi ultimi hanno proposto ricorso per Cassazione**

1.2. È necessario precisare che, per la medesima vicenda, si è invece proceduto con il giudizio ordinario nei confronti degli altri sanitari (Z, P e W).

In particolare, la Corte di appello di C, con sentenza del 4/09/2018, in riforma della sentenza di primo grado, ha assolto Z e P dal reato loro ascritto per non aver commesso il fatto ed ha confermato la condanna di W.

Con sentenza della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019, la Corte di cassazione ha rigettato il ricorso del Procuratore Generale avverso l'assoluzione di Z e P, annullando senza rinvio la condanna di W, in quanto nei suoi confronti è stato *"ravvisato un ulteriore profilo di colpa, certamente*

non menzionato nel capo d'imputazione, che si può così sintetizzare: "**assoluta sottovalutazione del caso durante il decorso della gravidanza**", sicché "il reato per cui è intervenuta condanna ... integra un fatto nuovo", che non è stato contestato all'imputato.

2. La sentenza di annullamento con rinvio.

Con la sentenza della Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, dunque, **la Corte di cassazione ha annullato con rinvio la sentenza della Corte di appello di C** del 26/01/2017 che ha confermato l'assoluzione, pronunciata dal G.u.p. del Tribunale di ** il 15/12/2014 all'esito del giudizio abbreviato, di X e di Y dall'accusa di omicidio colposo.

Appare opportuno sintetizzare il contenuto di questa sentenza che ha delimitato il perimetro del successivo giudizio di merito nei seguenti termini:

- *"muovendo dal presupposto dell'effettiva assunzione di garanzia da parte degli imputati nel caso di specie",*
- *"approfondirà nuovamente funditus la vicenda, eventualmente riaprendo l'istruttoria",*
- *"farà applicazione dei principi di diritto surrichiamati anche a proposito dello scioglimento, se giustificato o meno nel caso di specie, della equipe chirurgica";*
- *"terrà conto, in ogni caso, che «In tema di responsabilità medica, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'equipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio»".*

In detta sentenza, in particolare, è stato ritenuto che:

- **"il momento realmente critico della vicenda è stato individuato dai Giudici di merito nella gestione post-operatoria della paziente**, in quanto, sia pure grazie al generoso intervento dei due imputati in soccorso dei colleghi già impegnati in sala operatoria, la fase prettamente chirurgica era in quel momento esaurita e la donna appariva momentaneamente stabilizzata (p. 9 della sentenza impugnata); né sono state riconosciuti addebiti penalmente rilevanti attinenti alla fase della materiale esecuzione dell'intervento chirurgico";

- i dottori Muratori e Y avevano assunto una posizione di garanzia di equipe;

- nel caso in cui, nell'ambito di una attività d'equipe, i diversi apporti professionali si susseguono nel tempo secondo fasi separate, "Al fine di evitare vuoti

di tutela nella delicata fase dell'avvicendamento di un garante con un altro, si impone un passaggio delle consegne efficiente ed informato ed il garante successivo deve essere posto in condizione di intervenire. Solo quando questo obbligo di informazione sia stato assolto correttamente, il garante originario potrà invocare, in caso di evento infausto, il principio di affidamento, avendo dismesso correttamente i propri doveri";

- "l'equipe medica, sia essa operante sincronicamente o diacronicamente, è da considerare come una entità unica e compatta e non come una collettività di professionisti in cui ciascuno è tenuto a svolgere il proprio ruolo, salvo intervenire se percepisca l'errore altrui".

- ad ogni membro dell'equipe, pertanto, è imposto un dovere ulteriore: la verifica che il proprio apporto professionale e l'apporto altrui, sia esso precedente o contestuale, si armonizzino in vista dell'obiettivo comune.

- "la responsabilità per l'errore altrui, cui non si è posto rimedio o non si è cercato di porre rimedio, presuppone sempre un addebito a titolo di colpa, in quanto l'evento era prevedibile ed evitabile". Diversamente, si finirebbe con l'ammettere una sorta di responsabilità oggettiva, che è inaccettabile;

- a tale ultimo proposito deve escludersi un addebito di responsabilità nel caso di un errore commesso da altro operatore in un settore estremamente specialistico: "in tale caso, a ben vedere, alla base del non intervento non sembra possibile articolare un addebito di colpa, vuoi generica, vuoi, a fortiori, specifica, in ragione del mancato intervento da parte di chi, privo di specifica competenza professionale in uno specifico settore, non sia intervenuto".

La Corte di cassazione si è soffermata in modo specifico sul tema dello scioglimento dell'equipe, precisando che:

*- il giudice di merito non può esimersi dal valutare **le circostanze del caso concreto che hanno motivato l'allontanamento del sanitario**, che potrebbero anche non incidere sull'esclusione della colpa e del nesso di causalità qualora questo sia avvenuto, ad esempio, in un **intervento ad alto rischio**, in assenza di adeguate giustificazioni e, quindi, facendo venire meno quel contributo di conoscenze professionali che possono salvaguardare l'incolumità del paziente (anche e soprattutto) in presenza di errore altrui;*

*- va esclusa la responsabilità nel caso di allontanamento del sanitario in una fase in cui l'intervento possa ritenersi, se non concluso, solo da definire con adempimenti della massima semplicità, qualora il sanitario giustifichi il proprio allontanamento **in ragione di altre e più pressanti ed urgenti attività mediche**;*

- se l'intervento operatorio, inteso in senso stretto, può ritenersi concluso con l'uscita del paziente dalla sala operatoria, sul sanitario grava comunque un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria;
- dopo l'intervento, il sanitario non può disinteressarsi del paziente, ma deve sempre controllare il decorso operatorio, quanto meno affidando il paziente ad altri sanitari, debitamente edotti, in grado di affrontare eventuali complicanze, più o meno prevedibili;
- a fronte del materiale scioglimento dell'equipe, persiste l'obbligo di garanzia, che impone, quanto meno, l'affidamento legittimo, consapevole ed informato del paziente ad altri sanitari che siano in grado di seguire il decorso post-operatorio.

A tale riguardo, la Corte di cassazione ha affermato che la sentenza impugnata non ha valutato adeguatamente il profilo rappresentato dal ritardo nel disporre il ricovero della paziente in una struttura più attrezzata per le emergenze. *"In relazione a tale aspetto i Giudici di merito non si sono interrogati se tale attività ben potrebbe pretendersi o meno da qualsiasi medico, anche non specializzato in anestesia e rianimazione"*.

4. La sentenza di condanna degli imputati.

Come è già stato indicato, la Corte di appello di C, con la sentenza del 9/04/2019, giudicando in sede di rinvio, dopo aver disposto una nuova perizia (affidata alla dott.ssa Albano e al prof. Grasso) ha condannato gli imputati alla pena di anni uno, mesi quattro di reclusione.

Dopo aver individuato la causa della morte, sulla base della perizia disposta, nell'inappropriata terapia di contrasto alla patologia insorta (cd. CID, acronimo di coagulazione intravascolare disseminata), la Corte di appello ha ritenuto che gli imputati, in qualità di componenti dell'*equipe*, fossero da ritenersi responsabili dell'evento, non potendo applicarsi al caso di specie il cd. principio dell'affidamento perché l'eventuale insorgere della CID a seguito dello shock emorragico è da considerarsi bagaglio di comune conoscenza di ogni medico. Secondo detta decisione, gli imputati sono stati partecipi di un intervento ad alto rischio, nel corso del quale dovevano collaborare sinergicamente con l'anestesista (pag. 19). Essi erano edotti della eventualità che potesse essere necessario un secondo intervento chirurgico e che bisognava disporre il trasferimento della paziente (pag. 20). *"Pur non ponendo in dubbio che la materiale somministrazione dei presidi competa alla figura professionale dell'anestesista, spettava anche all'equipe chirurgica che operava in sinergia, controllare tempistica e correttezza dell'operato dell'anestesista, e soprattutto segnalare, perdurante la patologia coagulativa, la inadeguatezza delle*

cure apprestate" (pag. 21 e 22); pertanto, *"il profilo di responsabilità si estende temporalmente fin dal momento dell'intervento in sede operatoria; in sede operatoria per non aver sollecitato all'anestesista la somministrazione dei presidi medici indispensabili per fronteggiare la CID"* (pag. 21 e 22). Conclusivamente, secondo la decisione in esame, se le procedure di emergenza per il trasferimento in adeguata struttura fossero state attivate a decorrere dall'insorgere della condizione di criticità, cioè alle 20.40, la paziente sarebbe potuta partire per il presidio ospedaliero di rianimazione ben tre ore prima *"con elevate probabilità salvifiche"* (pag. 22).

Avverso questa sentenza hanno proposto ricorso per cassazione gli imputati.

5. Il ricorso nell'interesse di X

5.1. Con il primo motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 40 e 589 cod. pen. e la mancanza o contraddittorietà della motivazione della sentenza impugnata.

Il ricorrente ha rilevato che la Corte di appello ha ravvisato la causa della morte dell'imperizia nel trattamento della CID e nel negligente ritardo nel disporre il trasferimento della paziente verso altro nosocomio. Queste affermazioni sarebbero in contrasto con quelle contenute nella precedente sentenza della stessa Corte di appello di C del 4/09/2018 che, in riforma della sentenza di primo grado, aveva assolto Z e P dal reato loro ascritto per non aver commesso il fatto ed ha confermato la condanna di W. In questa decisione, infatti, era stato escluso che la condotta dei sanitari nella gestione dell'urgenza operatoria e della fase post-operatoria fosse in rapporto di causalità con l'evento. Tale sentenza, che su questo aspetto è divenuta definitiva, ha ravvisato nel difetto della diagnosi da parte del ginecologo di anomalie placentari un peso esclusivo nella determinazione dell'evento.

Al riguardo, è stato citato un precedente giurisprudenziale secondo cui va annullata con rinvio la sentenza in cui un medesimo fatto è oggetto di valutazioni opposte rispetto a quelle effettuate in separati procedimenti nei riguardi di coimputati dello stesso reato quando le condizioni per l'applicabilità della previsione dell'art. 238-bis cod. proc. pen. si realizzano prima del giudizio di legittimità ma successivamente all'esaurimento dei gradi di merito, in quanto la verifica delle ragioni del contrasto tra le diverse decisioni in ordine alla ricostruzione della stessa vicenda inerisce ad una valutazione tipica del giudizio di merito (Sez. 5, Sentenza n. 32031 del 07/05/2014, Daccò, Rv. 261988).

5.2. Con il secondo motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 40 e 589 cod. pen., lamentando, in modo particolare, la violazione della regola di giudizio di cui alla sentenza Sez. U, n. 30328 del 10/07/2002, Franzese, Rv. 222138, secondo cui, ai fini della affermazione della responsabilità per il reato omissivo improprio, occorre accertare che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Al riguardo, è stato osservato che la perizia disposta dalla Corte di appello ha evidenziato che, anche se trattata adeguatamente, la cd. CID comunque determina un tasso di mortalità compreso tra il 29% ed il 78% dei casi.

5.3. Con il terzo motivo, il ricorrente ha dedotto la mancanza o contraddittorietà della motivazione della sentenza impugnata per aver escluso la ricorrenza di una ipotesi riconducibile alla applicabilità del cd. principio dell'affidamento tra i componenti dell'*equipe*, sebbene sia stato ritenuto che la conoscenza della possibilità dell'insorgenza di una CID nelle condizioni in cui la paziente ha partorito rientrerebbe nelle competenze di qualsiasi medico, e nella parte in cui ha affermato che i due chirurghi, nonostante il buon esito dell'intervento, sarebbero dovuti rimanere a presidio delle fasi finali dell'intervento.

In particolare, all'intervento operatorio, come rilevato anche dal perito nel corso dell'escussione in giudizio, è seguita una fase che rientra nelle competenze esclusive dell'anestesista. X, inoltre, non ha lasciato il paziente privo di assistenza, ma seguito da tre ginecologi e due anestesisti.

5.4. Con il quarto motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 442 cod. proc. pen., non essendo stata applicata la riduzione della pena conseguente al rito abbreviato.

5.5. Con il quinto motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 238 e 603 cod. proc. pen. perché è stato utilizzato per la decisione, senza il consenso delle parti, il verbale della deposizione di un infermiere, tale H, che era stata raccolta nel procedimento diverso svoltosi con rito ordinario.

5.6. Con il sesto motivo, il ricorrente ha dedotto il travisamento della prova – nella specie, la prima perizia a firma dei dottori R e V – in ordine alla

valenza salvifica dell'eventuale terapia con plasma fresco, che non sarebbe stata affermata in modo netto, come invece riportato in sentenza.

Successivamente, la difesa di Muratore ha depositato motivi nuovi, con i quali, in buona sostanza, ha ripercorso gran parte delle argomentazioni già illustrate, rimarcando l'inconciliabilità tra la sentenza di condanna della Corte di appello di C, oggetto dell'impugnazione, e la pronuncia della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019, la Corte di cassazione ha rigettato il ricorso del Procuratore Generale avverso l'assoluzione di Z e P, annullando senza rinvio la condanna di W.

6. Il ricorso nell'interesse di Y

6.1. Con il primo motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 238 e 603 cod. proc. pen. perché è stato utilizzato per la decisione, senza il consenso delle parti, il verbale della deposizione dell'infermiere H, che era stata raccolta nel procedimento distinto svoltosi con rito ordinario. L'atto era allegato ai motivi di appello del co-imputato G, il quale, peraltro, non aveva chiesto la riapertura dell'istruttoria dibattimentale. La difesa di Y, comunque, non ha prestato il consenso all'utilizzabilità di tale atto, il quale, peraltro, non proverebbe – a differenza di quanto sostiene la sentenza impugnata – che l'imputato fosse a conoscenza della necessità di trasferire la paziente urgentemente per l'insorgenza della cd. CID, mentre il teste ha riferito che tale aspetto era stato discusso nella sala operatoria prima del sopraggiungere di Y.

6.2. Con il secondo motivo, il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 40 e 589 cod. pen. e la mancanza o contraddittorietà della motivazione della sentenza impugnata, rilevando che:

- i periti del GUP (dott. R e V) avevano sostenuto di non essere in grado di affermare, con alto grado di credibilità razionale, prossimo alla certezza, che l'eventuale terapia con plasma fresco e un più tempestivo trasferimento avrebbero impedito l'evento morte, mentre tali fattori causali sono stati ritenuti dalla Corte di appello decisivi a determinare il decesso;

- l'incidenza causale dei tempi di trasferimento della paziente è stata indicata in termini dubitativi dai periti, che avrebbero individuato la causa della morte nel ritardo con cui è stata decisa l'isterectomia, che ha determinato la CID;

- i periti della Corte di appello non hanno ritenuto che la morte fosse stata determinata dalla mancata trasfusione dei presidi adeguati, ma hanno indicato come

causa la CID che, anche se adeguatamente trattata, presenta un tasso di mortalità compreso tra il 29% ed il 78% dei casi, senza affermare che fosse reversibile;

- le affermazioni della sentenza impugnata, in merito alle cause dell'evento, sarebbero in contrasto con quelle contenute nella sentenza della stessa Corte di appello di C del 4/09/2018 che, in riforma della sentenza di primo grado, ha assolto Z e P dal reato loro ascritto per non aver commesso il fatto ed ha confermato la condanna di W. In questa decisione, infatti, è stato escluso che la condotta dei sanitari nella gestione dell'urgenza operatoria e della fase post-operatoria fosse in rapporto di causalità con l'evento. Questa sentenza, che su questo aspetto è divenuta definitiva, ha ravvisato nel difetto della diagnosi da parte del ginecologo di anomalie placentari un peso esclusivo nella determinazione dell'evento. Al riguardo, è stato citato il medesimo precedente giurisprudenziale citato nel ricorso dell'altro imputato secondo cui va annullata con rinvio la sentenza in cui un medesimo fatto è oggetto di valutazioni opposte rispetto a quelle effettuate in separati procedimenti nei riguardi di coimputati dello stesso reato quando le condizioni per l'applicabilità della previsione dell'art. 238 bis cod. proc. pen. si realizzano prima del giudizio di legittimità ma successivamente all'esaurimento dei gradi di merito, in quanto la verifica delle ragioni del contrasto tra le diverse decisioni in ordine alla ricostruzione della stessa vicenda inerisce ad una valutazione tipica del giudizio di merito (Sez. 5, n. 32031 del 07/05/2014, Daccò, Rv. 261988).

6.3. Con il terzo motivo, il ricorrente ha dedotto la mancanza o contraddittorietà della motivazione della sentenza impugnata per aver escluso la ricorrenza di una ipotesi riconducibile alla applicabilità del cd. principio dell'affidamento, sebbene sia stato ritenuto che la conoscenza della possibilità dell'insorgenza di una cd. CID rientrerebbe nelle competenze di qualsiasi medico, e nella parte in cui ha affermato che X e Vitali, nonostante il buon esito dell'intervento, sarebbero dovuti rimanere a presidio delle fasi finali dell'intervento. Sul punto, senza adeguata motivazione, la sentenza impugnata si sarebbe discostata dalle argomentazioni, di diverso tenore, espresse dai periti nominati in appello. Neppure è provato che Y fosse consapevole della effettiva insorgenza della cd. CID. È vero che tale eventualità rientra nel patrimonio di conoscenze di un medico, ma si tratta di una complicanza che, secondo atto prodotto dalla difesa nel giudizio di merito, si verifica solo nel 15% dei casi di emergenze ostetriche seguite da isterectomia. Inoltre, all'intervento operatorio, come rilevato anche dal perito nel corso dell'escussione in giudizio, ha fatto seguito una fase di alta specializzazione che

rientra nelle esclusive competenze dell'anestesista. Del resto, la scelta delle trasfusioni di sangue era stata fatta proprio dall'anestesista.

Quanto allo scioglimento dell'*equipe*, si sottolinea, tra l'altro, che la perizia disposta in appello prova che l'intervento condotto da Y aveva avuto buon esito ed egli ben poteva confidare nella corretta assistenza post-operatoria da parte degli anestesisti.

6.4. Con il quarto motivo (indicato come quinto), il ricorrente ha dedotto la violazione dell'art. 442 cod. proc. pen., non essendo stata applicata la riduzione della pena conseguente al rito abbreviato.

Successivamente, anche la difesa di Y ha depositato motivi nuovi, con i quali ha, in buona sostanza, ripercorso gran parte delle argomentazioni già illustrate, rimarcando l'inconciliabilità tra la sentenza di condanna della Corte di appello di C, oggetto dell'impugnazione, e la pronuncia della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019, la Corte di cassazione ha rigettato il ricorso del Procuratore Generale avverso l'assoluzione di Z e P, annullando senza rinvio la condanna di W.

7. Le memorie delle parti civili.

7.1. Nell'interesse di Messina, in proprio, nella qualità di marito della deceduta, e nell'interesse dei figli, è stata depositata una articolata memoria che sottolinea come i ricorrenti abbiano prospettato argomentazioni tese a determinare una nuova valutazione delle prove, inammissibile in sede di legittimità.

È stato quindi osservato che:

- la Corte di appello di C, condannando gli imputati, è rimasta nel solco della sentenza della Corte di Cassazione che aveva indicato il tema della responsabilità del medico in *equipe* come oggetto del nuovo giudizio, evidenziando come non vi sia stata, da parte di entrambi gli imputati, alcuna iniziativa concreta circa la gestione dell'emergenza operatoria in corso. La sentenza emessa nel processo diverso a carico a carico di altri imputati non costituisce prova legale. Comunque voi è stata la condanna definitiva dell'anestesista G;

- il fattore di negligenza è stato individuato nel tardivo ed errato trattamento della cd. CID. Il valore minimo del 29% del trattamento con esiti fausti dimostra che di questa sindrome non si muore sempre,

- entrambi gli imputati dovevano essere ben consapevoli dell'emergenza emorragica in corso e della CID imminente e doveva intervenire, né vale in contrario sostenere che la vittima necessitasse di un approccio terapeutico di tipo rianimatorio;

- lo scioglimento dell'equipe non può esimere dalla responsabilità in una condizione, come quella in esame, in cui non residuavano operazioni estremamente semplici, né l'impellenza di prestare la propria opera altrove e certamente non in un caso del genere in cui si trattava di operazione ad alto rischio.

Più in generale, ogni volta che un gruppo di medici con varie specializzazioni interviene, ciascuno assume una posizione di garanzia ed assume un obbligo di controllo reciproco, con il limite del legittimo affidamento.

7.2. Nell'interesse delle altre parti civili (L, N, M, JC, JA) è stata depositata una ulteriore memoria, nella quale, oltre allo svolgimento di argomenti sovrapponibili alla precedente, è stato rimarcato un punto ritenuto centrale. Anche a voler ritenere che in questa vicenda siano intervenute due decisioni diverse, manca nel nostro sistema processuale una predefinizione legale del valore probatorio discendente dalla sentenza. Nel rispetto del principio del libero convincimento del giudice, anche la sentenza che si assume da parte delle difese inconciliabile con la condanna degli imputati deve essere valutata alla stregua degli altri elementi probatori ed il giudice non può in alcun modo motivare la sua decisione con l'esclusivo richiamo al contenuto di un precedente giudicato.

8. Valutazione dei motivi proposti nell'interesse di X

8.1. Il primo motivo proposto nell'interesse di X appare infondato.

Come è stato illustrato, la vicenda oggetto del giudizio è stato oggetto di due diversi procedimenti.

In particolare, con sentenza della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019, la Corte di cassazione ha rigettato il ricorso del Procuratore Generale avverso l'assoluzione di Z e P, annullando senza rinvio la condanna di W, in quanto nei suoi confronti è stato *"ravvisato un ulteriore profilo di colpa, certamente non menzionato nel capo d'imputazione, che si può così sintetizzare: **"assoluta sottovalutazione del caso durante il decorso della gravidanza"**, sicché "il reato per cui è intervenuta condanna ... integra un fatto nuovo"*, che non è stato contestato all'imputato.

La sentenza della Corte di cassazione Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, invece, annullando con rinvio la sentenza della Corte di appello di

C del 26/01/2017 che aveva confermato l'assoluzione di

X e di Y, ha rilevato **il momento realmente critico della vicenda è rappresentato dalla gestione post-operatoria della paziente**, in quanto, sia pure grazie al generoso intervento dei due imputati in soccorso dei colleghi già impegnati in sala operatoria, la fase prettamente chirurgica era in quel momento esaurita e la donna appariva momentaneamente stabilizzata.

Queste due decisioni, invero, ad avviso di questo Ufficio, **non appaiono inconciliabili**.

Le due pronunce, infatti, concordano nel non ravvisare addebiti penalmente rilevanti attinenti alla fase della materiale esecuzione dell'intervento chirurgico, iniziato da altri tra le 19.30 e 20.00 e condotto dal dott. Y come primo operatore a partire dalle ore 20.20 – 20.30.

Tanto premesso, la sentenza della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019 ha rigettato il ricorso avverso l'assoluzione di Z e P, soffermandosi sulla sola fase dell'operazione, senza prendere in considerazione il momento post-operatorio.

In questa sentenza, quanto a Z è stato rilevato che *"sono state considerate le risultanze della prova scientifica, che ha confermato come, nella vicenda, seppure a fronte di una improvvisa contingenza chirurgica, la condotta professionale del medesimo sia stata impeccabile e coerente alle linee guida, in relazione ad un approccio chirurgico che è stato considerato corretto e privo di incidenza causale sull'exitus"*.

È stato accertato che il Z si è trovato di fronte ad un caso di eccezionale difficoltà, senza essere munito dei mezzi necessari per affrontarla in maniera adeguata (mezzi come la radiologia interventista, di cui l'ospedale di * era sprovvista). La decisione del Z di procedere ad isterectomia subtotale, e non totale, è stata considerata corretta dai periti, tenuto conto delle complicità che possono derivare da una isterectomia totale in fase *post partum*, con possibile coinvolgimento di organi vicini, potendo risultare *"poco agevole trovare il clivaggio tra utero e vescica"*.

Questo giudizio ben può coesistere con l'individuazione di altri fattori causali del decesso della paziente nella fase dell'assistenza durante la gravidanza - come ha rilevato la stessa sentenza della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019 in relazione alla posizione di W - ed in quella successiva all'operazione eseguita essenzialmente da Y, oggetto dell'attenzione della sentenza della Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, che ha annullato la pronuncia di assoluzione di Y e X.

A riprova occorre rilevare che la sentenza di condanna dell'anestesista G è divenuta definitiva il 10 giugno 2017. I Giudici di merito, soffermandosi sulla fase post-operatoria, hanno attribuito rilevanza causale nel processo che ha condotto a morte la donna al ritardo ed alla cattiva gestione della fase emergenziale dell'emorragia da parte dell'anestesista G, incardinato nell'equipe sin dall'inizio dell'intervento (così come i ginecologi Z e W); in particolare, hanno riconosciuto il dott. G responsabile di avere omesso di assumere tempestivamente la decisione, di sua competenza, in quanto anestesista, di far trasferire immediatamente la paziente in una struttura provvista di rianimazione e di farle somministrare il plasma, richiesto all'ospedale di *** in ritardo, cioè dopo due ore dall'insorgenza dell'emorragia. Dunque, vi è già una decisione irrevocabile che ha ravvisato profili di colpa per la fase successiva all'operazione della vicenda, che non appare necessariamente in contrasto con le affermazioni relative alla posizione di W, quanto all'assistenza della paziente durante la gravidanza.

D'altro canto, l'acquisizione agli atti del procedimento, ai sensi dell'art. 238-bis cod. proc. pen., di sentenze divenute irrevocabili, non comporterebbe, per il giudice di detto procedimento, alcun automatismo nel recepimento e nell'utilizzazione a fini decisorii dei fatti e dei relativi giudizi contenuti nei passaggi argomentativi della motivazione delle suddette sentenze, dovendosi al contrario ritenere che quel giudice conservi integra l'autonomia e la libertà delle operazioni logiche di accertamento e formulazione di giudizio a lui istituzionalmente riservate. (Sez. 1, n. 11140 del 15/12/2015, dep. 2016, Daccò, Rv. 266338). Resta ferma, infatti, l'autonomia del giudice di valutare i contenuti della sentenza irrevocabile unitamente agli altri elementi di prova acquisiti nel giudizio, in rapporto all'imputazione sulla quale è chiamato a pronunciarsi (Sez. 2, n. 52589 del 06/07/2018, Bruno, Rv. 275517). A maggior ragione in una situazione come quella in esame in cui le due sentenze, come è stato evidenziato, si concentrano su profili diversi della vicenda, entrambi con potenziale valenza causale sul verificarsi dell'evento morale. In questa prospettiva, pertanto, non pare debba necessariamente convenirsi con la richiesta di annullamento con rinvio del giudizio al fine di vagliare i profili della pretesa inconciliabilità delle suddette decisioni.

8.2. Il secondo motivo proposto nell'interesse di X, invece, appare fondato.

La sentenza della Corte di cassazione Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, annullando con rinvio la sentenza della Corte di appello di C

del 26/01/2017 che aveva confermato l'assoluzione di X e di Y dall'accusa di omicidio colposo, come si visto, ha ritenuto **il momento realmente critico della vicenda è stato individuato dai Giudici di merito nella gestione post-operatoria della paziente.**

Questa sentenza ha fissato il perimetro del giudizio di rinvio nella verifica del rispetto delle regole in tema di responsabilità medica dei componenti di una *equipe*. In tale evenienza, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'*equipe* medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio (così Sez. 4, n. 53315 del 18/10/2016, Paita e altri, Rv. 269678; in senso conforme v. Sez. 4, n. 18548 del 24/01/2005, Miranda ed altri, Rv. 231535; Sez. 4 n. 24036 del 02/03/2004, Sarteanesi, Rv. 228577).

La stessa decisione, però, ha precisato che *"la responsabilità per l'errore altrui, cui non si è posto rimedio o non si è cercato di porre rimedio, presuppone sempre un addebito a titolo di colpa, in quanto l'evento era prevedibile ed evitabile"*. **Diversamente, si finirebbe con l'ammettere una sorta di inaccettabile responsabilità oggettiva.**

In tale prospettiva, anche al fine di valutare la responsabilità del medico che fa parte di una *equipe*, occorre far riferimento alla regola di giudizio indicata dal ricorrente, secondo cui **occorre accertare che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa** ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, **l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva sentenza** (Sez. U, n. 30328 del 10/07/2002, Franzese, Rv. 222138).

Nella specie, **la sentenza impugnata non pare motivare in modo adeguato sulla la prova che l'azione doverosa avrebbe impedito o ritardato il verificarsi dell'evento mortale.** Nella sentenza impugnata, sul punto, è stato precisato che *"in definitiva si può ritenere come verificato, con margini di certezza, che il decesso della J fu causato da un'inappropriata terapia di contrasto alla patologia insorta a seguito della massiccia emorragia ed in particolare dalla mancata trasfusione di plasma fresco e di seguito dal ritardo nel trasferimento della paziente in una struttura specializzata, anche tenuto conto che le risorse del territorio, compulsate dai medici, non consentivano di reperire, in tempi utili, plasma fresco"*. È poi stato aggiunto che, *"stabilita la causa del decesso nelle disfunzioni coagulative legate all'insorta CID, è possibile individuare come arco temporale durante il quale*

sarebbe stato possibile approntare un adeguato approccio terapeutico, quello compreso tra le ore 21.00 (allorquando gli esami di laboratorio risultavano suggestive per CID) sino al momento del decesso avvenuto alle ore 3.45", citando a sostegno la perizia condotta dalla dott.ssa Albano e dal Prof. Grassi.

Nella stessa perizia disposta dalla Corte di appello di C nel giudizio di rinvio, tuttavia, è stato evidenziato che, anche se trattata adeguatamente, la cd. CID comunque presenta un elevato tasso di mortalità, compreso tra il 29% ed il 78% dei casi. Con questo specifico punto, evidenziato dalla difesa di X (ma come si vedrà anche dalla difesa di Y), contenuto nella perizia disposta dalla stessa Corte di appello, la sentenza impugnata non pare confrontarsi.

Va poi considerato che dalla sentenza della Corte di appello emerge che l'insorgenza della cd. CID è ragionevolmente dipesa da un censurabile ritardo nell'esecuzione dell'isterectomia. Tale ritardo, nell'ambito della *equipe* che è intervenuta, non può essere ascritto a X e Y. Essi, pur entrando a far parte di detta *equipe*, sono sopraggiunti in sostegno dei colleghi già impegnati, "*si prodigarono, effettuando una isterectomia, per fermare la massiccia emorragia in atto*" (pag. 19 della sentenza), quando era già maturato il suddetto ritardo (cfr. pag.

3 della perizia Albano e Grassi) e, come è stato rilevato nelle decisioni indicate in precedenza, hanno condotto o contribuito a condurre un intervento chirurgico che è stato eseguito nel rispetto dei tempi e delle regole mediche.

In definitiva, non sembra che, nella sentenza impugnata, impiegando il cd. giudizio controfattuale basato sulle generalizzazioni scientifiche, ma anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto (Sez. 4, n. 24372 del 09/04/2019, Molfese, Rv. 276292), sia stato dimostrato che, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta, l'evento lesivo sarebbe stato evitato al di là di ogni ragionevole dubbio (cfr. Sez. 4, n. 26568 del 15/03/2019, Dionisi, Rv. 276340).

8.3. Per ragioni sostanzialmente legate alle precedenti appare fondato anche il terzo motivo proposto nell'interesse di X.

Come ha precisato la sentenza della Corte di cassazione Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, va esclusa la responsabilità soltanto nel caso di allontanamento del sanitario in una fase in cui l'intervento possa ritenersi, se non concluso, solo da definire con adempimenti della massima semplicità, qualora il sanitario giustifichi il proprio allontanamento in ragione di altre e più pressanti ed urgenti attività mediche, in verità non addotte nel caso di specie.

Sebbene l'intervento operatorio, inteso in senso stretto, possa ritenersi concluso solo con l'uscita del paziente dalla sala operatoria, inoltre, sul sanitario grava comunque un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria.

Dunque, **pare possa sostenersi che X non avrebbe dovuto lasciare l'equipe medica**, se non altro perché consapevole di aver preso parte ad un intervento di alta specializzazione e non impegnato in altra attività medica di pari difficoltà, ancorché, come fatto rilevare dal ricorrente, nella perizia disposta dalla Corte di appello non sia stata mossa alcuna censura alla condotta del medico (e, come si vedrà dopo, di Y), perché, al termine dell'operazione, l'emorragia sia era arrestata e le condizioni cliniche in cui versava la paziente non risultavano di loro competenza specialistica (cfr. la consulenza Grassi – Albano, nella quale è precisato che la trasfusione delle ore 21.10 incrementava l'ematocrito fino ai valori di 40,6).

Una responsabilità per tale condotta, tuttavia, presuppone comunque l'accertamento di un profilo di colpa. Occorrerebbe, pertanto, una adeguata dimostrazione che il comportamento doveroso, ove fosse stato tenuto in alternativa all'allontanamento, avrebbe impedito o ritardato il verificarsi dell'evento mortale. **Ritorna**, in questo modo, **il tema che non pare sia stato adeguatamente affrontato in sentenza della elevata mortalità della cd. CID anche se adeguatamente affrontata** (cfr. sul punto non solo la perizia del Grassi – Albano, ma anche l'escussione del perito Grassi dinanzi alla Corte di appello di C, il cui verbale è stato allegato al ricorso nell'interesse di Y, pag. 41) e della incidenza di tale aspetto sulla valutazione della responsabilità medica.

Queste considerazioni sembrano assorbire il tema dell'eventuale applicazione del principio dell'affidamento nell'attività di *equipe* rispetto al quale, però, deve rilevarsi che non appare irragionevole ritenere che X e Y confidassero nella conoscenza da parte dei sanitari rimasti ad assistere la paziente della necessità di trattare tempestivamente una patologia la cui possibile insorgenza, secondo la sentenza della Corte di appello, rientra nel bagaglio di conoscenza di qualsiasi medico e che, comunque, doveva essere affrontata in prima battuta dall'anestesista – rianimatore.

8.4. Gli ulteriori motivi proposti nell'interesse di X appaiono fondati, ma comunque il loro accoglimento pare assorbito da quello del motivo secondo e terzo.

9. Valutazione dei motivi proposti nell'interesse di Y.

9.1. Pare opportuno iniziare dal secondo motivo proposto nell'interesse di Y che appare infondato per le ragioni espresse in precedenza nella parte in cui appare sovrapponibile al primo motivo relativo alla posizione di X. Le due decisioni che sono intervenute nei procedimenti diversi che hanno trattato la vicenda, invero, appaiono concordanti nel non ravvisare addebiti penalmente rilevanti attinenti alla fase della materiale esecuzione dell'intervento chirurgico, iniziato da medici diversi dai ricorrenti tra le 19.30 e 20.00 e, poi, condotto dal dott. Y, in sostanza come primo operatore, a partire dalle ore 20.20 – 20.30.

Queste due decisioni, come è stato rilevato, non appaiono necessariamente in contrasto. La mancanza di un addebito di colpa relativo all'esecuzione dell'intervento chirurgico ben potrebbe coesistere con l'individuazione di altri fattori causali del decesso della paziente nella fase dell'assistenza durante la gravidanza - come ha rilevato la stessa sentenza della Sez. 4, n. 39268 del 10/07/2019 in relazione alla posizione di W - ed in quella successiva all'operazione condotta da Y, oggetto dell'attenzione della sentenza della Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, che ha annullato la sentenza di assoluzione di Y e X, sicché non appare obbligato, sotto questo aspetto, l'annullamento con rinvio della sentenza impugnata.

Il medesimo motivo, invece, pare fondato laddove si sottolinea che la cd. CID che, anche se adeguatamente trattata, presenta un tasso di mortalità elevato, compreso tra il 29% ed il 78% dei casi, senza affermare che fosse reversibile e, dunque, senza dimostrare adeguatamente che il comportamento attivo alternativo avrebbe impedito o, quanto meno, rallentato il verificarsi dell'evento con elevata probabilità, prossima alla certezza.

Sul punto, per completezza, appare utile solo aggiungere che, nella sentenza impugnata, è precisato che il trasferimento presso altra struttura ospedaliera di livello più elevato avrebbe significativamente aumentato la percentuale di sopravvivenza della paziente (sul punto, si veda l'escussione del perito Grassi dinanzi alla Corte di appello di C, pag. 41), senza però precisare se detto trasferimento, in presenza dell'insorgenza della CID, avrebbe impedito o, quanto meno, rallentato il verificarsi dell'evento con elevata probabilità, prossima alla certezza (al riguardo, va rilevato che il perito Grassi, escusso dalla Corte di appello di C, ha precisato che la paziente poteva essere curata sul posto, pag. 8).

9.2. Anche il terzo motivo appare fondato per le ragioni già espresse rispetto alla posizione di X.

Come ha precisato la sentenza della Corte di cassazione Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, dep. 18/05/2018, va esclusa la responsabilità nel caso di allontanamento del sanitario in una fase in cui l'intervento possa ritenersi, se non concluso, solo da definire con adempimenti della massima semplicità, qualora il sanitario giustifichi il proprio allontanamento in ragione di altre e più pressanti ed urgenti attività mediche, in verità non addotte nel caso di specie. Anche dopo l'uscita del paziente dalla sala operatoria, inoltre, sul sanitario grava comunque un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria.

Una responsabilità per l'allontanamento, tuttavia, presuppone l'accertamento di un profilo di colpa che dovrebbe fondarsi sulla prova che il comportamento doveroso tenuto in alternativa all'allontanamento avrebbe impedito o ritardato il verificarsi dell'evento mortale. Tale prova, per le ragioni espresse, non pare essere stata ragH.

Su questo punto, sarebbe stata necessaria una rigorosa motivazione, considerato che, come è stato evidenziato, la perizia disposta dalla Corte di appello ha escluso censure anche nella scelta del medico di allontanarsi. Secondo un consolidato principio giurisprudenziale, in tema di responsabilità medica, il giudice di merito che intenda discostarsi dalle conclusioni del perito d'ufficio è tenuto ad un più penetrante onere motivazionale, illustrando accuratamente le ragioni della scelta operata, in rapporto alle prospettazioni che ha ritenuto di disattendere, attraverso un percorso logico congruo, che evidenzi la correttezza metodologica del suo approccio al sapere tecnico- scientifico, a partire dalla preliminare, indispensabile verifica critica in ordine all'affidabilità delle informazioni scientifiche disponibili ai fini della spiegazione del fatto (Sez. 1, n. 46432 del 19/04/2017, Fierro ed altri, Rv. 271924; Sez. 5, n. 9831 del 15/12/2015, dep. 2016, P.G., P.C. in proc. Minichini e altri, Rv. 267566).

Queste considerazioni, come già rilevato, sembrano assorbire il tema dell'eventuale applicazione del principio dell'affidamento nell'attività di equipe rispetto al quale, però, deve rilevarsi che non appare irragionevole ritenere che X e Y confidassero nella conoscenza da parte dei sanitari rimasti ad assistere la paziente della necessità di trattare tempestivamente una patologia la cui possibile insorgenza, secondo la perizia disposta dalla Corte di appello, rientra nel bagaglio di conoscenza di qualsiasi medico e che, comunque, doveva essere affrontata dall'anestesista – rianimatore.

9.3. Gli ulteriori motivi proposti nell'interesse di Y appaiono fondati, ma comunque il loro accoglimento pare assorbito da quello del secondo motivo.

Tanto premesso,

P.Q.M.

chiede che la Corte di Cassazione annulli la sentenza impugnata, con le statuizioni consequenziali.

ROMA, 3 novembre 2020.

IL SOSTITUTO PROCURATORE GENERALE
Dott. Luigi Giordano
