

CORTE DI CASSAZIONE SEZIONE IV PENALE

Sentenza n. 29150 del 7 marzo 2024 dep. il 18 luglio 2024

Omissis

Svolgimento del processo

1. Con sentenza emessa il 10 maggio 2023, la Corte di appello di Messina ha confermato la pronuncia del 15 settembre 2022, nei confronti di A.A. e B.B., di condanna alla pena di mesi otto di reclusione ciascuno, previa concessione delle attenuanti generiche con i benefici di legge, per i reati di cui agli artt. 113, 589, 590-sexies, cod. pen. Con la medesima pronuncia, gli imputati ed il responsabile civile Sara Assicurazione Spa venivano condannati al risarcimento dei danni in favore di tutte le parti costituite (C.C., D.D., E.E., F.F., G.G.), nonché al pagamento di una provvisoria pari ad Euro 5000,00 per ciascuna parte.

2. Agli imputati è stato contestato il reato di cui agli artt. 113, 589, cod. pen., perché, in cooperazione tra loro nell'esercizio della professione di medico-chirurgo in servizio presso l'istituto ortopedico del Mezzogiorno d'Italia "Omissis" di M, con condotta negligente, imprudente ed imperita, omettevano, a fronte di un riscontro di deficit motorio e sensitivo degli arti inferiori manifestatosi nella paziente H.H. già il giorno successivo all'intervento chirurgico di vertebroplastica percutanea del 7 marzo 2016 ed imputabile ad una prevedibile complicanza dello stesso, di disporre un immediato approfondimento diagnostico, da eseguirsi a mezzo risonanza magnetica del rachide dorsale lombare (eseguita solo in data 10 marzo 2016) all'esito della quale avrebbero potuto avviare un trattamento chirurgico decompressivo, scongiurando lo scompenso delle condizioni cliniche della paziente, oltre che l'ingravescenza della sindrome multi-organo per effetto della quale si verificava il decesso (fatto accaduto in M il 29 marzo 2016).

3. I fatti sono stati così ricostruiti dai giudici di merito. In data 2 marzo 2016, a seguito di persistenti algie lombari dovute ad una caduta accidentale il 29 febbraio 2016, H.H. veniva trasportata al Pronto soccorso del Policlinico di M ove, a seguito di accertamenti radiologici per la caduta occorsa, veniva condotta presso l'Istituto Ortopedico del Mezzogiorno d'Italia e ricoverata presso il reparto di ortopedia con diagnosi di "frattura L2". In data 7 marzo 2016, la paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico di vertebroplastica percutanea e, nella mattinata dell'8 marzo, veniva trasferita presso il reparto di riabilitazione con la diagnosi di "crolli vertebrali multipli", segnalandosi in cartella clinica che la paziente presentava deficit motorio e sensitivo agli arti inferiori. Era stata dunque disposta l'esecuzione di una TAC e, a seguito del peggioramento delle condizioni cliniche della donna, in data 10 marzo veniva eseguita una risonanza magnetica del rachide dorsale e lombare, poi ripetuta in data 11 marzo, da cui si registrava una marcata sofferenza midollare. Nei giorni successivi, il quadro clinico della B.B. andava incontro ad un progressivo peggioramento, tale per cui si dispose il trasferimento della paziente presso il reparto di cardiologia dell'ospedale omissis di M. In seguito ad ulteriore aggravamento delle patologie, la paziente veniva trasferita presso il reparto di medicina interna del predetto ospedale ove decedeva in data 29 marzo 2016.

3.1 Venivano mossi i seguenti addebiti: al A.A., in qualità di ortopedico che aveva eseguito l'intervento, e a B.B., in qualità di specialista in medicina fisica e riabilitazione, che aveva avuto in cura la paziente dall'8 marzo 2016, di aver colposamente omesso, a fronte di un riscontro di deficit motorio e sensitivo degli arti inferiori manifestatosi già il giorno successivo all'intervento ed imputabile ad una prevedibile complicanza dell'intervento (ed. leakage del materiale cementificante all'interno del canale vertebrale, con conseguente sindrome da compressione midollare a livello della prima vertebra lombare ed estensione ai metameri adiacenti) di disporre tempestivamente una risonanza magnetica, eseguita solo in data 10 marzo 2016, all'esito della quale si sarebbe potuto eseguire un trattamento chirurgico decompressivo, scongiurando il definitivo scompenso delle condizioni cliniche della paziente, poi deceduta.

4. Il giudice di primo grado ha ritenuto provata, alla luce degli elementi acquisiti nel corso dell'istruttoria dibattimentale e della CT effettuata su incarico della Procura, la responsabilità degli imputati per i reati loro ascritti. In particolare, il primo giudice perveniva alla pronuncia di condanna rilevando: 1) in ordine alla posizione del Dott. A.A., che questi avesse ommesso di operare un costante monitoraggio della paziente, richiesto dal pregresso intervento operatorio espletato, e che il rispetto di tale costante controllo avrebbe consentito di effettuare un'immediata diagnosi della complicità sopravvenuta, sottoponendo la paziente ad un intervento immediato di decompressione; 2) che le ragioni addotte a discolta dell'imputato - dott. A.A. - e, cioè, il non aver effettuato il controllo necessario nel rispetto di regole interne della struttura - non fossero sufficienti a sollevarlo dall'obbligo di controllo connesso alla posizione di garanzia rivestita; 3) che, quanto alla posizione del dott. B.B., quest'ultimo avesse disatteso le linee guida, procedendo, in presenza di sintomi riferiti dalla paziente, ad un esame TAC, invece di effettuare una tempestiva risonanza magnetica, così ritardando la diagnosi che avrebbe, se tempestivamente pervenuta, consentito di rilevare lo spandimento del materiale cementizio e la correlata area di interessamento.

5. Avverso detta sentenza hanno proposto tempestivo appello gli imputati. Quanto all'appello nell'interesse del Dott. B.B., si è dedotto che l'imputato avrebbe dovuto essere assolto dal reato ascrittogli, avendo quest'ultimo disposto immediatamente l'esame TAC, seguendo le linee guida in materia, non essendo indicata l'esecuzione immediata di RM all'esordio dei primi segni clinici di deficit motorio, nonché atteso che, secondo la consulenza tecnica della difesa, il predetto esame avrebbe mostrato il medesimo risultato ottenuto con la TAC. Inoltre, il giudice di primo grado avrebbe dovuto assolvere l'imputato sussistendo la scriminante di cui all'art. 590-sexies cod. pen. Quanto all'appello nell'interesse del dott. A.A., si è richiesta l'assoluzione dell'imputato perché il giudizio di responsabilità si era fondato su una valutazione errata dei dati acquisiti circa il costante obbligo di monitoraggio attribuito all'imputato, non essendo annotata in cartella né in sede di querela alcuna sintomatologia avversa o richiesta di intervento da parte dei familiari o della paziente stessa.

6. La Corte di appello ha confermato la sentenza impugnata rilevando quanto alla posizione del dott. B.B., che quest'ultimo, dopo aver riscontrato segnali di deficit neurologico, avrebbe dovuto eseguire un immediato approfondimento con esame RM del rachide. La Corte ha inoltre fatto riferimento alle linee guida Cirse, depositate in atti, secondo cui sarebbe stato necessario procedere ad un esame RM in caso di dolore persistente, circostanza sussistente nel caso in esame. I giudici territoriali hanno inoltre confutato l'assunto difensivo secondo cui, se anche il B.B. avesse disposto la risonanza in luogo della Tac, ciò non avrebbe consentito di apprezzare la complicità nell'immediato, atteso che, mentre la Tac consente di visionare solo i tessuti duri, la risonanza magnetica permette di esaminare i tessuti molli, potendo dunque permettere di apprezzare la compressione midollare. La Corte di merito ha infine ribadito che può ritenersi dimostrato, attraverso le risultanze dell'istruttoria, che, se fosse stata effettuata immediatamente la diagnosi ed eseguito il trattamento decompressivo, ciò avrebbe evitato il peggioramento delle condizioni della paziente e il conseguente decesso.

6.1 Quanto al A.A., la Corte di merito ha condiviso le argomentazioni del giudice di primo grado, ritenendo provato l'omesso monitoraggio della paziente e osservando, in ordine all'assunto difensivo secondo cui il chirurgo operatore non avrebbe potuto seguire il decorso post-operatorio per la logica imposta dalla struttura, che l'imputato avrebbe comunque potuto dare disposizioni ad altri sanitari e, peraltro, l'intervento della B.B. era l'ultimo da effettuare nella giornata. La Corte ha dunque condiviso il giudizio di sussistenza del nesso di causalità, secondo cui se il A.A. avesse effettuato il doveroso monitoraggio o avesse fornito disposizioni ad altri sanitari, ciò avrebbe almeno consentito di procedere alla corretta diagnosi e di sottoporre tempestivamente la B.B. all'intervento di decompressione midollare.

7. Avverso detta sentenza hanno interposto ricorso i difensori degli imputati, articolando plurimi profili di doglianza.

8. ricorso B.B.

8.1 Con il primo motivo il ricorrente lamenta vizio di motivazione e violazione di legge in relazione agli artt. 192, 533, cod. proc. pen. e artt. 113, 589, 590-sexies, cod. pen., quanto alla insussistenza della ritenuta condotta omissiva. In adesione alle linee guida Cirse, il B.B. aveva disposto immediatamente e, cioè, in data 8 marzo (giorno successivo all'intervento) l'effettuazione dell'esame TAC e, il giorno successivo (9 marzo 2016), all'esito di visita neurologica, l'esame di risonanza magnetica dorso-lombare, effettuato in data 10 marzo. In base alle risultanze della stessa RM, in cui si evidenziava la necessità di un "completamento diagnostico con RM ad alto campo", aveva del tutto correttamente disposto la ripetizione dell'esame il giorno 11 marzo 2016. Nessun addebito omissivo poteva essere mosso al B.B., considerato che questi aveva prescritto l'esame RM e la mancata immediata esecuzione in quella giornata non poteva essere a lui rimproverabile, avendo fatto affidamento sui sanitari che avrebbero dovuto eseguirla. Inoltre, la Corte territoriale non aveva offerto alcuna motivazione circa la esclusione della causa di non punibilità di cui all'art. 590-sexies cod. pen., non avendo i giudici di merito valutato la posizione dell'imputato e la personalizzazione del rimprovero. Il B.B., infatti, in qualità di fisiatra, e quindi di specialista nel trattamento conservativo delle sofferenze dell'apparato locomotore, che si avvale del supporto di altre figure medico sanitarie, quali il neurologo e l'ortopedico, aveva infatti, dapprima, disposto l'esame TAC, richiesto una consulenza neurochirurgica e, poi, disposto per due volte l'esame RM.

8.2 Con il secondo motivo, deduce violazione di legge e vizio di motivazione con riguardo alla sussistenza del nesso di causalità tra omissione ed evento infausto. La Corte di merito non avrebbe considerato il quadro multifattoriale patologico della paziente già al momento del ricovero. Gli stessi consulenti del PM, sulle cui conclusioni poggiava la decisione dei giudici di merito, si erano limitati a sostenere che " se fosse stata eseguita una decompressione precoce, molto probabilmente, le condizioni cliniche della paziente, inizialmente in fase di compenso, non si sarebbero aggravate ...". Detta considerazione non era conforme alle indicazioni della consolidata giurisprudenza secondo cui il giudizio deve essere compiuto in termini di " alta probabilità logica", elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto. La Corte territoriale non aveva fatto buon governo dei suddetti principi, non considerando l'incidenza che sul decorso post operatorio aveva avuto il quadro multipatologico della paziente. Peraltro, mentre l'esame RM in data 10 marzo aveva evidenziato un ematoma in fase sub-acuta con compressione durale, l'esame TAC, effettuato l'8 marzo, non aveva evidenziato alcun spandimento ematico né compressione dell'astuccio durale, nonostante fosse un accertamento diagnostico adeguato a verificare spandime ematici. Ad avviso della difesa, qualora i sanitari avessero effettuato l'esame RM in luogo della TAC non avrebbero comunque rilevato alcuna compressione midollare, occorsa successivamente a quella data.

8.3 Infine, con il terzo motivo, si deduce vizio di motivazione e violazione di legge con riguardo all'eccezione di sussistenza della causa di non punibilità di cui all'art. 590 sexies cod. pen., non avendo i giudici di merito valutato il grado di colpa che avrebbe sorretto l'omissione contestata e non permettendo alla difesa di comprendere le ragioni del diniego della causa di non punibilità.

9. ricorso A.A.

9.1 Con il primo motivo deduce violazione di legge e vizio di motivazione con riguardo alla ritenuta condotta omissiva addebitata, ossia il mancato monitoraggio della paziente. La motivazione era illogica ed errata, posto che nessuno - né la caposala del reparto né successivamente il dott. B.B. - si era preoccupato di allertare il A.A. sulle condizioni sopravvenute che riguardavano la paziente nei giorni precedenti l'esito infausto. Inoltre, le cartelle cliniche attestavano che il decorso operatorio era buono, non rilevando alcuna sintomatologia significativa. Infine, la Corte non aveva chiarito come e per quanto tempo ancora il A.A. dovesse continuare il controllo post-operatorio.

9.2 Con il secondo, deduce violazione di legge e vizio di motivazione con riguardo alla ritenuta insussistenza della scriminante di cui all'art. 590-sexies cod. pen. Anche ammettendo l'obbligo di costante monitoraggio, era riscontrabile un grado di colpa lieve.

10. Le parti civili hanno depositato memoria. Relativamente al ricorso del A.A., si rileva l'inammissibilità del primo motivo, consistente nella mera riproposizione di questioni già debitamente scrutinate e disattese dal giudice di primo grado. Non era stata specificamente attaccata la inconfutabile argomentazione della sentenza impugnata secondo cui il dott. A.A. aveva ammesso di non aver più monitorato la paziente a seguito dell'intervento. La Corte territoriale inoltre aveva chiarito che il buon esito dell'intervento, annotato in cartella clinica al termine dell'esecuzione, era stato smentito dalla chiara deposizione della figlia della paziente che lo aveva rappresentato nella denuncia sporta nella immediatezza dei fatti (denuncia acquisita agli atti), secondo cui la madre immediatamente dopo l'intervento non muoveva gli arti inferiori, e che la situazione era stata denunciata al personale infermieristico. Quanto al ricorso del B.B., le parti civili rilevano la inammissibilità del primo motivo, inerente al profilo di colpa, in quanto, nonostante - come aveva ben chiarito la Corte territoriale - il leakage del materiale cementificante sia complicità tipica dell'intervento - il dott. B.B. non aveva disposto RM pur in presenza dei chiari segnali di deficit neurologici, prescrivendo un esame TC eseguito il 9 marzo quando, come chiarito dalle linee guida, avrebbe dovuto essere eseguita una RM essendovi già la presenza di un dolore persistente agli arti. Era totalmente priva di pregio l'affermazione per cui la specializzazione del B.B., medico fisiatra, non avrebbe consentito di esigere la condotta doverosa, trattandosi di medico specialista nella riabilitazione a seguito di interventi quali la vertebroplastica di cui il leakage costituisce complicità tipica. Erano del tutto infondati i rilievi riguardanti il nesso di causalità, dal momento che i consulenti del PM avevano concluso con indicazioni conformi ai canoni della nota pronuncia Franzese, e, inoltre, le argomentazioni del CT di parte erano state efficacemente smentite dalla Corte territoriale. Quanto alla eccepita insussistenza della causa di non punibilità, la stessa non era stata proposta quale motivo di appello e la relativa doglianza doveva quindi ritenersi inammissibile.

11. Il Procuratore generale ha concluso per il rigetto dei ricorsi.

Motivi della decisione

Ricorso A.A.

1. Il primo motivo di ricorso, con il quale si deduce vizio di violazione di legge e vizio di motivazione in ordine alla ritenuta sussistenza di un costante obbligo di monitoraggio della paziente, non supera il vaglio di ammissibilità. La doglianza, meramente riproduttiva del motivo già dedotto in sede di appello, consiste in una mera prospettazione alternativa dei fatti basata sull'assunto che nessun sanitario avrebbe informato il A.A. delle condizioni ingravescenti della paziente e sulle contrastanti annotazioni nella cartella clinica.

2. Orbene, deve essere ribadito il consolidato principio secondo cui il capo dell'equipe medica è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, che non è limitata all'ambito strettamente chirurgico, ma si estende al successivo decorso post-operatorio, poiché le esigenze di cura e di assistenza dell'infermo sono note a colui che ha eseguito l'intervento più che ad ogni altro sanitario (Sez. 4, n. 17222 del 06/03/2012, Arena, Rv. 252375 - 0); con la conseguenza che è ravvisabile la sua responsabilità ove, terminato l'intervento, si sia allontanato senza avere affidato il paziente ad altri sanitari, debitamente edotti, in grado di seguire il decorso post operatorio (Sez. 4, n. 22007 del 23/01/2018, PG in proc. Muratore, Rv. 272744 - 01, cfr. nello stesso senso, Sez. 4 - n. 11719 del 04/03/2021, Rv. 281012 - 01; Sez. 4, n. 53453 del 15/11/2018, Rv. 274499 - 01; Sez. 4, n. 17222 del 06/03/2012, Rv. 252375 - 01).

3. I giudici di merito hanno fatto corretta applicazione del consolidato orientamento sopra citato, rilevando la sussistenza, in capo al chirurgo operatore A.A., dell'obbligo di monitoraggio della paziente, consistente nel controllo sui parametri vitali e neurologici, ed evidenziando che, nel caso di specie, il A.A. non aveva assolto detto obbligo né personalmente né dando indicazioni ad altri sanitari. Né è idonea a scardinare le argomentazioni della sentenza impugnata la considerazione, già ampiamente discussa nel corso dei gradi di merito, secondo cui le annotazioni della cartella clinica redatta la mattina successiva all'intervento, di poco anteriore al trasferimento della H.H. presso il reparto riabilitazione, riportavano la dicitura "buono il decorso post operatorio". Come rilevato nella sentenza impugnata, la B.B., immediatamente dopo l'intervento,

presentava una sintomatologia la cui esistenza è stata dimostrata in giudizio attraverso le risultanze della prova dichiarativa (mai messa in discussione neppure dal ricorrente), secondo cui la paziente aveva iniziato ad avvertire già dal post operatorio disturbi quali assenza di sensibilità e impossibilità di movimento degli arti inferiori. Detti disturbi erano infatti stati riferiti tempestivamente dalla figlia G.G. al personale infermieristico che li aveva ricondotti agli effetti dell'anestesia. Non è dunque illogica la deduzione della Corte territoriale secondo cui la mancata annotazione in cartella clinica della sintomatologia sopra descritta fosse dovuta alla erronea attribuzione dei disturbi avvertiti dalla B.B. ai postumi della anestesia. Né può sostenersi, come si deduce nel ricorso, che la annotazione nella cartella clinica circa la bontà del decorso post operatorio attesti una verità escludente la sintomatologia non annotata. È invero pacifico che le attestazioni contenute in una cartella clinica, redatta da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico, hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. c.c., per quanto attiene alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, restando, invece, non coperte da fede privilegiata le valutazioni, le diagnosi o, comunque, le manifestazioni di scienza o di opinione in essa espresse (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, n. 25568 del 30/11/2011, Rv. 620437; Sez. L -, Ordinanza n. 27471 del 20/11/2017, Rv. 646436 - 01; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 27288 del 16/09/2022, Rv. 665724 - 01). Ciò posto, la cartella clinica in atti fa prova fino a querela di falso dei fatti attestati, non già delle valutazioni, quali quella ivi contenuta ("buono" il decorso post operatorio). È dunque innegabile che - come argomentato nella sentenza impugnata - un attento monitoraggio della paziente da parte del medico operatore avrebbe permesso l'immediata rilevazione della complicità e l'adozione delle tempestive misure di decompressione, considerato vieppiù che le linee guida CIRSE, applicabili al caso di specie, prevedono espressamente che, nella fase successiva ad un intervento di vertebroplastica cutanea l'operatore debba provvedere al controllo dei parametri vitali e dei segni neurologici ogni 15 minuti nel corso della prima ora e ogni mezz'ora nelle successive due ore, ricercando ogni aumento di dolore, modificazione dei parametri vitali e deterioramento della condizione neurologica. In proposito, i giudici di merito hanno argomentato, in modo coerente ed esaustivo, che il medesimo imputato aveva ammesso, in sede di esame, di non aver provveduto ad effettuare il controllo post operatorio, richiamando a sua giustificazione regole interne alla struttura nonché la tipologia di attività svolta in qualità di chirurgo ortopedico normalmente chiamato a dare esecuzione a interventi chirurgici programmati in regime di day surgery. Sul punto, è certamente incensurabile l'argomentazione dei giudici di merito, secondo cui, stante l'obbligo di vigilanza delle condizioni di salute del paziente nel decorso post operatorio, dette giustificazioni erano del tutto inidonee ad esimere il ricorrente dal suo preciso dovere di vigilanza, prescritto anche dalle linee guida applicabili al caso concreto. È dunque evidente che l'immediato riscontro della plaga avvertita dalla B.B. subito dopo l'intervento avrebbe, ove approfondita, permesso la rilevazione tempestiva della complicità e l'altrettanto tempestivo intervento di decompressione.

2. Con il terzo motivo il ricorrente ha invocato l'applicazione, in proprio favore, dell'art. 3 della L.189/2012 (ed Legge Balduzzi), a mente del quale " l'esercente delle professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve". In proposito, deve preliminarmente ribadirsi che, poiché la causa di non punibilità di cui all'art. 590 sexies cod. pen., successivamente introdotto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 (ed Legge Gelli - Bianco) riguarda esclusivamente le ipotesi di imperizia, "il regime previsto dall'art. 3 della L. n.189/2012 risulta più favorevole in relazione alle contestazioni per comportamenti del sanitario - commessi prima della entrata in vigore della legge Gelli-Bianco - connotati da negligenza o imprudenza, con configurazione di colpa lieve, che solo per il decreto Balduzzi erano esenti da responsabilità quando risultava provato il rispetto delle linee-guida o delle buone pratiche accreditate" (così SU, n. 8770 del 21 dicembre 2017, Mariotti ed altro, Rv. 272174, in motivazione). Nel caso di specie risulta contestata una evidente ipotesi di negligenza (omesso controllo delle condizioni della paziente nel decorso post operatorio) e pertanto il fatto, commesso il 29 marzo 2016, continua ad essere regolato dal regime di cui all'art. 3 della L.189/2012, in quanto più favorevole.

2.1. Ciò posto, per l'applicazione dall'art. 3 della legge Balduzzi è necessario che il sanitario abbia rispettato le linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica, con la precisazione che il professionista deve comunque inquadrare correttamente il caso nelle sue linee generali, adeguando le direttive allo specifico contesto, anche disattendendo del tutto le istruzioni usuali per perseguire una diversa strategia che governi efficacemente i rischi connessi al quadro d'insieme (Sez. 4, n. 16237 del 29/01/2013, Cantore, Rv. 255105 - 01). Orbene, risulta evidente che, nel caso in questione, sono state totalmente disapplicate le prescrizioni delle linee guida inerenti alla vigilanza e controllo nel decorso post operatorio da parte del medico operatore, né è stata invocata, e tanto meno dimostrata, alcuna valida ragione avente fondamento tecnico - scientifico che imponesse, nel caso concreto, di discostarsi dalle prescrizioni predette. La doglianza, dunque, risulta manifestamente infondata.

Ricorso B.B.

1. Il primo motivo, con il quale si contesta la configurabilità della omissione colposa, è infondato. Le sentenze di merito (pag. 23 della sentenza di primo grado e pag. 5 della sentenza di appello) richiamano le linee guida CIRSE sulla "Vertebral argumentation percutanea" che stabiliscono espressamente le attenzioni post procedurali, secondo cui "i parametri vitali e i segni neurologici (focalizzati nelle estremità) devono essere monitorati ogni 15 minuti nel corso della prima ora, poi ogni mezz'ora nelle successive due ore, ricercando ogni aumento di dolore, modificazione dei parametri vitali o deterioramento della condizione neurologica. Se anche uno solo di questi casi si realizza, bisogna condurre un esame neurologico dettagliato, seguito da un controllo TC per valutare il canale spinale o la compressione delle radici nervose secondarie a un leakage di cemento. Il dolore successivo alla procedura è solitamente leggero e può essere affrontato con farmaci non oppiacei. In rari casi, quando il dolore è moderato o intenso, la somministrazione di oppiacei leggeri potrebbe rivelarsi necessaria. Non è necessario un controllo di imaging al termine della procedura nei casi di routine. Si propone un controllo RM solo in caso di un dolore persistente o che appare immediatamente o molto dopo la procedura". Dalla semplice lettura del testo, si evince come le linee guida, in caso di deterioramento della condizione neurologica, prescrivono un "esame neurologico dettagliato seguito da un controllo TC per valutare, la compressione delle radici nervose secondarie a un leakage di cemento". L'esame RM viene invece indicato "so/o in caso di un dolore persistente o che appare immediatamente o molto dopo la procedura".

2. Ciò posto, si rimprovera al B.B. di non aver disposto ed eseguito il giorno 8 marzo 2016 una risonanza magnetica. Con riferimento al momento dell'ingresso presso il reparto di riabilitazione, le sentenze di merito danno atto che la cartella clinica, in cui era annotato l'orario delle 12.31, registrava "plagia arto inferiore sinistro, ipoestesia arti inferiori, ROT rotulei fiacchi, achillei assenti, in atto non segno di Babinsky". Il dato rilevante, dunque, è un evidente deterioramento neurologico, manifestato con la paresi (plagia) dell'arto inferiore sinistro e la ipoestesia degli arti inferiori. Di fronte a tali segnali, le linee guida sopra riportate indicano, quale procedura da porre in atto, il controllo neurologico e l'esame TC, che, appunto, era stato disposto dal B.B. l'8 marzo ed eseguito nella giornata successiva. Come si può agevolmente rilevare, a mente delle linee guida l'indicazione della RM è data solo in caso di "dolore persistente". Pertanto, al momento dell'ingresso in reparto, il B.B., che aveva in quel momento preso in carico la paziente, non era stato reso edotto della sintomatologia dolorosa, avendo a disposizione un quadro clinico che evidenziava soltanto deterioramento neurologico. Al momento dell'ingresso nel reparto di riabilitazione, il quadro clinico della paziente, come descritto nelle cartelle, suggeriva dunque l'esecuzione di una TAC, correttamente prescritta dal ricorrente, eseguita la mattina del 9 marzo alle ore 9.35, i cui esiti rilevavano segnali di spandimento del materiale cementificante. Ciò posto, dalla ricostruzione dei fatti operata dai giudici di merito si ricava però (cfr pag. 24 della sentenza di primo grado) che il giorno 8 marzo, alle successive 18.42, la cartella clinica riportava "paziente con dolori diffusi alla colonna", tanto che era stata somministrata alla B.B. una fiala di Toradol. Dalla scansione temporale degli eventi, di cui si dà sempre atto nella sentenza di primo grado (pag. 9 e 25), la richiesta di RM era stata prescritta dal dott. B.B. soltanto alle ore 19.35 del successivo 9 marzo, dunque oltre 24 ore dopo la comparsa del sintomo indicativo della necessità di procedere a RM, ossia la

sintomatologia dolorosa. L' esame RM era poi stato materialmente eseguito il 10 marzo e ripetuto l'11. L'esame del 10 marzo riportava già l'esistenza di una " compressione del sacco durale da parte di formazione iperintensa nella sequenza SETI".

3. Tanto chiarito, è incensurabile la considerazione dei giudici di merito che rilevano come, nonostante la persistenza di una sintomatologia grave a carico della paziente e nonostante la Tac avesse rilevato segnali di uno spandimento di materiale cementificante, il dott. B.B. aveva omesso di disporre con urgenza l'esame RM e la consulenza neurologica, che avrebbe dovuto essere prescritta alla comparsa della sintomatologia dolorosa (rilevabile nel tardo pomeriggio dell'8 marzo) ed eseguita tempestivamente, quanto meno la mattina successiva (9 marzo), mentre di fatto venne disposta il 9 marzo alle ore 19.35 ed eseguita nel pomeriggio del 10 marzo, ripetuta l'11 marzo nonostante i chiari segni di leakage, con la richiesta di consulenza chirurgica il successivo 12 marzo. L'omissione colposa, con scostamento dalle linee guida, si è dunque verificata con certezza nella giornata dal 9 marzo 2016, momento in cui il B.B. aveva a disposizione le risultanze della cartella clinica del pomeriggio precedente, che annotavano sintomatologia dolorosa, e il referto della TAC, evidenziante già uno spandimento, seppur minimo. E il dovere di intervenire con urgenza per valutare un tempestivo intervento chirurgico era vieppiù richiesto ed esigibile trattandosi di paziente che presentava condizioni già compromesse (sindrome metabolica in fase di parziale iniziale scompenso, ipertensione, diabete mellito, epatopatia dismetabolica), quindi con elevato rischio chirurgico.

4. Quanto, poi, alla doglianza riguardante l'applicazione dell'art. 3 della L. 189/2012 (legge Balduzzi), vanno ribadite le argomentazioni svolte riguardo alla posizione A.A. in ordine alla astratta applicabilità della norma più favorevole. Anche relativamente al B.B., infatti, viene in rilievo una ipotesi di negligenza per omessa tempestiva esecuzione dell'esame diagnostico di elezione (RM). Deve comunque escludersi, alla luce delle considerazioni sopra riportate, che possa farsi luogo alla applicazione del citato art. 3 della L. 189/2012. Le indicazioni delle linee guida di eseguire con urgenza l'esame RM a partire dalla comparsa della sintomatologia dolorosa (ossia, nel tardo pomeriggio del giorno 8 marzo) erano infatti inequivocabili e risultano sicuramente disattese dal B.B. Né il ricorrente medesimo ha dedotto, e tanto meno dimostrato, alcuna valida ragione avente fondamento tecnico - scientifico che imponesse, nel caso concreto, di discostarsi dalle prescrizioni delle linee guida (Sez. 4, n. 16237 del 29/01/2013, Cantore, Rv. 255105 - 01).

5. È invece fondato il secondo motivo, con il quale si denuncia vizio di motivazione in riferimento al giudizio controfattuale. Come noto, nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile se si accerti 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 (Sez. Un., n. 30328 del 10 luglio 2002, Franzese, Rv. 222138). Il giudizio di alta probabilità logica, a sua volta, deve essere fondato, oltre che su un ragionamento di deduzione basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulle particolarità del caso concreto (ex multis, Sez. Un., n. 38343 del 24 aprile 2014, P.G., R.C., Espenhahn e altri, Rv. 261103; Sez. 4, n. 26491 del 11 maggio 2016, Ceglie, Rv. 267734). Tale ragionamento deve essere svolto in riferimento alla specifica attività (diagnostica, terapeutica, di vigilanza e salvaguardia dei parametri vitali del paziente o altro) che era specificamente richiesta al sanitario e che si assume idonea, se realizzata, a scongiurare l'evento lesivo, come in concreto verificatosi, con alto grado di credibilità razionale (Sez. 4, n. 30469 del 13 giugno 2014, P.G., P.C., in proc. Jann e altri, Rv. 262239).

6. Orbene, non è chiaro quando l'esecuzione dell'intervento correttivo (procedura decompressiva urgente) avrebbe dovuto essere eseguito per avere elevata probabilità salvifica. La sentenza di primo grado riporta le conclusioni della CT del PM, secondo cui vi era stato un notevole ritardo nella diagnosi della complicanza, responsabile dello scompenso delle condizioni cliniche della paziente. I CT concludono nel senso che "Se fosse stata eseguita una decompressione precoce, molto probabilmente le condizioni cliniche della stessa,

inizialmente in fase di compenso, non si sarebbero aggravate". Secondo i giudici di merito " una volta identificato il cambiamento dello stato neurologico della paziente dopo l'intervento (la mattina successiva), andava rapidamente chiarita la causa dello stesso con un urgente esame RM che avrebbe evidenziato immediatamente la natura compressiva meccanica del problema e, in condizioni generali diverse da quelle presenti 5 giorni dopo, fatto proporre una procedura decompressiva urgente". Allo stesso modo, nella sentenza di appello è riportata la conclusione del CT del PM secondo cui " una diagnosi e un trattamento precoce della complicanza avrebbero molto probabilmente permesso di evitare lo scompenso delle condizioni cliniche della paziente". Sempre i giudici di appello fanno riferimento alla " insorgenza dei sintomi l'8 marzo"; e riportano la risposta del CT dott I.I. secondo cui " in questo lasso di tempo la signora aveva dei valori che consentivano un intervento chirurgico". I tempi di riferimento sembrano quindi essere quelli di una valutazione dell'intervento decompressivo lo stesso 8 marzo.

7. Coglie dunque nel segno la doglianza relativa alla carenza del giudizio controfattuale, mancando una argomentata valutazione del giudizio di alta probabilità logica, basato sul sapere scientifico degli esperti, in ordine alla circostanza che la paziente sarebbe sopravvissuta se il medico avesse adottato la condotta doverosa omessa, ossia se avesse provveduto ad eseguire l'esame RM il 9 marzo 2016. Non è infatti stato chiarito se l'esecuzione dell'esame RM il 9 marzo avrebbe con probabilità prossima alla certezza permesso l'esecuzione tempestiva dell'intervento salvifico di decompressione. Detto aspetto non è stato approfondito dai giudici di merito, che dovranno provvedervi alla luce delle considerazioni sopra riportate.

8. Si impone quindi l'annullamento della sentenza impugnata, con rinvio ad altra sezione della Corte d'appello di Messina, per l'accertamento di quanto sopra illustrato.

P.Q.M.

Annulla la sentenza impugnata nei confronti di B.B. con rinvio per nuovo giudizio ad altra sezione della Corte d'appello di Messina, cui demanda anche la regolamentazione tra le parti delle spese di questo giudizio di legittimità.

Dichiara inammissibile il ricorso di A.A. e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di Euro tremila in favore della Cassa delle ammende nonché alla rifusione delle spese di questo giudizio di legittimità alle parti civili C.C., D.D., E.E., liquidate in Euro 4.800 oltre accessori come per legge, F.F., G.G. liquidate in Euro 3.900 oltre accessori come per legge.

Conclusione Roma, 7 marzo 2024.