

36723-18

REPUBBLICA ITALIANA
In nome del Popolo Italiano
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
QUARTA SEZIONE PENALE

Composta da:

GIACOMO FUMU	- Presidente -	Sent. n. sez. 855/2018
SALVATORE DOVERE		UP - 19/04/2018
DANIELA RITA TORNESI		R.G.N. 51572/2017
EUGENIA SERRAO		
LOREDANA MICCICHE'	- Relatore -	

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sui ricorsi proposti da:

(omissis) nato a (omissis) il (omissis)
(omissis) nato a (omissis) il (omissis)

avverso la sentenza del 22/05/2017 della CORTE APPELLO di ANCONA

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere LOREDANA MICCICHE';

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore STEFANO TOCCI

che ha concluso chiedendo

Il Proc. Gen. conclude per il rigetto del ricorso di DI SAVERIO GIOICSA e
l'inammissibilità del ricorso di ROSETTI EUGENIO.

udito il difensore

L'avvocato (omissis) del foro di FERMO in difesa delle PARTI CIVILI deposita
conclusioni scritte e nota spese nelle quali chiede la liquidazione; chiede dichiararsi
l'inammissibilità di entrambi i ricorsi.

L'avvocato (omissis) del foro di TERAMO in difesa di (omissis)
(omissis) anche in sostituzione dell'avvocato (omissis) del foro di ASCOLI

U

PICENO, come da delega a sostituto processuale che deposita, in difesa di (omissis)
(omissis) conclude per l'accoglimento di entrambi i ricorsi.

RITENUTO IN FATTO

1. La Corte d'Appello di Ancona, con sentenza del 22 giugno 2017, in parziale riforma della sentenza del Giudice dell'udienza preliminare presso il Tribunale di Ascoli Piceno del 17 dicembre 2015, concedeva a (omissis) e (omissis) (omissis) il beneficio della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, confermando nel resto. Pertanto, gli stessi venivano condannati, concesse le circostanze attenuanti generiche, alla pena di mesi tre di reclusione (pena sospesa) oltre che al risarcimento dei danni in favore delle parti civili, per il reato p. e p. dagli artt. 113 e 589 cod.pen., perché, in cooperazione colposa fra di loro, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore, entrambi chirurgi presso l'ospedale civile di (omissis) cagionavano per colpa il decesso di (omissis), intervenuto per insufficienza multi organo in data 19 gennaio 2011.

2. La vicenda clinica della persona offesa veniva così ricostruita. (omissis) accedeva, in data 4 dicembre (omissis), per dolori addominali e nausea, al pronto soccorso dell'ospedale civile di (omissis) ove, riscontratagli un'inflammatione acuta della colecisti (colecistite acuta), veniva trasferito nel reparto di chirurgia e sottoposto, il 13 dicembre (omissis), ad intervento chirurgico di colecistectomia video-laparoscopica. Nel corso del predetto intervento, nella fase cosiddetta del "clippaggio", nella quale avviene la legatura mediante clips metalliche dell'arteria e del dotto cistico prima dell'asportazione della colecisti, i medici operatori, per imperizia ed imprudenza, posizionavano erroneamente una clip metallica sul dotto epatico comune, al di sotto della confluenza dei dotti epatici di destra e di sinistra, ostruendo così completamente il deflusso del liquido biliare nel canale intestinale con conseguente versamento dello stesso nella cavità peritoneale. Nei giorni successivi le condizioni del paziente venivano monitorate ed il livello di bilirubina totale e di bilirubinemia diretta tendeva a salire. Il 15 dicembre (omissis) era presente ittero. Il 16 dicembre veniva richiesta una ERCP (colangiopancreatografia retrograda endoscopica) all'ospedale di (omissis) sulla base di una diagnosi di colecistite acuta, esame che veniva tentato il 17 dicembre. Lo stesso giorno il paziente, rientrato all'ospedale di (omissis) veniva sottoposto ad ecografia per sospetto clinico di calcolosi coledocica, ma l'esame veniva marcatamente inficiato dal discreto meteorismo intestinale. Si programmava pertanto un'ulteriore ERCP per il 20 dicembre, presso l'ospedale di (omissis) ove veniva ulteriormente tentato. Il medesimo giorno veniva eseguita anche una TAC addominale senza mezzo di contrasto e ColangioRm, le quali permettevano di concludere per ostruzione della via biliare extraepatica con associata raccolta complicata nel letto della colecisti a quest'ultimo livello di maggiore estensione e in sede lateroconale

più esteso a destra, nello spazio pararenale destro. Il 21 dicembre veniva eseguita una nuova TAC con mezzo di contrasto ed il paziente veniva trasferito, con lettera a firma del dott. (omissis) presso la clinica ospedaliera (omissis) ove il (omissis) veniva ricoverato con diagnosi di stenosi iatrogena della VBP. Il 22 dicembre il paziente veniva operato in urgenza per intervento chirurgico di caledoco-coledocoanastomosi su tubo di Kher vs epaticodigiunoanastomosi per ittero ingravescente. Nel corso dell'intervento veniva riconosciuto il dotto cistico sul quale era stata applicata la clip metallica nel corso del precedente intervento, nonché individuata la seconda clip presente sul dotto epatico comune, al di sotto della confluenza dei dotti epatici di destra e di sinistra, ad ostruzione completa del lume. Veniva rimossa tale clip. La brevissima distanza tra la sede della lesione del dotto epatico e la confluenza dei dotti di destra e di sinistra non permetteva di isolare una bocca anastomotica unica per la ricostruzione della continuità dello scarico biliare. Veniva pertanto confezionata doppia anastomosi termino-laterale tra dotto epatico destro e dotto epatico sinistro ed ansa digiunale antecolica alla Roux, con confezionamento del piede dell'ansa circa 50 cm a valle delle anastomosi bilio-enteriche. Venivano poi posizionati tre drenaggi tubulari. Dal 24 al 30 dicembre si rilevava fuoriuscita di bile in quantità che arrivavano a 400 cc stabili nel drenaggio percutaneo. Dal 29 dicembre compariva temperatura cutanea di 38,2 °C e leucocitosi. Il 30 dicembre si potenziava la terapia antibiotica e si medicava la ferita infetta con bilicoltura positiva per *Enterococcus faecium* e *Escherichia coli*. Il 5 gennaio 2011 veniva eseguito intervento chirurgico di laparotomia destra allargata lungo la linea mediana allo xifoide sulla precedente laparotomia, il quale rivelava diastasi completa della precedente sintesi della parte addominale, lisi di aderenze peritoneali visceroviscerali e visceroparietali e deiscenza delle anastomosi bilio-enteriche confezionate nel precedente intervento e della parete anteriore dell'anastomosi digiuno digiunale al piede dell'ansa alla Roux. Il paziente veniva trasferito in rianimazione, sedato ed intubato. Nei giorni 12, 13 e 14 gennaio la situazione rimaneva analoga: il paziente rimaneva sedato, con ventilazione meccanica, circolo e diuresi sostenuti farmacologicamente. Il 14 gennaio si effettuava TAC che evidenziava una falda di versamento pleurico bilaterale maggiore a destra. Dal 15 gennaio le condizioni peggioravano rapidamente con crisi epilettiche e segni di insufficienza multiorganica. Il 16 gennaio le condizioni diventavano gravissime e si effettuava una revisione chirurgica. Il 17 gennaio le condizioni si aggravavano essendo il paziente in stato epilettico con crisi convulsive generalizzate. Il giorno 19 gennaio, alle ore 8.00, se ne constatava il decesso.

3. All'esito di questa lunga e complicata vicenda clinica, i giudici di merito ritenevano entrambi di dovere condividere le conclusioni e le osservazioni

presentate dal CT dell'accusa, prof. (omissis), il quale ebbe peraltro ad eseguire l'autopsia nell'immediatezza del decesso, a scapito di quelle dei consulenti della difesa, dott. (omissis) e dott. (omissis) ritenendo che questi ultimi si fossero limitati ad esporre astrattamente una serie di dati statistici, senza confrontarsi con le particolarità del caso concreto.

3.1. Conseguentemente, i giudici ritenevano che l'intervento di colecistectomia effettuato presso l'ospedale di (omissis) dai due odierni imputati non avesse avuto un'evoluzione positiva, considerato che, poco dopo, si erano manifestati sia un incremento dei valori della bilirubina sia l'ittero, sintomi di una ostruzione delle vie biliari; che, successivamente, tali dati clinici trovavano conferma in una TC che evidenziava l'ostruzione della via biliare dovuta ad una clip metallica, apposta per errore nel corso dell'intervento laparoscopico e che indirizzava, insieme ad altri dati clinici ed anamnestici, nel senso di un versamento peritoneale di tipo biliare; che l'intervento compiuto il 22 dicembre permetteva di verificare tale diagnosi, in quanto repertava, oltre alla clip metallica correttamente apposta sul dotto cistico, anche una seconda clip, questa erroneamente apposta sul dotto epatico comune, il cui lume, pertanto, risultava completamente ostruito in posizione di stretta vicinanza con la confluenza dei due dotti biliari epatici, destro e sinistro; che la clip erroneamente posizionata sul dotto epatico comune aveva determinato l'impossibilità di deflusso, nel canale intestinale, della bile prodotta dagli epatociti con conseguente ristagno che determinava sia un rilevante danno epatocitario ed il riassorbimento biliare che si manifestava con un crescente incremento dei valori di bilirubina e con un ittero ingravescente, sia la filtrazione, soprattutto attraverso il letto colecistico, di bile nella cavità peritoneale, ove ne veniva repertato un quantitativo di circa due litri; che, a fronte di tale quadro, i chirurghi di (omissis) correttamente avevano optato, stante l'impossibilità di ricostruire il dotto comune in cui far confluire i dotti epatici, per effettuare una anastomosi separata del dotto epatico destro e sinistro sull'ansa del primo tratto dell'intestino tenue, sollevata ed anteposta al colon trasverso, riuscendo in tale modo a ripristinare la via di drenaggio biliare all'interno dell'intestino.

3.2. Ritenevano pertanto i giudici che il momento condizionante dell'intera vicenda fosse proprio l'intervento eseguito nell'ospedale di (omissis) nel corso del quale veniva provocata una ostruzione iatrogena del dotto epatico comune a causa del posizionamento di una clip metallica subito al di sotto della confluenza dei due dotti epatici destro e sinistro, errore tecnico dal quale derivava, in tempi brevi, un'importante complicanza rappresentata da una peritonite biliare, e che dunque aveva condizionato a catena l'intera vicenda, dando luogo alla lunga serie di eventi e complicanze che sarebbero confluiti nel determinismo della sindrome da

insufficienza multiorgano. In definitiva, quindi, la morte del (omissis) per insufficienza multiorgano, pur nel contesto di una causalità complessa, trovava la sua origine proprio nella chiusura del dotto epatico comune ad opera della clip metallica erroneamente collocata. Correlativamente, nessuna incongruità era rilevabile nella condotta chirurgico-assistenziale attuata nell'ospedale di (omissis)

4. I giudici di merito, pertanto, ritenevano senza dubbio provata la responsabilità penale degli imputati per colpa legata ad una loro condotta commissiva, ossia all'errore consistito nel posizionare una clip metallica sul dotto epatico comune, occludendolo totalmente, ritenendo che tale occlusione non potesse considerarsi mera complicità dell'intervento ma vero e proprio errore dei chirurghi.

4.1. In secondo luogo, poi, i giudici ritenevano parimenti provata anche la responsabilità colposa omissiva contestata ai due imputati. Fermo restando il grave, inescusabile e determinante errore del posizionamento della clip, infatti, si riteneva che vi fosse stata anche una omessa tempestiva diagnosi differenziale, causalmente rilevante, nel periodo post-operatorio, da parte dei due chirurghi che, dopo avere operato il (omissis) lo avevano seguito nella successiva degenza, omettendo di individuare con la dovuta prontezza l'errore commesso, in violazione delle linee guida specifiche in materia. L'aver gli imputati fatto eseguire ben due ERCP senza averle fatte precedere da un esame diagnostico di primo livello quale ecografia, TAC e RMN, aveva certamente costituito notevole discostamento delle linee guida, essendo la ERCP un esame invasivo, peraltro non disponibile presso il nosocomio sanbenedettese.

5. In definitiva, dunque, i giudizi di merito si concludevano ritenendo che le condotte colpose, sia commissiva sia omissiva, addebitate agli imputati, fossero da considerarsi in stretto rapporto causale, senza soluzione di continuità alcuna, rispetto alla verifica dell'evento, in quanto se il (omissis) ed il (omissis) non avessero erroneamente posizionato la clip metallica sul dotto epatico comune invece che sulla arteria cistica e se avessero, nel trattamento post-operatorio del paziente, sulla scorta degli eloquenti segni clinici ed effettuando dirimenti e semplici esami diagnostici di primo livello, non invasivi e prontamente disponibili presso l'ospedale di (omissis) effettuato una doverosa, immediata e corretta diagnosi del danno iatrogeno determinante i crescenti valori di bilirubina e la comparsa di ittero ingravescente, il decesso di (omissis) non si sarebbe verificato.

6. Infine, la Corte territoriale – una volta ritenuto che, rispetto al caso *de quo*, la previsione dell'art. 3, c. 1, l. 189/2012 (legge Balduzzi) fosse da ritenersi più favorevole rispetto al recente art. 590-*sexies* cod.pen. (introdotto dalla l. 24/2017, c.d. legge Gelli-Bianco) – ne escludeva in radice l'applicabilità, essendo ravvisabile,

in capo agli imputati, una condotta connotata da colpa indubbiamente grave, nonché posta in essere al di fuori di qualsivoglia linea guida. Ciò con riferimento ai profili di colpa sia commissiva sia omissiva.

7. Entrambi gli imputati, a mezzo dei rispettivi difensori di fiducia, propongono ricorso per cassazione, deducendo diversi motivi, i quali, essendo assimilabili, possono essere riassunti congiuntamente.

8. Con primo motivo, i ricorrenti lamentano, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione alla ritenuta sussistenza di condotte imperite ed imprudenti poste in essere dagli imputati, sia sotto il profilo commissivo sia sotto quello omissivo, censurando in via preliminare la decisione del giudice d'appello di valorizzare la sola consulenza del prof. ^(omissis) tralasciando totalmente di valutare quanto rilevato dai consulenti ^(omissis) e ^(omissis)

8.1. Quanto alla colpa commissiva, i ricorrenti evidenziano come l'apposizione della clip sul dotto biliare sia stata apoditticamente qualificata come errore di tecnica chirurgica, quando in realtà avrebbe dovuto essere considerata come una mera complicanza, in quanto considerata tale in maniera unanime dalla letteratura medica, tanto da essere ricompresa nel consenso informato firmato dal paziente prima dell'intervento. Peraltro, l'aver compiuto l'intervento in laparoscopia è notoriamente circostanza che porta ad un aumento delle possibilità di lesione della via biliare, a differenza di quanto sostenuto nella sentenza impugnata.

8.2. Quanto alla colpa omissiva, i ricorrenti sostengono di aver fatto tutto quanto fosse necessario e doveroso, durante la degenza post-operatoria. In particolare, infatti, avevano disposto gli accertamenti necessari, erano pervenuti alla diagnosi della lesione della via biliare in tempi addirittura inferiori rispetto a quelli previsti in letteratura ed avevano seguito scrupolosamente le linee guida. Gli stessi sottolineano come fosse impossibile chiarire nell'immediato l'origine dell'ittero e dell'innalzamento della bilirubina; come avessero correttamente optato per l'effettuazione di una ERCP, in conformità alle linee guida dell'EAES (European Association for Endoscopic Surgery), dal momento che il paziente era già sottoposto a drenaggio e che i parametri già indicavano la raccolta della bile; come il compimento di un'ecografia nei giorni precedenti al 17 dicembre (data in cui ne venne eseguita una, considerata però tardiva dai giudici) non sarebbe stato in ogni caso in grado di evidenziare la posizione della clip rendendo comunque necessaria la ERCP; come, infine, la corretta diagnosi fosse stata tempestiva, e come nulla sarebbe cambiato nel decorso della patologia se anche fosse stata compiuta con qualche giorno di anticipo.

9. Con secondo motivo, i ricorrenti lamentano, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione alla mancata applicazione dell'art. 3 della legge Balduzzi. I ricorrenti evidenziano come, in riferimento alla responsabilità omissiva, la scelta di eseguire subito la ERCP, ossia un esame diagnostico che offriva simultaneamente la possibilità di avere certezza circa il tipo di lesione nonché indicazioni circa il trattamento da adottare, dovesse considerarsi conforme alle linee guida, che la indicavano quale procedura consigliata in quanto rappresentante la terapia definitiva in più della metà dei casi. In ogni caso, anche a volerla considerare una scelta errata, non la si sarebbe certamente potuta ritenere condotta gravemente colposa.

9.1. Anche con riferimento alla responsabilità commissiva i ricorrenti sostengono che l'errore non potesse dirsi grave. Il posizionamento della clip sul dotto, infatti, non poteva che trovare spiegazione nella necessità di fermare un sanguinamento (di per sé circostanza non tanto grave da dovere essere necessariamente riportata nel verbale operatorio, nel quale infatti non ve n'è traccia). Proprio a causa di tale sanguinamento o di altre condizioni anatomiche la visibilità sarebbe stata assai scarsa e per questo i chirurghi, pur ritenendo di apporre le clips solo sul dotto cistico, avevano invece finito per coinvolgere anche il dotto epatico comune. Ne consegue che se anche di errore si tratta, non si può certo ritenere che sia connotato da colpa grave.

10. Con terzo motivo, i ricorrenti lamentano, ex art. 606, c. 1, lett. b) e lett. e), cod.proc.pen., violazione di legge e vizio di motivazione in relazione alla ritenuta esclusione dell'interruzione del nesso causale. Il primo intervento effettuato in (omissis) in data 22 dicembre (omissis), infatti, a parere dei ricorrenti, sarebbe causa sopravvenuta in grado di innescare un rischio nuovo ed incommensurabile, del tutto incongruo rispetto al rischio originario attivato dalla prima condotta e quindi in grado, secondo la giurisprudenza di legittimità, di interrompere il nesso causale, a norma dell'art. 41, cpv., cod.pen. Il (omissis) infatti, giungeva al nosocomio anconetano in buone condizioni generali, tanto che l'intervento non venne programmato come urgente. È solamente a seguito dell'intervento del 22 dicembre che le condizioni peggiorano. I medici anconetani, infatti, avrebbero dovuto solamente risolvere la complicanza insorta nell'intervento effettuato dai due imputati, rimuovendo la clip dal dotto epatico comune, asportando la bile presente con un drenaggio verso l'esterno e quindi, soltanto successivamente e a situazione stabilizzata e risolta, procedere con un intervento chirurgico ricostruttivo. L'intervento che invece viene posto in essere fallisce totalmente, dato che il secondo intervento svoltosi in (omissis) in data 5 gennaio (omissis) mostra chiaramente la deiscenza delle anastomosi praticate e la conseguente peritonite settica da

perdita di bile oltre al contenuto intestinale presente in addome, che causava lo shock settico e quindi la morte del paziente.

11. Le parti civili (omissis) e (omissis) a mezzo del proprio difensore di fiducia, presentano rituale memoria difensiva, con la quale evidenziano l'inammissibilità degli odierni motivi di ricorso, in quanto totalmente incentrati sulla ricostruzione in fatto della vicenda. Nello specifico, le parti civili sostengono che l'errore dei medici non possa considerarsi mera complicità, e che non possa essere ritenuto caratterizzato da colpa lieve. Si ritiene poi che il complesso intervento ricostruttivo effettuato ad (omissis) si sia reso necessario per ripristinare la funzionalità del dotto ostruito ed il correlato rischio di deiscenza, non rappresentando dunque un'evenienza eccentrica rispetto al decorso eziologico attivato dall'imperizia degli imputati. La sussistenza della concausalità, pertanto, non può essere esclusa dal momento che l'anastomosi si è resa necessaria per fronteggiare l'errore chirurgico e l'omessa diagnosi, comportamenti contestati agli imputati.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. I ricorsi sono infondati e devono pertanto essere rigettati.

2. Il primo motivo, relativo alla colpa, commissiva ed omissiva, degli imputati è privo di pregio.

2.1. Preliminarmente, in rito, è del tutto infondata la censura rivolta all'aver i giudici tenuto in considerazione la sola consulenza tecnica del prof. (omissis). Come ampiamente motivato dai giudici di merito, infatti, la relazione del (omissis) veniva preferita perché, a differenza di quella dei CT della difesa, dott. (omissis) e (omissis) non si era limitata ad esporre astrattamente una serie di dati statistici, ma si era confrontata con tutte le particolarità del caso concreto, in assenza di qualsivoglia vizio logico o metodologico. Come costantemente affermato da questa Corte, peraltro, la perizia è mezzo di prova "neutro", sottratto come tale alla disponibilità delle parti e rimesso alla discrezionalità del giudice (*ex multis*, Sez. Un., n. 39746 del 23 marzo 2017, Rv. 270936; Sez. 4, n. 14130 del 22 gennaio 2007, Pastorelli ed altro, Rv. 236191; Sez. 2, n. 52517 del 3 novembre 2016, Russo, Rv. 268815). Conseguentemente, la sua valutazione costituisce il risultato di un giudizio di fatto, come tale non valutabile in sede di legittimità, purché risulti sorretto da adeguata motivazione (Sez. 4, n. 7444 del 17 gennaio 2013, Sciarra, Rv. 255152; Sez. 5, n. 12027 del 6 aprile 1999, Mandalà, Rv. 214873), e ciò tanto più in presenza di una c.d. "doppia conforme" di condanna (Sez. 2, n. 5336 del 9 gennaio 2018, Rv. 272018; Sez. 4, n. 5615 del 13 novembre 2013, Nicoli, Rv. 258432).

2.2. Passando al merito, occorre prendere le mosse dalla colpa commissiva. I giudici di merito, valorizzando lo svolgimento della vicenda clinica del (omissis) e le risultanze della consulenza del prof. (omissis) concludevano senza alcun dubbio per la commissione di un vero e proprio errore di tecnica chirurgica verificatosi nel corso dell'intervento di colecistectomia ad opera degli odierni imputati. Tale errore era consistito nel posizionamento di una clip metallica sul dotto epatico comune, subito al di sotto della confluenza dei dotti epatici di destra e di sinistra, il quale posizionamento aveva determinato la totale ostruzione del lume, come manifestato poi chiaramente dai sintomi immediatamente insorti, vale a dire l'innalzamento della bilirubina e l'insorgenza dell'ittero.

2.3. I giudici di merito scartavano, correlativamente, la tesi delle difese per cui si sarebbe trattato non già di un errore chirurgico, ma di una semplice complicanza, addirittura prevista nel modulo del consenso informato firmato dal (omissis). Tuttavia, non era seriamente contestabile che la lesione iatrogena provocata dall'intervento fosse stata causata da un grave ed inescusabile errore di tecnica chirurgica commesso da (omissis) e (omissis) i quali avevano infatti confuso parti diverse del distretto anatomico su cui stavano operando. Su tale punto concordavano tutte le perizie in atti. Al riguardo, poi, si mostrava significativa la insanabile e palese discrasia fra il tenore della descrizione dell'intervento contenuta nel rapporto operatorio, unico atto da ritenersi veridico in quanto stilato nell'immediatezza del fatto, e quello della lettera di trasferimento del (omissis) da (omissis) ad (omissis), lettera redatta e sottoscritta dal (omissis) con la quale si cercava di accreditare, stante l'intervenuta consapevolezza dell'inescusabile errore, l'esistenza di un sanguinamento anomalo e di condizioni intraoperatorie difficili, circostanze di cui si taceva assolutamente nel verbale operatorio. Peraltro, è principio consolidato quello per cui, in tema di omicidio imputabile a colpa medica, non è censurabile in sede di legittimità la decisione con cui il giudice di merito, nel contrasto tra opposte tesi scientifiche, all'esito di un accurato e completo esame delle diverse posizioni, ne privilegia una, purché dia congrua ragione della scelta e dimostri di essersi soffermato sulle tesi che ha ritenuto di non dover seguire (Sez. 4, n. 15493 del 10 marzo 2016, P.C. in proc. Pietramala ed altri, Rv. 266787; Sez. 4, n. 46428 del 19 aprile 2012, Stringa, Rv. 254073).

2.4. Tanto premesso, non è seriamente contestabile la sussistenza in capo ai medici imputati di un profilo di consistente colpa commissiva, rappresentato proprio dall'errore di tecnica chirurgica verificatosi per avere i sanitari "clippato" il dotto epatico comune, errando nell'interpretazione del campo operatorio, in violazione, in fase esecutiva, delle linee guida, nonché delle regole cautelari poste a tutela della vita del paziente. È evidente come l'errore di tecnica chirurgica, intervenuto nella

fase esecutiva delle linee guida, rappresenti un chiaro profilo di colpa generica commissiva da imperizia.

3. Parimenti infondate sono le censure rivolte ai profili di colpa omissiva rimproverabili agli imputati, *sub specie* di omessa tempestiva diagnosi differenziale.

3.1. La giurisprudenza di questa Corte afferma che, in tema di colpa professionale medica, l'errore diagnostico si configura non solo quando, in presenza di uno o più sintomi di una malattia, non si riesca ad inquadrare il caso clinico in una patologia nota alla scienza o si addivenga ad un inquadramento erroneo, ma anche quando si ometta di eseguire o disporre controlli ed accertamenti doverosi ai fini di una corretta formulazione della diagnosi (Sez. 4, n. 21243 del 18 dicembre 2014, Pulcini, Rv. 263492; Sez. 4, n. 46412 del 28 ottobre 2008, Calò, Rv. 242250).

3.2. Ciò è quanto specificamente accaduto nel caso del (omissis) Fermo il grave errore chirurgico di cui si è detto, infatti, i giudici di merito ritenevano correttamente che gli imputati versassero anche in colpa omissiva per avere omesso una tempestiva diagnosi differenziale nel periodo post-operatorio. I due medici, infatti, avevano omesso – dopo avere eseguito l'intervento chirurgico – di individuare con la dovuta prontezza l'errore chirurgico, per colpa grave ed in violazione delle linee guida specifiche. A fronte degli inequivocabili segni clinici insorti dopo l'intervento, infatti, i prevenuti avrebbero dovuto fare immediatamente eseguire sul (omissis) quegli esami, quali colangioRM ed ecografia, i quali, non invasivi e prontamente disponibili presso l'ospedale di (omissis) avrebbero permesso di individuare la reale causa della raccolta biliare. Essi, invece, avevano fatto eseguire ben due ERCP, senza farle precedere da esami diagnostici di primo livello, discostandosi così notevolmente dalle linee guida, dal momento che l'ERCP è un esame invasivo, peraltro non disponibile presso l'ospedale sanbenedettese. Ciò, peraltro, nonostante l'invito, da parte dei colleghi di (omissis) ad effettuare prioritariamente una colangioRM.

3.3. Evidente pertanto risulta la colpa omissiva degli imputati, consistita nell'errore diagnostico e nella reiterata violazione delle linee guida relative agli esami da effettuarsi in presenza del quadro sintomatologico riscontrabile nel (omissis)

4. Tali due profili di colpa devono poi correttamente ritenersi causalmente determinanti per il verificarsi dell'evento morte, dovendosi pertanto rigettare anche le censure difensive avanzate in ordine alla ricostruzione del nesso causale.

4.1. L'accertamento del nesso causale deve avvenire con identico rigore in presenza sia di condotte attive sia di condotte omissive. Ciò chiarito in linea di principio, è tuttavia noto che, in presenza di c.d. causalità commissiva, l'individuazione della

progressione causale risulti facilitata. La natura commissiva della condotta, infatti, consiste nella trasgressione di un divieto, e quindi in un'azione difforme dal comportamento imposto dalla regola cautelare. Ciò implica che, ai fini dell'accertamento del nesso causale con l'evento, il giudizio controfattuale sia operato valutando se l'evento si sarebbe ugualmente verificato anche in assenza della condotta commissiva (Sez. 4, n. 15002 del 1° marzo 2011, Reif ed altri, Rv. 250268; Sez. 3, n. 47979 del 28 settembre 2016, Urru, Rv. 268658). In altri termini, è necessario che il giudizio controfattuale non sia compiuto dando per avvenuta la condotta impeditiva e chiedendosi se, posta in essere la stessa, l'evento si sarebbe ugualmente realizzato in termini di elevata credibilità razionale (come accade nella causalità omissiva), bensì valutando se l'evento si sarebbe ugualmente verificato anche in assenza della condotta commissiva (Sez. 4, n. 26020 del 29 aprile 2009, Cipiccia ed altri, Rv. 243931).

4.2. La causalità commissiva, infatti, per sua stessa natura ha a che fare con condotte materiali, vale a dire concretamente poste in essere, naturalisticamente riscontrabili. Si tratta dunque di compiere un giudizio ipotetico, non particolarmente complicato, di c.d. "eliminazione" mentale. Diversamente, come noto, accade in presenza di causalità omissiva, categoria giuridica che, non a caso, ha suscitato ampia e vivace riflessione giurisprudenziale e dottrinale, a partire dal disposto normativo di cui all'art. 40, cpv., cod.pen. In tema di causalità nei reati omissivi impropri, infatti, il giudice, nell'accertare se l'evento sia conseguenza dell'omissione, compie una ricostruzione logica fondata non su una concatenazione di fatti materiali esistenti nella realtà ed empiricamente verificabili, ma su ipotesi, dando luogo ad una causalità normativa, basata su un giudizio controfattuale, alla quale si fa ricorso per ricostruire una sequenza che non potrà mai avere una verifica fenomenica, verifica che invece nella causalità commissiva è spesso, ma non sempre praticabile (Sez. 4, n. 4981 del 5 dicembre 2003, P.G. in proc. Ligresti ed altri, Rv. 229668). Come si nota, quindi, la differenza fra la causalità commissiva e quella omissiva risiede principalmente nel fatto che nella seconda il giudizio è totalmente ipotetico, e si fonda su basi strettamente normative. Come è stato affermato in giurisprudenza, infatti, in caso di comportamento omissivo, l'accertamento della responsabilità e, in particolare, la verifica della sussistenza del nesso di causalità sono sottoposti a regole identiche a quelle applicabili in caso di comportamento commissivo, essendo i due tipi di comportamento strettamente connessi, dato che, nella condotta omissiva, nel violare le regole cautelari, il soggetto non sempre è assolutamente inerte, ma non infrequentemente pone in essere un comportamento diverso da quello dovuto, cioè da quello che sarebbe stato doveroso secondo le regole della comune prudenza, perizia, attenzione.

L'unica distinzione attiene soltanto alla necessità, in caso di comportamento omissivo, di fare ricorso, per verificare la sussistenza del nesso di causalità, ad un giudizio controfattuale meramente ipotetico (dandosi per verificato il comportamento invece omesso), anziché fondato sui dati della realtà; infatti, nel caso di comportamento omissivo, è solo con riferimento alle regole cautelari inosservate che può formularsi un concreto rimprovero nei confronti del soggetto e verificarsi, con giudizio controfattuale ipotetico, la sussistenza del nesso di causalità (Sez. 4, n. 3380 del 15 novembre 2005, Fedele, Rv. 233237).

4.3. A partire da tali fondamentali principi, la giurisprudenza di legittimità ha individuato le varie tappe dell'accertamento causale nei reati omissivi impropri, fondato su un giudizio controfattuale di c.d. "aggiunta" mentale e sul determinante principio dell'alto grado di credibilità razionale, secondo il c.d. schema Franzese. Nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può, infatti, ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo 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 (*ex multis*, 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 logica 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).

4.4. Fondamentale, nel paradigma Franzese, è il giudizio controfattuale, analizzato con particolare riferimento alle omissioni in campo medico. In tema di responsabilità medica, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità è necessario individuare tutti gli elementi concernenti la causa dell'evento, in quanto solo la conoscenza, sotto ogni profilo fattuale e scientifico, del momento iniziale e della successiva evoluzione della malattia consente l'analisi della condotta omissiva colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale e verificare se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta, l'evento lesivo sarebbe stato evitato al di là di ogni ragionevole dubbio (Sez. 4, n. 43459 del 4 ottobre 2012, Albiero ed altri, Rv. 255008). Evidentemente, tale ragionamento controfattuale deve essere svolto dal giudice di merito 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) e si deve fondare su affidabili informazioni scientifiche nonché sulle contingenze significative del caso concreto, dovendosi comprendere: a) qual è solitamente l'andamento della patologia in concreto accertata; b) qual è normalmente l'efficacia delle terapie; c) quali sono i fattori che solitamente influenzano il successo degli sforzi terapeutici (Sez. 4, n. 10615 del 4 dicembre 2012, Perrotta ed altri, Rv. 256337).

5. Tutto ciò premesso e considerato, nessun dubbio può residuare, nel caso odierno, circa la sussistenza del nesso causale fra le condotte attive ed omissive degli imputati e la morte del (omissis) Come correttamente argomentato dai giudici di merito, infatti, se il (omissis) ed il (omissis) non avessero erroneamente posizionato la clip metallica sul dotto epatico comune invece che sulla arteria cistica (causalità commissiva) e se avessero, nel trattamento post-operatorio del paziente, sulla scorta degli eloquenti segni clinici ed effettuando dirimenti e semplici esami diagnostici di primo livello, non invasivi e prontamente disponibili, compiuto una doverosa, immediata e corretta diagnosi del danno iatrogeno determinate i crescenti valori di bilirubina e la comparsa di ittero ingravescente (causalità omissiva), il decesso del Milenati non si sarebbe verificato.

5.1. Né risulta sostenibile che il nesso causale, pure innescato dalle condotte degli imputati, sia stato interrotto, secondo lo schema dell'art. 41, c. 2, cod.pen., dalle condotte dei medici anconetani nel corso dell'intervento del 22 dicembre (omissis), intervento che si sarebbe rivelato del tutto fallimentare, dato che il secondo intervento svoltosi in (omissis) in data 5 gennaio (omissis) mostrava chiaramente la deiscenza delle anastomosi praticate e la conseguente peritonite settica da perdita di bile oltre al contenuto intestinale presente in addome, che causava lo shock settico e quindi la morte del paziente.

5.2. La giurisprudenza costante di questa Corte, infatti, ritiene che, in materia di interruzione del nesso causale a norma dell'art. 41, cpv., cod.pen., le cause sopravvenute idonee ad escludere il rapporto di causalità siano sia quelle che innescano un processo causale completamente autonomo rispetto a quello determinato dalla condotta dell'agente, sia quelle che, pur inserite nel processo causale ricollegato a tale condotta, si connotino per l'assoluta anomalia ed eccezionalità, collocandosi al di fuori della normale, ragionevole probabilità (Sez. 4, n. 53541 del 26 ottobre 2017, Zantonello, Rv. 271846; Sez. 4, n. 10626 del 19 febbraio 2013, P.C. in proc. Morgando, Rv. 256391). È infatti configurabile

l'interruzione del nesso causale tra condotta ed evento quando la causa sopravvenuta inneschi un rischio nuovo e incommensurabile, del tutto incongruo rispetto al rischio originario attivato dalla prima condotta (Sez. 4, n. 3312 del 2 dicembre 2016, Zarcone, Rv. 269001; Sez. 4, n. 25689 del 3 maggio 2016, Di Giambattista ed altri, Rv. 267374), fermo restando che, evidentemente, non può ritenersi causa sopravvenuta da sola sufficiente a determinare l'evento il comportamento negligente di un soggetto che trovi la sua origine e spiegazione nella condotta colposa altrui (Sez. 4, n. 18800 del 13 aprile 2016, Bonanni, Rv. 267255).

5.3. Tanto assodato, la giurisprudenza ha avuto modo di esprimersi anche sulla peculiare condizione rappresentata dall'eventuale comportamento colposo dei sanitari intervenuti per curare lesioni da altri causate, escludendo che possa trattarsi di causa interruttiva del nesso causale. Si afferma, infatti, che l'eventuale negligenza o imperizia dei medici, ancorché di elevata gravità, non elide, di per sé, il nesso causale tra la condotta lesiva e l'evento morte, in quanto l'intervento dei sanitari costituisce, rispetto al soggetto leso, un fatto tipico e prevedibile, anche nei potenziali errori di cura, mentre ai fini dell'esclusione del nesso di causalità occorre un errore del tutto eccezionale, abnorme, da solo determinante l'evento letale. Ne consegue, in tal caso, l'applicabilità dell'art. 41, c. 1 e non dell'art. 41, c. 2, cod.pen. (Sez. 5, n. 29075 del 23 maggio 2012, P.G. in proc. Barbagallo, Rv. 253316; Sez. 4, n. 41943 del 4 ottobre 2006, Lestingi ed altro, Rv. 235537), in quanto la mancata eliminazione di una situazione di pericolo (derivante da fatto commissivo od omissivo dell'agente) ad opera di terzi non rappresenta una distinta causa che si innesti nella prima, ma solo una ovvia condizione negativa perché quella continui ad essere efficiente e operante (Sez. 1, n. 11024 del 10 giugno 1998, Ceraudo, Rv. 211606). Più specificamente ancora, in tema di colpa medica, in presenza di una condotta colposa posta in essere da un determinato soggetto, non può ritenersi interruttiva del nesso di causalità una successiva condotta parimenti colposa posta in essere da altro soggetto, quando essa non abbia le caratteristiche dell'assoluta imprevedibilità e inopinabilità; condizione, questa, che non può, in particolare configurarsi quando, nel caso di colpa medica, tale condotta sia consistita nell'inosservanza, da parte di soggetto successivamente intervenuto, di regole dell'arte medica già disattese da quello che lo aveva preceduto (Sez. 4, n. 6215 del 10 dicembre 2009, Pappadà ed altri, Rv. 246421).

5.4. Nel caso odierno, i giudici di merito escludevano che la condotta dei medici anconetani potesse porsi come causa da sola sufficiente a determinare l'evento, negando addirittura che fossero riscontrabili comportamenti colposi in capo a detti sanitari. Non era infatti seriamente sostenibile che la decisione dei chirurghi doric

di effettuare l'intervento per la rimozione della clip, erroneamente posizionata dagli imputati sul dotto epatico comune, ed il conseguente confezionamento di doppia anastomosi tra dotti epatici destro e sinistro ed ansa digiunale – decisione resa necessaria dall'assenza di valide e risolutive alternative, avendo il drenaggio applicato presso l'ospedale di (omissis) già dimostrato la sua inutilità – avesse creato un rischio nuovo, esorbitante, prima inesistente, avendo, al contrario, la condotta dei sanitari di (omissis) rappresentato solamente lo sviluppo ulteriore dell'originario *iter* eziologico.

6. Resta, infine, da affrontare la questione dell'applicabilità o meno al caso in esame della previsione dell'art. 3, c. 1, d.l. n. 158/2012 (c.d. legge Balduzzi) ovvero dell'art. 590-*sexies* cod.pen., introdotto nell'ordinamento con la legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli-Bianco). Al riguardo, occorre sottolineare che la Corte d'Appello riteneva che, nel raffronto fra le due previsioni normative, dovesse, in astratto, trovare applicazione, in quanto più favorevole, a norma dell'art. 2 cod.pen., la legge Balduzzi, e concludeva, in ogni caso, per l'impossibilità di ricondurre il caso di specie sia sotto la previsione di tale legge, sia sotto quella della più recente Gelli-Bianco. Pur concordando, come si dirà, con le conclusioni dei giudici di merito, si ritiene opportuna una generale ricostruzione del regime di applicabilità dei citati sistemi normativi.

6.1. Come noto, successivamente rispetto alla pronuncia della Corte d'Appello, le Sezioni Unite hanno avuto modo di esprimersi sulla portata della legge Gelli-Bianco, dandone un'interpretazione costituzionalmente conforme. È dunque necessario valutare, preliminarmente, quale sia, alla luce dell'arresto del Supremo Collegio, la norma più favorevole nel caso *de quo*, per poi passare a considerare se tale norma possa effettivamente trovare applicazione. Le Sezioni Unite hanno infatti affermato che, in tema di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, l'art. 590-*sexies* cod.pen., introdotto dall'art. 6 della legge 8 marzo 2017, n. 24, prevede una causa di non punibilità applicabile ai soli fatti inquadrabili nel paradigma dell'art. 589 o di quello dell'art. 590 cod.pen., e operante nei soli casi in cui l'esercente la professione sanitaria abbia individuato e adottato linee guida adeguate al caso concreto e versi in colpa lieve da imperizia nella fase attuativa delle raccomandazioni previste dalle stesse; la suddetta causa di non punibilità non è applicabile, invece, né ai casi di colpa da imprudenza e da negligenza, né quando l'atto sanitario non sia per nulla governato da linee-guida o da buone pratiche, né quando queste siano individuate e dunque selezionate dall'esercente la professione sanitaria in maniera inadeguata con riferimento allo specifico caso, né, infine, in caso di colpa grave da imperizia nella fase attuativa delle raccomandazioni previste dalle stesse (Sez. Un., n. 8770 del 21 dicembre 2017, Mariotti ed altro, Rv.

272174). Conseguentemente, è stato affermato che l'abrogato art. 3 comma 1, del d.l. n. 158 del 2012, si configura come norma più favorevole rispetto all'art. 590-sexies cod.pen., introdotto dalla legge n. 24 del 2017, sia in relazione alle condotte connotate da colpa lieve da negligenza o imprudenza, sia in caso di errore determinato da colpa lieve da imperizia intervenuto nella fase della scelta delle linee-guida adeguate al caso concreto (Sez. Un., n. 8770 del 21 dicembre 2017, Mariotti ed altro, Rv. 272175).

6.2. Tanto chiarito, nel caso odierno sono due, come visto, i profili di colpa generica contestati agli imputati, uno commissivo ed uno omissivo. Quanto a quello commissivo – consistente nell'aver i medici "clippato" erroneamente il dotto epatico comune nel corso dell'intervento di colecistectomia – non v'è dubbio che si tratti di un errore di tecnica chirurgica, come tale riconducibile alla *species* dell'imperizia. Peraltro, trattandosi di intervento chirurgico correttamente segnalato dalle linee guida come risolutivo per la patologia del (omissis) ed essendo a suo tempo stata effettuata una corretta diagnosi circa tale patologia, deve concludersi per il rispetto delle linee guida, a loro volta adeguate al caso concreto, nella fase della loro selezione. Di talché, l'errore degli imputati può agevolmente essere considerato come un errore da imperizia intervenuto nella fase esecutiva delle raccomandazioni previste dalle linee guida correttamente individuate ed adeguate al caso concreto. Dal momento che le Sezioni Unite, come detto, hanno recuperato in via ermeneutica il parametro della gravità dell'imperizia in relazione all'art. 590-sexies cod.pen., nel cui testo esso non compare più, stabilendo che risultino non punibili, a norma della legge Gelli-Bianco, solamente quelle condotte imperite che, intervenute nella fase esecutiva delle linee guida, non si mostrino come gravemente imperite, deve concludersi che, in tale caso, vi sia una sostanziale omogeneità di previsioni fra il nuovo regime e la legge Balduzzi. Una differenza, tuttavia, è ancora riscontrabile, ed è data dal fatto che, mentre il nuovo art. 590-sexies cod.pen. deve essere correttamente interpretato come avente natura di mera causa di non punibilità (Sez. 4, n. 50078 del 19 ottobre 2017, Cavazza, Rv. 270985; Sez. Un., n. 8770 del 21 dicembre 2017, Mariotti ed altro, Rv. 272174), la giurisprudenza di legittimità era concorde nel ritenere che, invece, la previsione dell'art. 3 della legge Balduzzi integrasse una parziale *abolitio criminis* degli artt. 589 e 590 cod.pen., avendo ristretto l'area del penalmente rilevante individuata da questi ultimi ed avendo ritagliato implicitamente due sottofattispecie, una che conservava natura penale e l'altra divenuta penalmente irrilevante (*ex multis*, Sez. 4, n. 16237 del 29 gennaio 2013, Cantore, Rv. 255105). Ne consegue che norma più favorevole debba essere considerata, in tale caso, la legge Balduzzi, da applicarsi ultrattivamente a norma dell'art. 2 cod.pen.

6.3. Deve dunque essere affermato il principio di diritto per cui, in tema di responsabilità del professionista sanitario, qualora il fatto sia stato commesso sotto la vigenza dell'art. 3, c. 1, d.l. n. 158/2012, in presenza di errore dovuto ad imperizia non grave ed intervenuto nella fase esecutiva delle raccomandazioni previste dalle linee guida adeguate al caso specifico, la suddetta previsione deve essere considerata più favorevole di quella di cui all'art. 590-sexies cod.pen. (introdotto con legge n. 24/2017), dal momento che integra una parziale *abolitio criminis* e non una mera causa di non punibilità, dovendo dunque essere applicata a norma dell'art. 2 cod.pen.

6.4. Chiarito dunque che l'orizzonte normativo entro cui ricondurre il caso di specie debba essere quello della legge Balduzzi – come già correttamente affermato dalla sentenza d'appello – risultano infondati i motivi di ricorso volti a censurare il diniego di applicazione in concreto di tale disposizione da parte dei giudici di merito. Ciò a causa della gravità dell'errore chirurgico, che non permette di ritenere lieve l'imperizia degli imputati e che esclude in radice l'applicabilità dell'art. 3 citato. I giudici di merito, infatti, evidenziavano che i dottori (omissis) e (omissis) erano chirurghi ospedalieri con esperienza ultraventennale, con elevatissima casistica di interventi alla colecisti eseguiti in laparoscopia e che pertanto dovevano considerarsi professionisti dotati di rilevante ed approfondito bagaglio di conoscenze specialistiche; che l'intervento era di routine, essendo stato programmato e non eseguito in via d'urgenza e che esso rientrava nell'assoluta normalità, non implicando la risoluzione di problemi di particolare difficoltà. Conseguentemente, la consolidata esperienza professionale degli operatori, la chiarezza del quadro patologico, l'assenza di modalità operatorie di urgenza, l'assenza di difficoltà intraoperatorie, l'assenza di atipicità anatomiche, la notevole differenza di dimensioni del diametro del dotto epatico comune rispetto a quello dell'arteria cistica e la visualizzazione dell'immagine, notevolmente amplificata sullo schermo, della regione anatomica in virtù della tecnica laparoscopica, venivano considerati plurimi indicatori della estrema gravità della colpa commissiva dei due imputati.

6.5. Passando al profilo di colpa omissiva – consistito nell'omessa tempestiva diagnosi differenziale della lesione iatrogena provocata nel corso dell'intervento chirurgico – deve concludersi per la sua natura di errore diagnostico, dovuto a negligenza, intervenuto in innegabile ed evidente discostamento dalle linee guida, che prescrivevano, prioritariamente, di fare effettuare esami diagnostici di primo livello, non invasivi e prontamente disponibili, e solamente in subordine procedere all'ERCP. Ne consegue che, trattandosi di negligenza e di linee guida non rispettate, la legge Balduzzi risulti anche in questo caso essere la norma più favorevole. La giurisprudenza ha infatti da tempo chiarito che la limitazione della responsabilità del

alle buone pratiche, anche nella ipotesi di errori connotati da profili di colpa generica diversi dall'imperizia (Sez. 4, n. 23283 del 11 maggio 2016, Denegri, Rv. 266903). Per contro, la legge Gelli-Bianco rimane invece rigidamente limitata alla sola imperizia, e presuppone la perfetta individuazione delle linee guida. In presenza, pertanto, di scostamento, nella fase selettiva, dalle linee guida adeguate al caso di specie, deve escludersi l'applicabilità della causa di non punibilità di cui all'art. 590-sexies cod.pen., anche in presenza di imperizia lieve.

6.6. Anche con riferimento a questo profilo di colpa, tuttavia, deve correttamente escludersi l'applicabilità della legge Balduzzi, essendosi in presenza di colpa grave, dovuta ad una deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato, ossia al parametro dato dal complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento. Il trattamento post-operatorio non presentava alcuna difficoltà nel cogliere e collegare le informazioni cliniche a disposizione e dunque le omissioni degli imputati dovevano considerarsi marcatamente distanti dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della patologia e delle condizioni del paziente.

7. Alla luce di quanto fin qui affermato, deve dunque pronunciarsi il rigetto dei ricorsi, cui segue per legge la condanna dei ricorrenti al pagamento delle spese processuali.

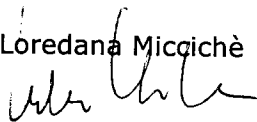
P.Q.M.

Rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti al pagamento delle spese processuali nonché alla rifusione delle spese sostenute nel grado dalle parti civili (omissis) e (omissis) che liquida i complessivi euro tremila, oltre spese generali al 15%, CPA e IVA.

Così deciso in Roma il 19 aprile 2018,

Il Consigliere estensore

Loredana Micciché



Il Presidente

Giacomo Fumu



DEPOSITATO IN CANCELLERIA

oggi, ~~3.1.18~~ 3.1.18 ~~2018~~



FUNZIONARIO GIUDIZIARIO

Dr.ssa Gabriella Lamelza

