

Comitato scientifico:

Simone ALECCI (Magistrato) - Elisabetta BERTACCHINI (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Mauro BOVE (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giuseppe BUFFONE (Magistrato) - Costanzo Mario CEA (Magistrato, Presidente di sezione) - Paolo CENDON (Professore ordinario di diritto privato) - Gianmarco CESARI (Avvocato cassazionista dell'associazione Familiari e Vittime della strada, titolare dello Studio legale Cesari in Roma) - Caterina CHIARAVALLI (Presidente di Tribunale) - Bona CIACCIA (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Leonardo CIRCELLI (Magistrato, assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Vittorio CORASANITI (Magistrato, ufficio studi del C.S.M.) - Mirella DELIA (Magistrato) - Lorenzo DELLI PRISCOLI (Magistrato, Ufficio Massimario presso la Suprema Corte di Cassazione, Ufficio Studi presso la Corte Costituzionale) - Francesco ELEFANTE (Magistrato T.A.R.) - Annamaria FASANO (Magistrato, Ufficio massimario presso la Suprema Corte di Cassazione) - Cosimo FERRI (Magistrato, Sottosegretario di Stato alla Giustizia) - Francesco FIMMANO' (Professore ordinario di diritto commerciale, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Eugenio FORGILLO (Presidente di Tribunale) - Mariacarla GIORGETTI (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Giusi IANNI (Magistrato) - Francesco LUPA (Magistrato) - Giuseppe MARSEGLIA (Magistrato) - Roberto MARTINO (Professore ordinario di diritto processuale civile, Preside Facoltà Giurisprudenza) - Francesca PROIETTI (Magistrato) - Serafino RUSCICA (Consigliere parlamentare, Senato della Repubblica) - Piero SANDULLI (Professore ordinario di diritto processuale civile) - Stefano SCHIRO' (Presidente di Corte di Appello) - Bruno SPAGNA MUSSO (Magistrato, assistente di studio alla Corte Costituzionale) - Paolo SPAZIANI (Magistrato, Vice Capo dell'Ufficio legislativo finanze del Ministro dell'economia e delle finanze) - Antonella STILO (Consigliere Corte di Appello) - Antonio VALITUTTI (Consigliere della Suprema Corte di Cassazione) - Alessio ZACCARIA (Professore ordinario di diritto privato, componente laico C.S.M.).

Elevata probabilità logica di cui alla sentenza Franzese: ecco cosa vuol dire

Deve ribadirsi che la "elevata probabilità logica" della quale la sentenza Franzese fa imprescindibile punto fermo del ragionamento logico controlfattuale e in presenza della quale può essere affermata la sussistenza del nesso causale tra condotta ed evento deve essere attentamente e puntualmente valutata sulla base delle concrete acquisizioni probatorie disponibili, che il giudice deve valutare alla stregua delle regole dettate dagli artt. 192, commi primo e secondo, cod. proc. pen. quanto al ragionamento sull'evidenza probatoria e 546, comma primo, lett. e), cod. proc. pen. quanto alla doverosa ponderazione del grado di resistenza dell'ipotesi di accusa rispetto alle ipotesi antagoniste od alternative, in termini conclusivi di 'certezza processuale' o di 'alta probabilità logica' della decisione.

**Tribunale Penale di Cosenza, sentenza del 22.3.2016
(Giudice Alfredo Cosenza)**

...omissis...

CONCLUSIONI DELLE PARTI:

P.M.: condanna di entrambi gli imputati alla pena di mesi quattro di reclusione ciascuno, previa concessione delle attenuanti generiche.

Parte Civile: condanna degli imputati al risarcimento del danno derivante dal reato.

DIFESA INTRIERI: assoluzione perché il fatto non sussiste

DIFESA MORRONE: assoluzione perché il fatto non sussiste

Motivi in fatto e svolgimento del processo

Con decreto di rinvio a giudizio del 7.6.2012, il G.I.P. disponeva il giudizio delle odierne imputate, MORRONE Francesco e INTRIERI Francesco per il reato di omicidio colposo loro ascritto in epigrafe, in relazione ai diversi profili di colpa individuati rispettivamente nei loro confronti.

Alla prima udienza dibattimentale del 19 marzo 2013, celebrata alla presenza di entrambi gli imputati, esaurite le formalità relative alla costituzione delle parti ed ammessa la costituzione di parte civile di FILICE Paolo Lorenzo, FILICE Giovanni, FILICE Simone, BARBERIO, FILICE Massimo, FILICE Gina e FILICE Elena, il Giudice, rigettava con ordinanza letta in udienza la questione preliminare di nullità dell'esame autoptico eseguito nelle forme dell'accertamento tecnico urgente.

Quindi, dichiarata l'apertura del dibattimento, il P.M. esponeva i fatti, richiedendo altresì l'escussione dei testi di lista nonché l'acquisizione al fascicolo del dibattimento della cartella clinica relativa alla persona di FILICE Giulio e dell'ulteriore documentazione clinica allegata agli atti del processo (cartella infermieristica dell'U.O.C. di Chirurgia Vascolare, documentazione radiologica, referti della diretta addome e dell'ecografia addominale eseguiti presso l'Ospedale di Rogliano) nonché, all'esito dell'esame del perito, della relazione di consulenza tecnica a firma del dr. Berardo CAVALCANTI.

Il difensore di parte civile chiedeva l'acquisizione di ulteriore documentazione clinica nonché della relazione redatta dal consulente di parte, dr. MAURO.

La difesa si riservava il controesame dei testi del PM, l'esame dei testi della propria lista e chiedeva l'esame del proprio consulente di parte, dr. Benedetti VALENTINI.

Ammesse le prove così come articolate, alla stessa udienza si svolgeva l'escussione del teste GUERRA Emilio Giorgio.

All'udienza del 6 giugno 2014, veniva sentito il consulente del p.m. dr. Berardo CAVALCANTI, quindi, l'imputato INTRIERI Francesco rendeva spontanee dichiarazioni.

All'udienza del 7 novembre 2014, veniva sentito il teste FILICE Paolo Lorenzo e, all'udienza del 5 febbraio 2015, i testi SCARCELLO Edoardo, NAPOLITANO Enrico e FILICE Simona.

All'udienza del 7 maggio 2015 veniva sentito il consulente di parte civile, dr. Mauro.

All'udienza del 4 giugno 2015 veniva il dr. BENEDETTI VALENTINI, consulente di parte della difesa INTRIERI e, all'udienza del 6 ottobre 2015 veniva sentito il dr. Arcangelo FONTI, consulente della difesa MORRONE.

Alla stessa udienza l'imputato INTRIERI rendeva spontanee dichiarazioni.

Quindi, all'udienza del 22 marzo 2016, esaurita l'istruttoria dibattimentale e dichiarata il Giudice l'utilizzabilità degli atti legittimamente acquisiti al fascicolo del dibattimento, le parti illustravano le conclusioni riportate in epigrafe.

Motivi in fatto

Le emergenze della documentazione clinica allegata agli atti del processo, unitamente alle dichiarazioni dei testi escussi e delle consulenze di parte consentono una chiara ricostruzione del fatto storico che può sintetizzarsi nel modo che segue.

Il 5 novembre 2010, FILICE Giulio viene ricoverato presso l'U.O.C. di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale di Cosenza con diagnosi di ingresso di: "*dolore ipogastrico con irradiazione bilaterale in portatore di aneurisma dell'aorta addominale*" proveniente dal Pronto Soccorso dell'ospedale di Rogliano. L'ecografia addominale, eseguita in Pronto Soccorso, evidenziava la presenza di un aneurisma dell'aorta addominale di 4,5 cm senza segni di rottura. Il 12 novembre successivo, il FILICE viene sottoposto a intervento chirurgico di aneurismectomia con innesto protesico in dacron con posizionamento di endoprotesi in entrambe le arterie iliache, eseguito dall'equipe del dr. Francesco INTRIERI, in cui questi svolgeva le funzioni di operatore mentre il dr. Francesco MORRONE fungeva da aiuto.

Nel corso dell'intervento si verifica un evento emorragico con conseguente crollo della pressione arteriosa (50/30) e incremento della frequenza cardiaca fino al 110 battiti al minuto, per cui viene somministrata 1500 ml di soluzione fisiologica e 1500 ml di Emagel e Bicarbonato nonché Dobutrex 250 mg in infusione continua, dopo di che la pressione arteriosa viene apprezzata in risalita fino a 165/70. Quindi il paziente veniva trasfuso con 7 sacche di plasma fresco e ulteriori tre sacche dopo il c.d. declampaggio (cfr. cartella in atti). Al termine dell'intervento, il FILICE viene trasferito in rianimazione, sveglio e collaborante, in respiro spontaneo, con arti freddi ma pulsii periferici presenti. Il giorno successivo, 13 novembre, si verificava la contrazione della diuresi, per cui il nefrologo disponeva il trattamento emodialitico con diagnosi di insufficienza renale da shock. Il giorno successivo insorge una tachicardia, trattata con terapia a base di Cordarone.

Al III° giorno post-operatorio, ripristinata la diuresi, il paziente viene trasferito presso l'U.O.C. di Chirurgia Vascolare. Gli esami di laboratorio evidenziano la progressiva anemizzazione del FILICE (decremento di ulteriori 60.000 globuli rossi e 2 punti di emoglobina, incremento della piastrinopenia) nonché la persistenza degli indici di insufficienza renale e di danno epatico.

Al IV° giorno post-operatorio, il FILICE risulta tachicardico e dispnoico, con decremento della saturazione d'ossigeno all'82%. Il cardiologo, chiamato in consulenza, diagnosticava "sub-edema polmonare acuto con ipertensione arteriosa e tachicardia", per cui, lo stesso, giorno, il FILICE viene trasferito nuovamente in rianimazione laddove, il pomeriggio, a seguito di un episodio di ipotensione, desaturazione, sudore profuso, viene intubato e sottoposto ad assistenza ventilatoria meccanica nonché a terapia di reintegro volêmico con infusione di dopamina. Chiamato a consulenza, il chirurgo vascolare, apprezzava ecograficamente l'assenza di versamento liquido libero in addome e l'assenza di raccolte localizzate nelle logge e nei recessi, tuttavia le anse intestinali vennero apprezzate distese. Agli esami di laboratorio viene riscontrata ulteriore anemizzazione per cui il FILICE viene ancora sottoposto a emotrasfusione.

Il giorno successivo, il paziente, migliorato dal punto di vista respiratorio, continua l'ossigenoterapia, gli indici di laboratorio davano del danno epatico e renale. L'addome risultava dolente con peristalsi presente. Al VI° giorno post-operatorio, si apprezzava un ulteriore miglioramento, migliorati gli scambi respiratori, il paziente continua ossigenoterapia con nasocannule, l'addome appare trattabile, non dolente, peristalsi presente e valida in paziente canalizzato ai gas, arti inferiori caldi e normoperfusi, evacuazione di feci liquide e maleodoranti.

Il giorno successivo il paziente si mantiene stabile, sebbene, per il persistente singhiozzo, il FILICE viene sottoposto a esame radiografico che evidenzia marcato meteorismo intestinale. Nella mattinata si evidenziano diversi episodi diarroici.

Al giorno VIII° post-operatorio, viene apprezzato il marcato aumento dei leucociti e la ripresa dell'anemizzazione. In IX° giornata, l'addome risultava lievemente disteso, non dolente e trattabile, in paziente canalizzato a feci e gas. Gli esami di laboratorio mostrano notevole incremento dei leucociti e decremento di globuli rossi ed emoglobina nonché ulteriori scariche diarroiche durante la notte. Le scariche diarroiche si incrementano ulteriormente in X° giornata, dove vengono rilevati 15 episodi di scariche diarroiche di feci normocromiche oltre l'ulteriore incremento dei leucociti e dell'anemizzazione. La situazione rimane sostanzialmente stabile anche in XI° giornata.

Alla XII^a giornata post-operatoria, gli infermieri descrivono 20 scariche diarroiche con feci normocromiche e l'ulteriore anemizzazione. Nel pomeriggio viene effettuata TAC torace-addome superiore ed inferiore che documenta la presenza di broncopatia cronica con bolle di enfisema paramediastiniche bilaterali e segni indicativi di disventilazione polmonare alle basi, con falda minima di versamento pleurico bilaterale. Presenza di anse intestinali dilatate con livelli idroaerei. In sede lombo aortica sinistra viene apprezzato un pacchetto di anse ileali adese all'aorta con segni di sofferenza. In addome viene rilevata la presenza di una falda di versamento libero. Il chirurgo generale, chiamato in consulenza, pone indicazione del trattamento chirurgico di laparotomia esplorativa di urgenza che viene eseguito la sera stessa. All'atto dell'esplorazione chirurgica viene apprezzato un "quadro drammatico" di necrosi colliquativa di tutto il colon sinistro, dal III^a distale del trasverso fino alla giunzione retto-sigmoidea con quadro franco di peritonite stercoracea..." per cui si procede all'asportazione di ciò che rimane del colon sinistro. Alle ore 3,30, il FILICE viene ricondotto in rianimazione, intubato e ventilato meccanicamente. La cute risultava fredda, i polsi periferici non apprezzabili, pressione arteriosa non apprezzabile. Alle ore 4,30 interviene arresto cardiocircolatorio e alle 5,00 viene constatato il decesso del paziente. Il consulente del P.M., dr. Berardo CAVALCANTI, sentito all'udienza del 6 giugno 2013, offre una lettura degli eventi oltremodo critica.

In primo luogo, egli rileva, come nel corso dell'intervento operatorio eseguito dagli odierni imputati, si sia verificato un grave evento emorragico, che determinava il crollo della pressione arteriosa a 50/30 e l'aumento della frequenza cardiaca a 110 battiti al minuto, contrastata dall'anestesista con infusione di 1500 ml di soluzione fisiologica e di 1500 ml di menage, dopo venti minuti circa i valori pressori risalivano fino a 90/60 e, successivamente vennero trasfuse ben 7 sacche di sangue fresco e due di plasma fresco.

Inoltre, il consulente rileva, nel corso dell'esame autoptico, come l'anastomosi prossimale aorto-protetica è risultava mal confezionata e notevolmente stenotica, del lume di appena 0,8 cm. Il segmento protesico posto a valle della protesi è risultato esuberante e invaginato su se stesso, ossia tale da determinare un ipoafflusso a valle e, pertanto, ai vasi che dovevano garantire parte del circolo di compenso al retto-sigma e colon sinistro (cfr. p. 31 della relazione). L'evento emorragico, non descritto nel referto operatorio redatto dal chirurgo, è ricondotto dal consulente tecnico al ad un errore chirurgico per intempestivo clampaggio prima del confezionamento dell'anastomosi, sebbene non specifica da quali elementi trae tale conclusione.

Di fatto, il grave evento emorragico determina una massiva emorragia intraperitoneale – retro-peritoneale con conseguente shock emorragico e sofferenza ipossico/ischemica multi organo (cfr. p. 32 della Relazione).

L'immediato decorso operatorio documenta il danno multi organo prodotto, a carico di cuore, polmoni, reni e fegato con anemizzazione acuta del paziente. La sofferenza ischemica del colon sinistro e del sigma diviene evidente in VI° giornata post-operatoria, la sofferenza mesenterica per l'esclusione del circolo dell'arteria mesenterica inferiore, normalmente ben tollerato e compatibile con il regolare apporto ematico dei circoli di compenso, si somma con la sofferenza indotta dalla stenosi anatomica nonché perfusivi e di ossigenazione correlati alla insufficienza cardiocircolatoria, respiratoria e alla anemizzazione per cui alla sofferenza ischemica segue il danno alla parete colica, indicato dalla emissione di feci liquide e maleodoranti e dalla progressione della anemizzazione (cfr. p. 32 della Relazione).

La causa della morte viene quindi ricondotta all'insorgenza di insulto emorragico acuto intraoperatorio, idoneo a determinare un danno multi organo e d un'anemia acuta cui si somma la stenosi critica aorto-protetica con ipoafflusso periferico, eventi idonei a determinare l'instaurarsi di una insufficienza vascolare del circolo dell'arcata di Riolano/Drummond e il conseguente danno ischemico del colon sinistro (cfr. p. 33 della Relazione).

Conseguentemente, il Consulente del P.M. ravvisa profili di colpa – trasfusi nell'imputazione - a carico degli odierni imputati che possono individuarsi, per INTRIERI Francesco, chirurgo operatore e capo equipe, l'aver causato l'evento emorragico, il mal confezionamento della protesi con conseguente stenosi aorto-protetica, infine l'omessa diagnosi di ischemia intestinale. Sotto tale ultimo profilo, rileva il dr. CAVALCANTI, la presenza di elementi chiaramente predittivi di ischemia intestinale e segni e sintomi di ischemia intestinale, in particolare l'insorgenza dell'alvo diarroico, l'anemizzazione progressiva da sfaldamento della parete colica, l'incremento dei leucociti da flogosi ingravescente, il meteorismo accertato clinicamente e radiologicamente. L'omessa diagnosi impediva di attuare la tempestiva laparotomia esplorativa e emicolectomia sinistra – attuate soltanto in XII° giornata post-operatoria – in un tempo antecedente la perforazione intestinale e l'instaurarsi della peritonite stercoracea ascessualizzata (cfr. p. 33 della Relazione).

Per il MORRONE Francesco, aiuto operatore, viene ravvisata l'omessa vigilanza sulla corretta esecuzione dell'anastomosi (cfr. p. 41 della Relazione).

In sede di esame testimoniale il dr. CAVALCANTI precisava di non poter dire, con certezza, che l'emorragia sia riconducibile a un errore del chirurgo nel confezionare l'anastomosi. Che l'ischemia colica si manifesta, normalmente, in forma acuta nelle 24-48 ore dall'intervento, sebbene vi siano forme diverse in cui si manifesta anche in un tempo successivo. Di ritenere che stenosi rilevata in sede autoptica, non sia successiva all'autopsia in quanto non sono rilevati eventi flogistici a carico della sacca aneurismatica. Infine che la scelta di intervenire e la scelta della tecnica appaiono conformi alle linee guida (cfr. esame del teste CAVALCANTI Berardo all'udienza del 6 giugno 2013).

Con riferimento specifico ai profili di responsabilità contestati al MORRONE Francesco, che l'aiuto operatore assiste all'intervento ma, ovviamente, non può accorgersi di circostanze che sono legate alla percezione dell'operatore, in particolare in relazione alla legatura dell'anastomosi. L'aiuto poteva accorgersi della eccessiva legatura dell'aorta ma la cosa non era facile perché si trattava di un intervento profondo e non è possibile nel corso dell'operazione verificare il diametro interno dell'aorta (cfr. esame del teste CAVALCANTI Berardo all'udienza del 6 giugno 2013).

In merito all'evento emorragico avvenuto nel corso dell'intervento chirurgico, gli altri membri dell'equipe, sentiti come testi nel corso dell'istruttoria dibattimentale, hanno riferito quanto segue.

In primo luogo il dottore Emilio Giorgio GUERRA, che partecipa all'intervento con funzioni di anestesista, riferisce che, nel corso dell'intervento, effettivamente si verificava un'emorragia per cui dovette essere necessario compensare il paziente. Al momento non fu individuata la causa ma negli interventi per aneurisma è eventualità abbastanza frequente che si verifichi un evento emorragico del tipo di quello descritto dal consulente del P.M. Ad ogni modo, dopo il declampaggio, ossia la rimozione della pinza apposta sui vasi principali, la situazione del paziente appariva normale (cfr. esame del teste GUERRA Emilio Giorgio all'udienza del 19 marzo 2013).

SCARCELLO Edoardo, altro membro dell'Equipe, che interveniva sul FILICE, in qualità di terzo o quarto assistente, riferisce che il MORRONE fungeva da primo assistente, e aveva un ruolo primario giacché era l'operatore destinato a tenere i clamp. Nel corso dell'intervento non sono intervenuti eventi straordinari o di particolare anomalia. Ricorda che intervenne un sanguinamento, ma non in misura eccedente la misura prevedibile connessa ad un intervento del genere. La portata del sanguinamento in tali casi varia da paziente a paziente e deriva dalla condizione dei vasi e che il numero delle sacche utilizzate nel caso di specie, per la tipologia di intervento, non può essere considerato straordinario. Infine, riferisce che, normalmente, al termine dell'intervento si fanno dei controlli sulla



funzionalità del segmento protesico impiantato, si tratta di controlli standard (cfr. esame del teste SCARCELLO Edoardo all'udienza del 5 febbraio 2015).

Il consulente della parte civile, dr. MAURO, concorda sostanzialmente con le conclusioni del consulente del P.M., dr. CAVALCANTI. Anch'egli riferisce di avere rilevato, in sede di autopsia, che la protesi aortica presentava un inginocchiamento ossia una piega che riduce il lume del vaso e un'invaginazione. Il lume del vaso protesico, in quel punto, si presentava come fortemente ridotto. Inoltre, verificava che il tessuto protesico era più lungo del vaso da protesizzare e tale maggiore lunghezza è proprio da porre alla base dell'inginocchiamento. Scbbene, a domanda del difensore dell'imputato INTRIERI, riferisce di non essere in condizione di dire quando si è verificato l'inginocchiamento, certo nel post-operatorio standard (cfr. esame del teste MAURO all'udienza del 7 maggio 2015 nonché relazione in atti).

Inoltre, il dr. MAURO, conclude che non vi fosse un'indicazione all'intervento chirurgico giacché nei casi simili ma quello che interessa la persona del FILICE, laddove è diagnosticato un aneurisma delle dimensioni di 4,5 cm, è previsto il solo monitoraggio TAC o DOPPLER ogni sei mesi e la consulenza del chirurgo vascolare, profilo che, però, non appare contemplato dal capo d'imputazione.

Il consulente della difesa INTRIERI, dr. BENEDETTI VALENTINI, si discosta, invece, decisamente dalle conclusioni del consulente del P.M. ravvisando alcune incoerenze rispetto alla letteratura medica in materia.

In primo luogo, egli individua nel caso del FILICE Giulio un andamento anomalo e di una certa complessità, nella patologia, nella sua sintomatologia e nella sua evoluzione.

In primo luogo, egli conferma quanto già espresso dal dr. CAVALCANTI quanto alla sussistenza dell'indicazione chirurgica, parametrata non soltanto alle dimensioni dell'aneurisma ma anche alla sua configurazione e al rischio della sua rottura, nel caso del FILICE assai elevato. In particolare, il colletto dell'aneurisma è brevissimo e fortemente calcifico, le dimensioni sono di 4,8 cm e al suo interno è contenuta una vistosa formazione sacculata, esiste un'abbondantissima trombosi endoluminale che ne riduce il lume alla metà ed è disomogenea. l'aorta è interessata da un evidente processo arteriosclerotico con materiale ateromasico fragile e abbondanti depositi di calcio, la vena renale è stirata e schiacciata contro il colletto dell'aneurisma, l'arteria mesenterica inferiore è molto sottile e appena visibile, tutti elementi che aumentano il rischio della rottura. Inoltre, si rileva come il paziente giunge in Pronto Soccorso per una sintomatologia dolorosa addominale resistente alla comune terapia analgesica per cui la somma del rischio di rottura



dell'aneurisma e del rischio di complicanze emboliche rendeva l'intervento indispensabile (cfr. relazione in atti).

Quanto alla tecnica dell'intervento, rileva il consulente della difesa, in primo luogo, come il clampaggio dell'aorta, agevolmente ricavabile dalla documentazione fotografica dell'esame autoptico allegata agli atti, avviene al di sotto delle arterie renali e dell'arteria mesenterica superiore, per cui i reni non sono mai stati esclusi dal circolo e sono sempre perfusi, inoltre l'arteria mesenterica superiore ha continuato a funzionare per fondendo tutto l'intestino tenue e contribuendo al circolo collaterale per il distretto della mesenterica inferiore. Dunque soltanto gli arti inferiori sono rimasti ischemici fino alla messa in funzione del complesso protesi-endoprotesi.

La protesi impiantata è la Dacron Intervascular 22x10, del diametro di 22 cm e, quindi, equivalente a quello dell'aorta in quel segmento. L'anastomosi appare particolarmente complessa per l'elevata calcificazione della parete del vaso in quanto i tratti non calcifici sono particolarmente fragili e reggono male i punti.

L'evento emorragico riportato nella cartella clinica, si verifica al primo tentativo di declampaggio dell'aorta, ossia quando, liberando l'aorta, la si mette sotto tensione. E sia il sanguinamento che l'ipotensione sono evenienze affatto rare in questa fase dell'intervento. È per questo che al declampaggio si procede per gradi onde consentire ai distretti vascolari a valle l'adattamento, al chirurgo vascolare l'applicazione sull'anastomosi di punti supplementari nelle zone di perdita e all'anestesista la reintegrazione volêmica del paziente. L'ipotesi in cui si rendano necessari punti supplementari è abbastanza comune giacché la parete aortica in questi casi è molto rigida e mal si adatta alla protesi, specie nel caso in cui, come avviene per il FILICE, la parete del vaso sia molto calcifica.

Rileva, poi, il consulente come i tempi di ipotensione sono stati troppo brevi per bavere un'incidenza patologica sull'andamento dell'intervento. L'ipotensione non appare, infatti, tale da poter innescare un meccanismo di shock renale. Dopo soli 20' infatti la pressione arteriosa risale a 90/60, compatibile con la funzione di filtraggio del rene. Nel frattempo, l'anestesista provvede a correggere l'acidosi mediante infusione di bicarbonato. Dopo altri 30' la pressione è risalita a 165/70.

Sul punto, il dr. BENEDETTI VALENTINI, precisa come le arterie renali, situate al di sopra della clamp, sono state sempre perfuse e il tempo di sottoperfusione effettiva dei reni, non superiore a 20', è insufficiente a determinare un danno parenchimale. L'arteria mesenterica superiore è stata sempre perfusa sia agli effetti dell'apporto ematico all'intestino tenue e metà destra del colon, che riguardo al circolo collaterale per la m, mesenterica inferiore e l'apporto ematico alla metà sinistra del colon e al sigma. Anche il



tronco celiaco che perfonde il fegato, la milza, lo stomaco e il pancreas è situato sopra la zona di clampaggio e dunque non è mai stato escluso dal circolo. Per cui, contrariamente a quanto sostenuto dal consulente del P.M., i reni, il fegato e tutto l'intestino non hanno subito nel corso dell'intervento alcun insulto ischemico da clampaggio dell'aorta o da shock.

Il consulente contesta, inoltre, la conclusione raggiunta dal consulente del P.M. di una stenosi della protesi, ciò per varie ragioni: in primo luogo il diametro di 0,8 cm appare del tutto insufficiente a consentire il funzionamento del complesso protesi-endoprotesi ed avrebbe indotto la trombosi e occlusione di tale complesso e delle arterie a valle nel giro di poche ore, evenienza che non risulta essere accaduta. Si verifica, invece, l'esatto contrario, ossia l'evento ischemico si manifesta ben dodici giorni dopo l'intervento.

Inoltre, l'autopsia è stata condotta circa 15 giorni dopo l'impianto della protesi, un tempo più che sufficiente a che la trombosi dovuta a una stenosi grave, iniziasse e procedesse fino all'occlusione, ma il C.T. nella relazione non segnala alcuna trombosi all'interno della protesi né nelle aree a valle. La TC postoperatoria del 24 novembre 2010 non evidenzia alcun segno di invaginazione o inginocchiamento della protesi che appare ben posizionata, l'angiografia intraoperatoria non evidenzia alcuna stenosi.

Annota, inoltre, il consulente della difesa come, al termine dell'intervento così come per tutto il decorso successivo - dato enucleabile facilmente dalla cartella clinica e menzionato anche dal consulente del P.M. nella sua relazione - è stata rilevata la presenza dei polsi periferici fino a quelli dei piedi, cosa che non sarebbe avvenuta se la protesi fosse stata difettosa o non perfettamente funzionante.

Quanto alla diagnosi dell'ischemia del colon-sigma, il consulente della difesa, rileva come l'ischemia non ha avuto luogo nell'immediatezza dell'intervento, ciò che contraddice decisamente l'ipotesi della causa emodinamica, per cui essa sarebbe stata causata dal deficit del circolo collaterale di compenso a carico della mesenterica superiore e delle ipogastriche, infatti l'ischemia di questo tipo si manifesta clinicamente entro le prime 48 ore, molto spesso entro le prime 24 ore. Nel caso di specie, invece, l'addome del paziente rimane asintomatico fino alla IV giornata post-operatoria laddove si apprezza ecograficamente la leggera distensione delle anse intestinali in assenza di sintomatologia dolorosa. In VI e VII giornata il paziente presenta addome trattabile, non dolente, non dolorabile, con peristalsi presente e valida in paziente canalizzato ai gas, quadro incompatibile con un ischemia del colon-sigma.

Infine, il consulente della difesa offre una ipotesi alternativa della causa del decesso del FILICE Giulio, individuata in "embolia ateromatosa multipla" o, comunque, in un evento



trombotico determinato dalle condizioni progresse del paziente, affetto da anni da diabete, che appare superfluo, in questa sede, approfondire estensivamente, sia per l'assenza di indicazioni oggettive emerse nel corso dell'esame autoptico che supportino l'ipotesi sia perché, per le argomentazioni che si espongono nel prosieguo, essa appare del tutto irrilevante ai fini della ricostruzione dei fatti così come accertati già in punto di causalità oggettiva dell'evento.

Motivi in diritto

All'esito dell'istruttoria dibattimentale, accertato nei termini così come sunteggiati il susseguirsi degli eventi che conducevano al decesso del FILICE Giulio, deve affermarsi che del tutto insufficienti appaiono gli elementi che consentano di ricondurre all'operato degli odierni imputati il decesso del medesimo e, quindi, a ritenere sussistente il nesso eziologico tra la condotta rimproverata ai due chirurghi e le complicanze intervenute nel decorso post-operatorio e, in ultima analisi, l'evento morte che colpisce FILICE Giulio.

Si osserva, a tal proposito, che il rapporto di causalità costituisce un criterio di imputazione oggettiva di un evento alla condotta di un soggetto, laddove, solo se l'evento può essere ritenuto ricollegabile alla condotta, l'agente potrà essere tenuto a risponderne, sempre che concorrano i criteri di imputabilità soggettiva.

Peraltro, nella ipotesi di causalità omissiva, il decorso degli avvenimenti non è, nella realtà fenomenica, influenzato dall'azione (che non esiste) di un soggetto; per cui la causalità omissiva si configura come una costruzione giuridica (art. 40, 2 comma c.p., che, non a caso, usa la locuzione "equivale": *non impedire equivale a cagionare*), che consente di ricostruire l'imputabilità oggettiva come violazione di un obbligo di agire, di impedire il verificarsi dell'evento in violazione del cosiddetto obbligo di garanzia; omissione che provoca l'evento di pericolo o di danno e che caratterizza, appunto, i reati omissivi impropri o commissivi mediante omissione, categoria che si contrappone a quella dei reati omissivi propri nei quali il reato si perfeziona con la mera omissione della condotta dovuta. Nei reati omissivi impropri, quindi, la causalità, proprio per essere giustificata in base ad una ricostruzione logica e non in base ad una concatenazione di fatti materiali esistenti nella realtà ed empiricamente verificabili, costituisce una causalità costruita su ipotesi e non già su certezze. Si tratta quindi di una causalità ipotetica, normativa, fondata, come quella commissiva su di un giudizio definito, nell'elaborazione dottrina, come controfattuale ossia "contro i fatti", costruito in base a un sillogismo fondato sull'interrogativo: *se l'intervento omissivo fosse stato adottato, si sarebbe evitato il prodursi dell'evento dannoso?* Sillogismo al quale si fa ricorso per ricostruire una sequenza che, però, a



differenza della causalità commissiva, non potrà mai avere una verifica fenomenica ma soltanto logica.

Con la sentenza Franzese del 10 luglio 2002 n. 30328 le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno puntualizzato la complessa problematica, sancendo il principio di diritto per cui *"nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato sulla base 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"*. Pertanto, in tema di causalità nei reati omissivi impropri, può pervenirsi al giudizio di responsabilità solo quando, all'esito del ragionamento probatorio, che abbia escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e *"processualmente certa"* la conclusione che la condotta omissiva dell'imputato è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con *"alto o elevato grado di credibilità razionale"* o *"probabilità logica"*. Conseguentemente, l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del nesso causale tra condotta ed evento, e cioè il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante dell'omissione dell'agente rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo conduce inevitabilmente a un esito assolutorio del giudizio (cfr. Cass. Sez. U, Sentenza n. 30328 del 10/07/2002 Ud. (dep. 11/09/2002), Rv. 222139; Cass. Sez. 4, Sentenza n. 39594 del 21/06/2007 Ud. (dep. 26/10/2007), Rv. 237876 nonché Cassazione, sez. IV penale, sentenza 25 giugno 2013 n. 27781).

Deve ribadirsi che la *"elevata probabilità logica"* della quale la sentenza Franzese fa imprescindibile punto fermo del ragionamento logico controlfattuale e in presenza della quale può essere affermata la sussistenza del nesso causale tra condotta ed evento deve essere attentamente e puntualmente valutata sulla base delle concrete acquisizioni probatorie disponibili, che il giudice deve valutare alla stregua delle regole dettate dagli artt. 192, commi primo e secondo, cod. proc. pen. quanto al ragionamento sull'evidenza probatoria e 546, comma primo, lett. e), cod. proc. pen. quanto alla doverosa ponderazione del grado di resistenza dell'ipotesi di accusa rispetto alle ipotesi antagoniste od alternative, in termini conclusivi di *"certezza processuale"* o di *"alta probabilità logica"* della decisione. Orbene, nel caso che ci occupa, prendendo atto delle osservazioni rese dai consulenti del P.M. così come dal perito della difesa e, soprattutto, dai dati enucleabili dalla cartella

clinica, forti riserve possono esprimersi in ordine alla ricostruzione del nesso causale così come operato nell'imputazione formulata dal P.M.

Si evidenzia, infatti, come non possano ritenersi provati, a seguito dell'istruttoria dibattimentale, i fatti così come ricostruiti dal consulente del P.M., individuati quali antecedenti causali del decesso del FILICE Giulio, cui vanno riferiti i profili di colpa cristallizzati nell'imputazione e in base ai quali l'operato degli imputati deve essere valutato.

In primo luogo, il consulente del P.M. riconduce la sofferenza ischemica, definita in termini di shock emorragico e sofferenza ipossico/ischemica multi organo (cfr. p. 32 della Relazione) a un imponente evento emorragico avvenuto nel corso dell'intervento operatorio subito dal FILICE.

Il fatto non può ritenersi provato.

In primo luogo, il sanguinamento, descritto nella cartella clinica, così come intervenuto nel corso dell'intervento, viene ridimensionato, sia nella portata che negli effetti, dai testimoni GUERRA e SCARCELLO, membri dell'equipe operatoria, il primo di essi è anzi l'anestesista che provvede a intervenire per scongiurare rischi per il paziente. Il GUERRA riferisce, sul punto, che un sanguinamento effettivamente intervenne nel corso dell'intervento ma che il paziente venne compensato e le sue condizioni apparivano normali al momento in cui il circolo fu ripristinato.

Ancora più chiaro, il dr. SCARCELLO il quale riferisce che il sanguinamento verificatosi nel corso dell'intervento non ha ecceduto, per dimensioni, la misura normalmente prevedibile in interventi del tipo di quello cui il FILICE veniva sottoposto.

Inoltre, sulla efficienza causale dell'evento emorragico, il consulente della difesa INTRIERI, dr. BENEDETTI VALENTINI ha rilevato, in primo luogo, come i tempi di ipotensione siano stati troppo brevi per avere un'incidenza patologica sull'andamento dell'intervento e innescare un meccanismo di shock renale. Dopo soli 20' infatti la pressione arteriosa risale a 90/60, compatibile con la funzione di filtraggio del rene e, dopo altri 30', la pressione arteriosa risale a 165/70, per cui, l'evento emorragico, appare ben controllato dall'anestesista.

Inoltre, il dr. BENEDETTI VALENTINI ha precisato come, per la sede delle legature effettuate nel corso dell'intervento, le arterie renali, situate al di sopra della clamp, sono state sempre perfuse e il tempo di sottoperfusione effettiva dei reni, non superiore a 20', è insufficiente a determinare un danno parenchimale. L'arteria mesenterica superiore è stata sempre perfusa sia agli effetti dell'apporto ematico all'intestino tenue e metà destra del colon, che riguardo al circolo collaterale per la mesenterica inferiore e l'apporto ematico



alla metà sinistra del colon e al sigma. Anche il tronco celiaco che perfonde il fegato, la milza, lo stomaco e il pancreas è situato sopra la zona di clampaggio e dunque non è mai stato escluso dal circolo. Per cui, contrariamente a quanto sostenuto dal consulente del P.M., i reni, il fegato e tutto l'intestino non hanno subito nel corso dell'intervento alcun insulto ischemico da clampaggio dell'aorta o da shock perché, appunto, la perfusione degli stessi non è mai stata interrotta.

Per cui, la conclusione cui giunge il consulente del P.M., secondo il quale l'evento emorragico intervenuto, ha determinato uno shock emorragico e, quindi, un danno multiorgano deve ritenersi, alla luce dei rilievi appena menzionati, come non provato.

Ulteriore rilievo, comunque, che non può mancare, in questa sede di valutarci, è quello secondo cui che l'evento emorragico in questione, indubitabilmente intervenuto e certamente di portata significativa, non può essere ricondotto, con certezza, a un errore del chirurgo.

Sul punto, è lo stesso consulente del P.M. che, sollecitato in sede di controesame, che afferma di non poter essere in grado di affermare con certezza che il sanguinamento sia riconducibile a un errore dell'operatore, sebbene ritenga l'evenienza probabile.

Va detto che, come tutti i consulenti sentiti nel corso del processo hanno confermato, negli interventi di riduzione dell'aneurisma addominale e, in generale, in tutti gli interventi chirurgici, la possibilità di un'emorragia è evenienza possibile se non frequente per cui che essa sia riconducibile all'errore del chirurgo, a una difettosa esecuzione dell'intervento o a una c.d. malpractice è affermazione che richiede di essere provata rigorosamente.

Percaltro, nel caso di specie, risulta indubbio che l'anestesista, come già rilevato, sia intervenuto tempestivamente compensando il paziente i cui valori vitali rientrano nella normalità in 20' e, quindi, che l'evento sia stato ben fronteggiato e controllato dall'equipe per cui, con riferimento a questa parte della contestazione, deve ritenersi che la prova del fatto non sia stata raggiunta.

Considerazioni non dissimili possono effettuarsi anche con riferimento alla seconda parte della contestazione, relativa al cattivo confezionamento della protesi anastomotica.

In merito a tale conclusione, come già visto, il consulente del P.M. argomenta che l'anastomosi prossimale aorto-protetica risultava mal confezionata e notevolmente stenotica, del lume di appena 0,8 cm. Il segmento protesico posto a valle della protesi è risultato esuberante e invaginato su se stesso, ossia tale da determinare un ipoafflusso a valle e, pertanto, ai vasi che dovevano garantire parte del circolo di compenso al retto-sigma e colon sinistro (cfr. p. 31 della relazione), evenienza questa che, sommandosi



all'insulto emorragico intervenuto nel corso dell'intervento, causava il danno multiorgano e, in particolare, l'ischemia del colon che conduceva al decesso del FILICE.

La conclusione del P.M. appare, però, contraddetta da una serie di dati facilmente enucleabili dalla cartella clinica del paziente.

In primo luogo, infatti, il diametro di 0.8 cm. ipotizzato dal consulente, oltre che contrastare con il dato dell'utilizzo della protesi "Dacron Intervascular 22x10", del diametro di 22 cm e, quindi, equivalente a quello dell'aorta in quel segmento - dato che non risulta contraddetto da alcuna emergenza istruttoria di segno contrario - appare del tutto insufficiente a consentire il funzionamento del complesso protesi-endoprotesi ed avrebbe indotto la trombosi e occlusione di tale complesso e delle arterie a valle nel giro di poche ore dall'intervento; in secondo luogo l'autopsia è stata condotta circa 15 giorni dopo l'impianto della protesi, un tempo più che sufficiente a che la trombosi dovuta a una stenosi grave, iniziasse e procedesse fino all'occlusione, ma il C.T. nella relazione non segnala alcuna trombosi all'interno della protesi né nelle aree a valle; la TC postoperatoria del 24 novembre 2010 non evidenzia alcun segno di invaginazione o inginocchiamento della protesi che appare ben posizionata; l'angiografia intraoperatoria non evidenzia alcuna stenosi; infine, risulta dalla cartella clinica come, al termine dell'intervento così come per tutto il decorso successivo, veniva rilevata la presenza dei polsi periferici fino a quelli dei piedi, cosa che non sarebbe avvenuta se la protesi fosse stata difettosa o non perfettamente funzionante.

Peraltro, l'esame autoptico, oltre a intervenire 15 giorni dopo la morte del paziente, segue un successivo intervento chirurgico di laparotomia esplorativa ed emicolectomia sinistra ossia di resezione e asportazione dell'intero colon sinistro, per cui appare difficile ricondurre l'invaginazione della protesi specificamente al cattivo confezionamento della stessa piuttosto che alla manipolazione intervenuta nel corso del secondo intervento ovvero alla mancanza di tensione intervenuta, nel sistema cardiocircolatorio del FILICE, per effetto del suo decesso.

I dati evidenziati, i quali sono costituiti da dati di fatto facilmente evincibili dalla documentazione clinica in atti, appaiono, pertanto, contrastare la conclusione del consulente del P.M. in merito alla insufficienza della protesi anastomotica per cui, anche per tale punto della contestazione, deve ritenersi non raggiunta una prova sufficiente all'affermazione della responsabilità dell'INTRIERI Francesco.

Infine, quanto all'ultimo profilo di responsabilità rilevato, attinente alla tardiva diagnosi dell'ischemia del colon-sigma, il consulente della difesa, rileva come l'ischemia non ha avuto luogo nell'immediatezza dell'intervento, evenienza che contraddice l'ipotesi della



causa emodinamica, per cui essa sarebbe stata causata dal deficit del circolo collaterale di compenso a carico della mesenterica superiore e delle ipogastriche, infatti l'ischemia di questo tipo si manifesta clinicamente entro le prime 48 ore, molto spesso entro le prime 24 ore. Nel caso di specie, invece, l'addome del paziente rimane asintomatico fino alla IV giornata post-operatoria laddove si apprezza ecograficamente la leggera distensione delle anse intestinali in assenza di sintomatologia dolorosa. In VI e VII giornata il paziente presenta addome trattabile, non dolente, non dolorabile, con peristalsi presente e valida in paziente canalizzato ai gas, quadro incompatibile con un'ischemia del colon-sigma e che preclude o rende difficoltosa la tempestiva diagnosi dell'evento ischemico.

Che, l'intero quadro, abbia un decorso anomalo è lo stesso consulente del P.M. a riconoscerlo allorché, ancora una volta sollecitato nel corso del controesame, riferisce che, normalmente, l'ischemia colica si manifesta in forma acuta nelle 24-48 ore, anche se, precisa, vi sono forme diverse in cui si manifesta anche in un tempo successivo le quali, però, non appaiono essere state investigate o precisate.

Se, allora, il quadro dell'insorgenza dell'ischemia del colon appare avere un andamento anomalo, comunque non riconducibile all'intervento, l'omessa diagnosi tempestiva della stessa appare ben difficilmente riferibile all'INTRIERI.

Le considerazioni fatte, in punto di individuazione del nesso eziologico, esclusa la rilevanza causale condotta tenuta dall'INTRIERI Francesco, devono, a fortiori, essere estese anche al MORRONE Francesco, al quale, in qualità di secondo operatore nell'equipe che operava il FILICE Giulio, è rimproverato esclusivamente il non avere vigilato sull'operato del primo.

Esclusa, allora, la rilevanza causale della condotta del primo operatore, a maggior ragione deve escludersi che una responsabilità in vigilando possa riconoscersi in capo al MORRONE Francesco.

Per i motivi indicati, non risultando possibile ravvisare, con la necessaria certezza, la sussistenza del nesso di causalità tra la condotta indicata nell'imputazione e il decesso di FILICE Giulio, i due imputati devono essere assolti con la formula dell'insussistenza del fatto.

Motivazione riservata ex art. 544 comma 3 c.p.p.

p.q.m.

Visto l'art. 530, comma 2 c.p.p.,

assolve MORRONE Francesco e INTRIERI Francesco dai reati loro rispettivamente ascritti in rubrica perché il fatto non sussiste.

Motivi riservati in giorni novanta.

Così deciso in Cosenza il 22 marzo 2016