

TI_GERICHTE 10.2005.292 vom 15. März 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-03-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_10.2005.292

FR: TI_GERICHTE 10.2005.292 du 15 mars 2007

IT: TI_GERICHTE 10.2005.292 del 15 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

ha dovuto sottoporsi in più occasioni ad interventi medici.

Il dott. N_____ ha indicato che nel 1987 egli aveva subito interventi ortopedici all'anca e all'omero a seguito di un incidente. Tecnicamente parlando trattavasi di intervento di artroprotesi di anca destra a seguito di intervento di pregressa osteosintesi per frattura del colle femore destro, con necrosi della testa del femore e coxartrosi secondaria (doc. 4.4., pag. 9).

Nella primavera del 1998 il dott. M_____, chirurgo FMH, aveva poi diagnosticato alla parte civile la presenza di un aneurisma dell'aorta addominale infrarenale con piccolo aneurisma dell'arteria iliaca comune destra, subito prima della biforcazione.

Poco dopo, il 4 aprile 1998, per curare tale aneurisma, CIVI 1 si era sottoposto ad un intervento di posa di macrostent per via percutanea, del tutto nuovo in Ticino, preferendo il paziente, come detto dal dott. N_____ in aula, sottoporsi ad un intervento moderno, più veloce che ad uno classico; tramite ricerca nella letteratura medica e acquisendo informazioni si era giunti allo specialista tedesco dott. Bl_____, il quale secondo il dott. N_____, che ha tenuto a dire di essersi pronunciato con prudenza, aveva eseguito sino a quel momento una decina di interventi di endoprotesi.

Il dott. Bl_____, definito in querela autorità nel campo del trattamento endoluminale di tale patologia ha indicato in CIVI 1 un buon candidato per questo trattamento; l'operazione, con inserzione di una protesi (stent infrarenale) sotto origine delle arterie renali si è svolta senza complicazioni (all. 1 alla querela).

Nel marzo 2001, nell'ambito di un regolare controllo della protesi aortica, oltre che della patologia vascolare in generale è stata osservata attorno allo stent la formazione di un endoleak tipo II, già peraltro evidenziata, stando al referto 12.4.2001 redatto dall'accusato, nell'indagine TAC nel 1999 (all. 2 alla querela).

L'endoleak di tipo II è definito come una persistenza di flusso ematico nello spazio compreso fra l'endoprotesi e la parete aortica; tale persistenza può condurre all'espansione dell'aneurisma con conseguenze importanti. Tale problema pertocca statisticamente circa il 20 % di coloro che sono stati sottoposti alla posa di un'endoprotesi.

CIVI 1 in aula ha asserito di aver considerato la possibilità di rischiare a non intervenire, ma che le prescrizioni mediche mi dicevano di operare vista l'entità dell'aneurisma. Il dott. ACCU 1 ha confermato che il diametro dell'aneurisma era di 5.8 cm (cfr. TAC 21.3.2001 e doc. 4.4., pag. 11), allorquando una dimensione di 5.7 cm significa a suo avviso necessità di intervento, poiché altrimenti v'è il sensibile rischio che entro tre anni l'aneurisma scoppi con una probabilità altissima di morte.

Non giova qui attardarsi oltre in indicazioni tecniche, atteso che nei considerandi che seguono verranno ripresi i dettagli della problematica medica e dell'intervento che ne è seguito.

3. Il dott. responsabile del reparto radiologia dell'Ospedale, consigliò a CIVI 1, attraverso il suo medico di fiducia dott. N_____, di rivolgersi al dott. ACCU 1, specialista in casa da un paio di mesi quale caposervizio del reparto di radiologia interventzionistica.

Allacciati i contatti al fine di trovare la migliore soluzione medica al problema, con il dottor ACCU 1 si svolsero nello spazio di pochi giorni tre incontri, durati circa un'ora l'uno: il primo, in ospedale, alla presenza del dott. N_____ e della dott.ssa J_____ (senza CIVI 1), il secondo, con CIVI 1, il dott. N_____ e la dott.ssa J_____ e infine, l'ultimo con CIVI 1 e la dott.ssa J_____.

A tali incontri, come confermato in aula dalla parte civile, la quale ha sottolineato che il tema di discussione è sempre stato il solo intervento, i medici parlavano fra di loro in tedesco, atteso che lo specialista era giunto in Ticino da tre mesi scarsi e non aveva ancora sufficiente dimestichezza con la lingua italiana.

In quelle occasioni si parlò delle possibilità d'intervento che si prospettavano nonché di quello che fra questi sembrava il più indicato, e meglio l'embolizzazione dell'endoleak, mirando all'otturazione della sacca come tale (impedendole così di ingrossarsi ulteriormente) e dei vasi in entrata e in uscita nei tratti terminali.

Come si vedrà l'accusa fonda uno dei propri pilastri accusatori su quanto (non) detto nel corso di tali incontri, ritenendo che il medico abbia fallito nei propri doveri di informazione al paziente. Da lì il mancato consenso informato all'intervento.

4. L'intervento si è svolto il 6 aprile 2001 presso lo studio del dott. ACCU 1 all'Ospedale di L_____: oltre al medico operatore e al paziente, erano presenti i due tecnici in radiologia, C_____ e D_____, e i due medici dott. N_____ e dott.ssa J_____.

4.1. Gli atti formanti l'incarto e il dibattimento hanno consegnato al giudice un CIVI 1 autodefinitosi più ansioso degli altri nei confronti degli interventi medici.

Tale stato d'animo era stato rilevato anche dall'accusato, il quale ha avuto modo di sottolineare che CIVI 1 era un paziente chiaramente ansioso, molto preoccupato per la sua salute e per il rischio persistente di una rottura dell'aneurisma dovuto all'endoleak di cui soffriva (doc. 2.1.).

Parimenti riferiscono sia il dott. N_____ (doc. 3.4.: CIVI 1(...) mi chiese di essere presente a tutto l'intervento perché nutriva una forte ansia rispetto agli atti medici che lo concernono. Questa sua ansia, benché comprensibile, è da ritenersi superiore alla media degli altri pazienti) che la dott.ssa J_____ (doc. 3.3.: CIVI 1 mi chiese ancora alcune volte se poteva stare tranquillo: devo dire che queste sue preoccupazioni erano per lui normali, in generale affrontava con particolare ansia gli interventi chirurgici sulla sua persona e, poi: CIVI 1 si è presentato all'intervento dopo aver ingerito un calmante che usava abitualmente).

Anche i tecnici in radiologia C_____ e D_____ erano stati avvisati che si trattava di una persona un po' particolare, ovvero un po' ansiosa (doc. 3.7), avendo

modo poi di constatarlo direttamente.

Assai atipica la presenza, per un intervento ambulatoriale, dei dott. N_____ e J_____: essi erano lì su richiesta di CIVI 1, a dire di questi ■come amici■. Sia l■accusato che D_____ (doc. 3.7) hanno precisato che i due si erano posti accanto, in tutta prossimità, del paziente, uno a destra e uno a sinistra, a tratti ■tenendolo■.

4.2. ACCU 1 ha spiegato al giudice che l■intervento si compone innanzitutto, temporalmente in modo rilevante, di una fase diagnostica, ove con l■ausilio della fluoroscopia e di un mezzo di contrasto si evidenziano i vasi sanguigni più nel dettaglio di quanto possa fare tanto la risonanza magnetica che la TAC. Una volta determinata la ■mappa■ vascolare del paziente si decide come intervenire e quale mezzo embolizzante si rivela più adatto allo scopo.

Così ha descritto l■accusato davanti al magistrato inquirente quanto accaduto quel giorno (doc. 2.2.): ■come d■abitudine il paziente è stato collocato in posizione supina sul tavolo della sala angiografica. I due tecnici anzi uno dei due tecnici, non ricordo quale hanno preparato i due inguini di CIVI 1 con una soluzione asettica e coperto il paziente con teli sterili. In effetti si sapeva che l■embolizzazione sarebbe avvenuta attraverso accesso bilaterali alle inguini. Durante questa fase è possibile che io non sia stato sempre presente, a volte mi accontento di entrare a vedere se tutto è apposto per poi ripresentarmi quando devo effettuare l■intervento vero e proprio. Quando entrai nella sala, fui sorpreso di constatare che CIVI 1 era sostenuto alle braccia dai due medici che lo avevano accompagnato ovvero il dott. N_____ e la dott.ssa J_____. Si è trattato di una situazione abbastanza eccezionale dal momento che di solito il paziente viene fissato al lettino con una cintura. Ho quindi iniziato con la puntura nell■inguine sinistro, somministrando a CIVI 1 un anestetico locale: si trattava di Lidocaina. Risultando CIVI 1 ancora sensibile al dolore ho dovuto procedere con la somministrazione di una seconda Lidocaina e questo sempre prima di iniziare l■intervento vero e proprio. Oggi non sono più in grado di dire se ho somministrato due o tre dosi di Lidocaina per l■inguine sinistro. Non ne sono del tutto certo ma credo che abbiamo usato soluzioni di Lidocaina al 2% ripartite in due fiale di 5 ml. In totale quindi per l■inguine sinistro sono state utilizzate 4 fiale di Lidocaina a 5 ml l■una. Potrebbe anche darsi che abbiamo utilizzato una soluzione di Lidocaina all■1%. Queste soluzioni vengono preparate da uno dei due tecnici di cui parlavo prima. Dopo aver somministrato l■anestetico ho eseguito la puntura dell■arteria femorale in corrispondenza dell■inguine sinistro. Attraverso l■ago, utilizzato per la puntura, è stata poi inserita una guida che è stata avanzata fino all■aorta addominale. A questo punto ho ritirato l■ago rimanendo vice versa posizionata la guida. Ho quindi inserito l■introduttore di 4 french che consentiva poi l■applicazione degli altri strumenti. Di seguito ho posizionato un catetere Pigtail che ho posizionato all■altezza dell■aorta addominale: attraverso questo catetere abbiamo iniziato la fase diagnostica somministrando un mezzo di contrasto con una macchina speciale, ovvero con una siringa automatizzata. Quando il tecnico schiaccia il bottone per l■esecuzione dell■angiografia, la macchina automaticamente inietta una predeterminata quantità di sostanza di contrasto. Non ricordo il nome del mezzo di contrasto utilizzato a suo tempo; i tecnici annotano il nome del mezzo di contrasto e la quantità utilizzata. Questa angiografia serve a chiarire e precisare ulteriormente attraverso una successione di queste angiografie (in posizioni sempre più selettive) come viene alimentato il sacco aneurismatico. Le angiografie prodotte agli atti (di cui mi viene data ora la possibilità di essere riesaminate) risultano, per quanto riguarda le

prime 4 serie (cartella blu), afferenti le fasi preliminari diagnostiche. Per quanto riguarda la quinta serie (lastra) si tratta di riprese effettuate dopo embolizzazione per documentare il risultato. La terza immagine in alto a destra (ore 10.18.59) mostra che, dopo il ritiro del catetere e dopo il risultato definitivo come visualizzato nelle prime due immagini (ore 10.12.46) che la configurazione dell'embolizzante nell'endoleak è cambiata e che una parte è fuoriuscita dal endoleak attraverso i rami lombari verso la periferia. Si può pure notare che il mezzo embolizzante ancora visibile nelle due arterie lombari di cui alle immagine ore 10.12.46 è defluito verso l'endoleak da cui poi una parte è fuoriuscita attraverso altri rami lombari in periferia. Osservo che in condizioni normali la miscela embolizzante e sostanza di contrasto è visibile e documentabile, se fatta bene, ancora dopo anni. Rilevo infine che dalle prime due immagini della serie 5 (ore 10.12.46) si nota che le arterie, rispettivamente l'endoleak è stato chiuso in modo adeguato e che, di conseguenza il catetere doveva essere stato collocato in posizione corretta. Si nota pure che sono stati salvati i rami prossimali in partenza dall'arteria iliolumbale (immagine ore 10.12.46).

Tornando a quello che stavo descrivendo più sopra, ricordo che una volta trovata la posizione superselettiva nell'arteria iliolumbale di sinistra, dopo aver confermato ancora una volta la posizione di M.D.C., ho preparato la miscela embolizzante. Qui devo ricordare ancora come CIVI 1 si era lamentato, manifestando forti dolori dopo che io gli avevo iniettato l'ultima quantità di mezzo di contrasto ancora nella fase diagnostica in posizione superselettiva, quindi prima ancora di iniziare la somministrazione della miscela embolizzante. È vero che più la posizione è selettiva, più provoca dolore la sostanza di contrasto e qui intendo la sostanza utilizzata preliminarmente in funzione diagnostica. Per me comunque il comportamento di CIVI 1 risultava sorprendente dal momento che non avevo mai assistito a delle manifestazioni tanto pronunciate di dolore da parte di un mio paziente. Io poi ho cercato di tranquillizzare il paziente e così hanno fatto i medici che lo accompagnavano. CIVI 1 aveva manifestato la volontà di non continuare nell'intervento, ma poi noi medici lo convincemmo a continuare. Io spiegai che la somministrazione del mezzo di contrasto poteva provocare dolore, ma che, giunti a questo punto, sarebbe stato peccato fermarsi. Per la verità non è che io intervenni direttamente su CIVI 1 per indurlo a continuare, mi rivolsi comunque ai medici spiegando qual'era l'interesse a non interrompere a quel punto l'intervento. Devo dire che non ricordo le mie parole precise anche perché con la dott.ssa J _____ mi esprimevo in tedesco, ritengo tuttavia che la sostanza di quanto da me riferito corrisponde a quanto ho appena detto. Preciso comunque che gli altri due medici, dopo aver tranquillizzato CIVI 1 mi hanno fatto capire che potevo continuare. Ripeto comunque ancora una volta che io avevo offerto loro la possibilità di interrompere. Ciò premesso ho quindi proceduto con la somministrazione del mezzo embolizzante mischiato al Lipiodol e dopo, evidentemente, aver riempito il catetere con la sostanza glucosata. Osservo che il Lipiodol serve per seguire l'effetto dell'embolizzazione e meglio l'effetto dell'embolizzante sullo schermo della fluoroscopia. Io con questo sistema posso seguire in modo continuo l'evolversi dell'intervento.

In sè l'intervento, per il fine prefissato, cioè l'embolizzazione dell'endoleak, riuscì; in altre parole, la sacca è stata completamente chiusa, evitando che il paziente potesse patire conseguenze gravi a seguito del suo ingrossamento, a tutt'oggi, come riferito di persona da CIVI 1, definitivamente arrestatosi.

4.3. Nella prima serata del giorno dell'intervento il neurologo dott. T_____ constatò una crisi prossimale e una paresi grave distale della gamba destra oltre ad un disturbo di sensibilità soprattutto sul nervo femorale.

Nel suo referto (riassunto degenza) redatto il 23.4.2001 (all. 3 alla querela), si legge a pag. 2: La TAC (...) dà elementi in favore di una sofferenza ischemica a livello dei plessi lombari. Proprio nella regione dei plessi lombari vi sono infatti dei piccoli punti di accumulo di prodotto di embolizzazione. Nonostante questo il dr. ACCU 1 è sorpreso dalla persistente paresi in quanto il prodotto di embolizzazione non sarebbe abbastanza fine da chiudere le piccole arterie e i capillari e in principio restano aperte sufficienti anastomosi per impedire una ischemia grave dei plessi. In aula il dott. T_____ ha spiegato che il paziente è stato dimesso in uno stato più o meno invariato rispetto alla sera del 6 aprile.

Dopo l'intervento il dott. ACCU 1 ha visitato in più occasioni il paziente, sino quando questi non si è trasferito a G_____ e ha preferito non avere più contatti con il medico (cfr. verbale d'interrogatorio S_____, doc. 3.5).

CIVI 1 al dibattimento ha descritto come un'odissea i quattro mesi di degenza a G_____ che hanno fatto seguito all'operazione durante i quali non riusciva a muovere nulla.

Egli ha indicato di avere oggi riacquisito l'uso della gamba sinistra, pur rimasta non innervata e di spostarsi di regola con il girello o le stampelle: una menata. La gamba destra per contro ha denotato miglioramenti solo minimi.

La situazione attuale, definitiva e non migliorabile è ben descritta nel rapporto 4 febbraio 2007 del dott. T_____, da cui si estrapola il seguente passaggio: Il paziente ha un handicap importante, non potendo estendere completamente il ginocchio, potendo camminare solo con l'uso della stecca di Heidelberg al piede ds, una stampella tenuta con la mano ds e l'appoggio del braccio sin. su una spalla o al collo di un accompagnatore. Riesce a camminare con 2 stampelle solo per una decina di metri, poi non ce la fa più. Ha più volte al mese delle manifestazioni elettrizzanti che subentrano ripetutamente per pochi minuti nella zona compresa tra la regione mediale della tibia e il ginocchio, più sovente a ds che a sin., mai in modo bilaterale. Ha una tendenza a crampi alle gambe, soprattutto alla ds, non dichiara deficit di sensibilità, ma un senso di freddo al piede ds. Il morale è fondamentalmente basso, deve prendere regolarmente del Seresta.

5. Nel proprio decreto d'accusa 10 maggio 2005, cui il dott. ACCU 1 ha interposto tempestiva opposizione, il Procuratore Pubblico ha ravvisato più reati nell'agire del medico.

5.1. L'accusa, poco prima della chiusura dell'istruttoria, ha chiesto, e ottenuto, di integrare con le risultanze del dibattimento, i capi d'imputazione, che nella loro versione definitiva, per la posa dei quesiti, sono stati presentati nel modo seguente (in corsivo le parti aggiunte):

1. lesioni semplici, subordinatamente lesioni semplici colpose,

per avere, il 6 aprile 2001, a L_____, intenzionalmente (subordinatamente per negligenza in relazione all'ottenimento del consenso del paziente) cagionato un danno al corpo o alla salute di una persona e meglio per avere, nella sua qualità di medico-radiologo, prospettandosi un intervento inteso a porre rimedio ad un Endoleak tipo II di cui risultava affetto CIVI 1,

omettendo di informare correttamente, rispettivamente informando in modo inadeguato il paziente circa la natura e i possibili effetti e complicazioni dell'operazione e, segnatamente, in merito ad aspetti tali: a) il carattere controverso e dibattuto in letteratura scientifica del trattamento dell'Endoleak tipo II; b) la complessità e difficoltà dell'intervento; c) il carattere nuovo dell'intervento da lui proposto con l'impiego della sostanza embolizzante Ethibloc e, quindi, la scarsa esperienza generale maturata in questo campo; d) la scarsa esperienza personale per questo specifico intervento (trattamento di Endoleak tipo II) con l'embolizzante Ethibloc; e) i dolori, anche intensi e diffusi, che il paziente avrebbe potuto avvertire durante l'intervento; f) l'usuale associazione all'intervento di fenomeni ischemici transitori; g) il rischio di embolizzazioni indirette, non volute e imprevedibili contestuali all'intervento;

e inoltre, h) proseguendo con l'intervento medico dopo che il paziente aveva manifestato forti dolori e lasciato intendere di non volere continuare,

eseguito presso l'Ospedale di L_____ un intervento di embolizzazione transarteriale percutanea sotto fluoroscopia senza il valido consenso del paziente;

E. 2

lesioni colpose gravi,

per avere, nelle circostanze di cui sopra sub. 1, per negligenza, ovvero:

- impiegando un mezzo embolizzante (Ethibloc) non abbastanza sperimentato per il trattamento di Endoleak tipo II e, quindi, di incerta portata riguardo i rischi (tempi di polimerizzazione, difficoltà di controllo e, quindi, sfuggente);
- procedendo ad una cateterizzazione non abbastanza superselettiva dei soli rami che contribuivano alla formazione dell'endoleake/o preparando in modo inadeguato il mezzo embolizzante (troppo liquido/troppo fluido) e/o attuando una pressione troppo elevata nell'iniettare il mezzo embolizzante;

ritenuto che, di conseguenza, Ethibloc e Lipiosol (mezzo di contrasto) si sono propagati ad altre regioni determinando una embolizzazione diffusa dei rami periferici delle arterie lombari,

ed inoltre:

- proseguendo nell'operazione anche dopo che il paziente, terminata la procedura di embolizzazione dalla parte sinistra, aveva manifestato forti dolori e non considerando, per imprevidenza colpevole, la possibilità di una ischemia nervosa,

provocando in tal modo a CIVI 1 una lesione del plesso lombare di natura ischemica con relative parèsi (e meglio come descritto dal rapporto del Dott. T_____), cagionato una lesione grave al corpo o alla salute di una persona;

fatti avvenuti nelle riferite circostanze di tempo e di luogo;

reati previsti dagli art. 123 cifra 1 e 125 cpv. 2 CP, in relazione con l'art. 18 CP.

Nella propria requisitoria il Procuratore Pubblico ne ha chiesto la conferma. In merito alla pena egli ha postulato la condanna a una pena pecuniaria di 20 aliquote, sospesa condizionalmente per due anni, rimettendosi al giudice per la determinazione dell'aliquota. In aggiunta ha chiesto la condanna al pagamento di una multa di fr. 3'000.-- e delle tasse e spese giudiziarie.

5.2. La parte civile ha chiesto la conferma dei capi d'accusa e che l'accusato venisse condannato a pagarle un importo di fr. 41'265.-- a titolo di ripetibili.

Parallelamente alla procedura penale CIVI 1 ha avviato in data 1. marzo 2004 presso la Pretura una causa civile nei confronti dell'Ente Ospedaliero Cantonale, allora datore di lavoro dell'accusato e chiamato a rispondere del suo agire ex art. 22 della Legge sulla responsabilità degli enti pubblici. La richiesta civile per titolo di risarcimento danni e torto morale ammonta a fr. 3'814'343.-- oltre interessi al 5 % dal 16 giugno 2003. La domanda è integralmente avversata dall'ente convenuto. A dire delle parti la procedura è sospesa.

5.3. La difesa ha dal canto suo chiesto il proscioglimento da ogni capo d'accusa, per i motivi che verranno ripresi per quanto necessario nell'esame dei singoli punti del decreto del Procuratore Pubblico. In buona sostanza essa ha sostenuto che il consenso all'intervento era informato rispettivamente che al dott. ACCU 1 non può essere rimproverato alcun errore medico.

6. Usualmente, per meglio orientarsi in ambiti tecnicamente complicati, il giudice fa capo al parere di esperti nel ramo, cui affida il compito di identificare i precetti di prudenza che si imponevano in una data situazione (DTF 106 IV 264 cons. 1).

Durante l'istruttoria precedente all'emissione del decreto d'accusa, il Procuratore Pubblico ha nominato quali periti, a formarne un collegio, tre professori medici romani: il prof. R_____, già ordinario di radiologia all'Università di R_____, e, operanti presso il medesimo istituto, il prof. B_____, ordinario di neurologia e il prof. Bo_____, ricercatore di medicina legale.

Sui loro pareri, redatti complessivamente in tre tempi - la perizia in data 6 agosto 2002 (doc. 4.4.), le delucidazioni sulla perizia 21 marzo 2003 (doc. 4.6.) e le integrazioni alla perizia 1. luglio 2004 (doc. 4.12) - si è massicciamente basata l'accusa per redigere il proprio decreto, in particolare per quanto attiene l'imputazione di lesioni colpose gravi.

Per quanto riguarda il risultato di una perizia, il giudice, in principio, non è legato ad esso, ma se intende discostarsene, deve motivare la sua decisione e non può, senza motivi determinanti, sostituire il suo apprezzamento a quello del perito, sotto pena di sfociare nell'arbitrio (TF 4P.110/2003 del 26.8.2003). In altri termini, il giudice può non seguire le conclusioni dell'esperto, allorché viene minata la credibilità sua o di quanto da lui sostenuto (cfr. DTF 122 V 160 cons. 1c; 119 Ib 274 cons. 8a). Nel diritto penale in particolare, il giudice di scosta dall'avviso di un perito giudiziario soltanto in presenza di motivi validi. L'apprezzamento delle prove e la soluzione giuridiche competono al giudice. Questi deve esaminare se sulla base degli ulteriori mezzi di prova o delle allegazioni delle parti sussistano serie obiezioni contro il carattere concludente delle esposizioni peritali (DTF 118 Ia 146 cons. 1c).

Non è mancata in questa procedura una notevole produzione di mezzi di prova.

Citati gli atti documentali, i verbali di audizione davanti al magistrato inquirente e ogni altra prova facente parte l'incarto va menzionato il parere, in forma scritta una prima volta il 17 novembre 2002 (doc. 5.1), una seconda il 19 gennaio 2005 (doc. 5.5. e 5.6), del perito di parte, chiamato a mettere in discussione, spesso a contestare, le opinioni espresse dal collegio dei professori italiani. Il perito cui si è affidato l'accusato è il dott.

P_____, che esercita a Z_____ presso l'Ospedale, di cui è dal 1995 responsabile di radiologia interventistica, specialista in materia di aneurisma addominale e

toracale (endoleak compreso) avendo, per sua indicazione, impiantato circa 600 endoprotesi dal 1997 ad oggi.

Anche la parte civile ha a sua volta fatto capo alle conoscenze di un medico italiano, il prof. Sc _____, professore ordinario di neuroradiologia, direttore del Servizio di neuroradiologia dell'Ospedale di M _____ e Preside della Facoltà di Medicina Ra _____. Il Prof. Sc _____ ha redatto un rapporto in data 2 aprile 2004 (doc. 7.17).

Detto di perizie giudiziarie e di parte, più di tutto deve essere rammentato che la nostra procedura penale è retta dai principi dell'oralità e dell'immediatezza. L'art. 276 cpv. 4 CPP sancisce espressamente che il giudice pronuncia, secondo il suo libero apprezzamento, in base alle risultanze del dibattimento e degli atti.

Il giudice deve avere una percezione personale e diretta di quanto sarà a base della propria decisione, poiché la ricerca della verità materiale non può prescindere dalla percezione in prima persona, non mediata da terzi o da scritti, della personalità dell'imputato, dei testimoni e del materiale processuale (Soldini, Attualità dei principi dell'oralità e dell'immediatezza, in:Rep. 1982, 15).Schultz- nelle sue Considerazioni sul principio dell'immediatezza, in:Rep. 1982, 4 - riassume perfettamente l'importanza di tale regola fondamentale e basilare del diritto processuale penale: i giudici vedono con i propri occhi il comportamento di una parte o di un teste quando si spiega; vedono i suoi gesti, osservano il suo modo di parlare, se la persona parla senza interruzione, ad alta voce o meno, se ricorda dettagli che anche il verbale più preciso e particolareggiato non può mai riferire. Si può quindi affermare che il solo rispetto del principio dell'immediatezza garantisce la corretta applicazione di un altro principio fondamentale della procedura penale moderna: il principio della valutazione delle prove.

V'è quindi una vera e propria necessità del giudice di apprezzare tutti gli elementi di prova visive e udite, in presenza e sotto il controllo delle parti interessate.

In tal senso va sottolineato che il dibattimento, il cui verbale è limitato all'essenziale in ossequio all'art. 275 CPP e che non riporta le più volte citate percezioni desunte dal giudice, si è svolto su tre giorni, durante i quali sono stati sentiti tanto l'accusato che la parte civile e, poi, come testi, i medici dott. T _____, N _____ e J _____, il tecnico in radiologia D _____ e il direttore dell'Ospedale Ro _____. Infine, nella giornata centrale, è stata data voce ai periti giudiziari e al dott. P _____, uditi anche in confronto.

7. Secondo la giurisprudenza un comportamento è illecito se è contrario ad un dovere legale generale, sia perché viola un diritto assoluto della parte lesa, sia perché viola un'ingiunzione o un divieto scritto o non scritto dell'ordine legale destinato a proteggere il bene giuridico leso (DTF 124 III 301, cons.5b; 123 II 581, cons. 4c; 122 III 192, cons. 7b; 120 Ib 414, cons. 4a; 119 II 128, cons.3; 113 Ib 423, cons. 2).

L'integrità corporale è un bene protetto da un diritto assoluto (DTF 117 Ib 197 cons. 2a).

Qualsiasi intervento diretto sul corpo umano ferisce la sua integrità fisica, indipendentemente dallo scopo e dal modo in cui un simile intervento venga effettuato. Un intervento del genere concretizza, secondo la sua intensità, la fattispecie oggettiva delle lesioni personali e delle vie di fatto. Ancorché indicati dal punto di vista medico e praticati secondo le regole dell'arte, gli interventi medici realizzano senz'altro gli elementi

costitutivi oggettivi di una lesione personale allorquando ledono l'integrità corporale (DTF 124 IV 258).

L'intervento medico a scopo terapeutico diventa non punibile se il medico può richiamarsi a una causa di giustificazione (DTF 99 IV 208). Di regola così sarà il caso in presenza di consenso al trattamento previsto dichiarato dal paziente capace di discernimento o dal suo rappresentante legale previa adeguata e sufficiente informazione (Schultz, op. cit., pag. 97). Senza un tale consenso, l'intervento è illecito nel suo insieme anche se nessuna regola dell'arte viene violata (DTF 113 Ib 423). In altre parole il medico va esente da colpa se ha agito con il consenso del paziente o sulla base di circostanze scriminanti.

8. Nel suo primo punto il decreto d'accusa imputa al dott. ACCU 1 di aver eseguito l'intervento di embolizzazione senza il valido consenso del paziente, poiché il medico avrebbe omesso di informare correttamente e rispettivamente avrebbe informato in modo inadeguato il paziente circa la natura e i possibili effetti e complicazioni dell'operazione. Il Procuratore Pubblico precisa poi su quali informazioni l'accusato avrebbe omesso la corretta informazione, o l'avrebbe data in modo inadeguato: il consenso sarebbe mancato sia prima dell'intervento, sia, di nuovo, durante lo stesso.

Dal profilo legislativo cantonale l'art. 6 cpv. 1 Lsan indica che il medico è tenuto ad informare il paziente sulla diagnosi, il piano di cura, i possibili rischi nonché su eventuali trattamenti alternativi scientificamente riconosciuti. L'informazione deve essere data in modo chiaro ed accessibile al paziente e tenere conto, in specie nella comunicazione della diagnosi, della sua personalità.

L'art. 7 cpv. 1 Lsan sancisce espressamente che il consenso del paziente è necessario per qualsiasi prestazione sanitaria propositagli.

In generale la giurisprudenza ha sancito che il medico, di principio, ha l'obbligo di informare il suo paziente sulla natura e sui rischi dei trattamenti che intende applicare, a meno che non si tratti di atti correnti, senza particolare pericolo e che non comportano una lesione definitiva o durevole all'integrità corporale. Il paziente deve essere sufficientemente informato sull'intervento o il trattamento considerato per potervi consentire in piena conoscenza. L'informazione che gli è data non deve tuttavia suscitare nel paziente uno stato di apprensione pregiudizievole alla sua salute (DTF 108 II 59, cons. 2; 105 II 287 seg.).

L'obbligo di informare il paziente prima di intraprendere un intervento medico è strettamente legato al suo diritto all'autodeterminazione.

In effetti, lo scopo dell'informazione è di fornire al paziente gli elementi di cui ha bisogno per prendere una decisione informata propria. L'informazione dipende così dai bisogni individuali di ogni paziente.

A questo proposito un'informazione adeguata dovrebbe svolgersi in due tempi. In primo luogo si dovrebbe fornire un'informazione di base (ad esempio per mezzo di un prospetto) sull'atto medico previsto, indicando gli elementi che un medico ragionevole e prudente rivelerebbe ad un paziente-tipo, vale a dire mettendo l'accento sui fattori che generalmente hanno un'importanza nella decisione di un paziente; si tratta di mettere il paziente in situazione di poter comunicare con il medico e di prepararlo ad un colloquio più personale. In seguito, il medico deve menzionare le informazioni che rispondono alle aspettative individuali e specifiche del paziente concreto.

L'informazione sarà così adatta alla capacità di assimilazione del paziente, laddove un'informazione più esaustiva non si giustifica che su domande precise del paziente (Manai, *Le devoir d'information du medecin en proces*, in: SJ 2000 II pagg. 341 segg.).

Nella DTF 117 Ib 197 l'Alta Corte Federale ha fissato alcuni principi riguardo all'informazione sui rischi operatori, stabilendo in particolare che il grado di informazione dipende dalla diagnosi e dall'importanza dei rischi del trattamento, nella misura in cui sono conosciuti dalla scienza medica e che occorre basarsi sulla situazione personale e concreta del paziente.

Per quanto attiene all'informazione sui rischi generali: il Tribunale Federale ha ammesso che il medico può partire dall'idea di avere davanti una persona ragionevole, che conosce i rischi di carattere generale inerenti ad un intervento chirurgico (emorragie, infezioni, trombosi, embolie, ecc).

Non esiste un obbligo del medico di rendere attento il paziente su tutte le conseguenze negative che potrebbero verificarsi in un'operazione. Al paziente, in altre parole, non deve essere presentato ogni possibile rischio in tutte le possibili forme con cui potrebbe trovarsi confrontato; il paziente va piuttosto informato sullo scopo dell'intervento e sui rischi che vi sono legati in un modo a lui comprensibile (Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. ed., Heidelberg 2003, § 1 I, n. 65, pagg. 89 seg.).

L'informazione sui rischi dipende da due fattori: da un lato dalla gravità dei rischi e dalla frequenza della loro sopravvenienza, dall'altro dalla necessità e dall'urgenza dell'intervento; meno un intervento è necessario, più l'informazione deve essere estesa (Manai, *op. cit.*, pag. 350).

Un obbligo di informazione sulle conseguenze dell'operazione sussiste solo laddove vi è una certa probabilità che queste possano verificarsi. Possibili complicanze che solo molto raramente potrebbero accadere non devono essere menzionate. Vanno indicate invece le possibili complicazioni tipiche dell'intervento (Ulsenheimer, *op. cit.*, § 1 I, n. 66, pag. 90 e n. 67, pag. 92).

Nella più volte citata DTF 117 Ib 197 il Tribunale Federale ha ritenuto che si imponeva di informare espressamente il paziente su un pronostico molto sfavorevole, indicandogli almeno delle percentuali approssimative, nella misura in cui l'intervento comportava circa 35% di rischio di paraplegia. Evidentemente, nella fattispecie, il rischio era così importante che non poteva essere taciuto (cfr. Manai, *op. cit.*, pag. 351). Sino ad allora, la giurisprudenza aveva negato l'esistenza di un dovere di informazione sui rischi la cui frequenza statistica ammontava a 2,7% (DTF 113 I b 420). Nel 1994, è stata poi lasciata aperta la questione a sapere se un rischio di cecità specifico ad un'operazione degli occhi, statisticamente raro ma molto grave dovesse essere menzionato (TF 2P.101/1994, in: ZBI 97 (1996) p. 282). In un'altra decisione del 6 febbraio 1995, il TF ha negato un dovere di informazione di un rischio statisticamente considerato inferiore all'1% (ZR 95 (1996), Nr 67, p. 205).

L'informazione non dipende solo dalla frequenza statistica del rischio ma anche dalla sua gravità. La gravità costituisce un criterio supplementare. Un rischio anche statisticamente raro deve essere menzionato quando conduce ad un grande danno e altera pesantemente la maniera di vivere del paziente (Manai, *op. cit.*, pag. 351; nello stesso senso Ulsenheimer, n. 77, pag. 102, per cui meno l'intervento appare lesivo nel paziente, minori devono essere le

indicazioni dategli).

Presupposto fondamentale è naturalmente che il rischio sia conosciuto dalla scienza e dall'esperienza medica al momento dell'intervento rispettivamente che l'operatore medico avrebbe dovuto conoscerlo sulla base delle pubblicazioni specifiche (Ulsenheimer, op. cit., § 1 I, n. 65, pag. 90).

E il caso infine di ricordare che sul dovere (e eventuale relativa violazione) di informazione non devono pronunciarsi dei periti, non essendo la questione di natura medica (Guillod, La responsabilité civile des médecins: un mouvement de pendule, in: La responsabilità del medico e del personale sanitario fondata sul diritto pubblico, civile e penale, atti della giornata di studio del 12 giugno 1989, CFP, Agno 1989, pag. 75).

9. Tutto ciò premesso vanno esaminate le omissioni che secondo l'accusa sarebbero state compiute dal medico nell'informazione al paziente, tanto da viziare il consenso e costituire reato di lesioni semplici.

9.1. Il Procuratore Pubblico ha ritenuto che l'accusato abbia omesso di informare la parte civile sul carattere controverso e dibattuto in letteratura scientifica del trattamento dell'endoleak tipo II (DA punto 1 a).

Ad verbum l'accusa sembra essere fondata sul seguente passaggio del parere reso dal prof. Sc_____ (doc. 7.17., pag. 3): Il trattamento degli endoleaks è tuttora controverso. Non è ancora scientificamente provato (...) non sia invece meglio un trattamento conservativo con osservazioni prolungate nel tempo.

Premesso che da un medico può essere soltanto preteso che applichi al suo paziente la terapia che - secondo lo stato delle conoscenze mediche da lui acquisibili - risulti essere la migliore o, nel caso vi siano più terapie idonee, una delle migliori (Schultz, op. cit., pag. 101), occorre dapprima chinarsi sulla scelta terapeutica in quanto tale di intervenire su CIVI 1 per curare l'endoleak.

Il dott. N_____ in aula ha indicato che la presenza dell'endoleak di tipo II che aumentava poteva portare allo scoppio della sacca, anche se il pericolo non era imminente (Bisognava agire, pur senza fretta); la dott.ssa J_____ ha aggiunto che a suo avviso vi era un lasso di tempo per riflettere sull'intervento e valutarne se del caso anche un altro.

Il dott. ACCU 1, per contro, ha sempre sostenuto che nel 2001 vi era unanimità sul fatto che una sacca aneurismatica che cresceva come quella del paziente in casu richiedeva un trattamento embolizzante in tempi brevi al fine di prevenirne in tempo lo scoppio oltre che per non rendere inutile la posa dell'endoprotesi.

Il diametro dell'aneurisma del paziente era di 5.8 cm (cfr. TAC 21.3.2001 e doc. 4.4., pag. 11), allorché per l'accusato una dimensione di 5.7 cm significava necessità di intervento; sussisteva a suo dire il sensibile rischio che entro tre anni l'aneurisma scoppiasse con una probabilità altissima di morte.

Tali dati sono sostenuti, con minime digressioni, dalla letteratura medica prodotta agli atti durante il dibattimento: da un controllo statistico datato 1998 i medici Jones, Cahill e Gardham hanno dedotto che il rischio di rottura di una sacca aneurismatica entro tre anni è del 28% allorché il suo diametro si situa fra i 5 e i 5.9 cm, del 41% se superiore. Uno studio simile del 2002 ha indicato in una percentuale del 9.4% la probabilità di rottura entro

un anno di una sacca fra 5.5. e 5.9 cm, concludendo che dal profilo statistico sussisteva nei pazienti che presentavano un endoleak con un diametro di 5.5 cm o superiore un rischio di rottura talmente alto da giustificare l'intervento immediato.

Ciò è stato confermato al dibattimento dal perito giudiziario prof. R. _____ che ha affermato che se la sacca aumentava c'erano le indicazioni per un intervento il più presto possibile, direi entro 15-20 giorni, perché in ogni momento può rompersi. Nello stesso senso si è pronunciato anche il dott. P. _____.

Come in DTF 108 II 59, insomma l'istruttoria ha potuto dimostrare che l'intervento effettuato dall'accusato su CIVI 1 era oggettivamente giustificato poiché del tutto adeguato e consigliato in un caso simile.

Rimane da esaminare se le alternative d'intervento proposte dall'accusato siano state sufficientemente esaustive.

Così il dott. N. _____: ACCU 1 ci informò dei rischi collegati ad un non-trattamento dell'endoleak (...) ci spiegò che l'intervento più veloce, più efficace e più sicuro era quello di embolizzare l'endoleak per via arteriosa percutanea. Ci parlò anche di una seconda possibilità costituita da un'embolizzazione per via percutanea diretta, cioè senza passare dalle vie arteriose. Menzionò solo marginalmente la possibilità di un intervento chirurgico aperto (doc. 3.4.). Nello stesso senso la dott.ssa J. _____: Il dott. ACCU 1 ci illustrò in cosa consisteva il problema e quali erano i possibili interventi idonei a rimediare al problema (doc 3.3.).

CIVI 1 ha sostenuto che durante i nostri precedenti colloqui il dott. ACCU 1 mi spiegò che per arrivare all'endoleak si poteva passare anche con la sonda dalla schiena oppure dalle vertebre (...) Non mi disse dell'eventuale esistenza di trattamenti o terapie alternative, più efficaci o meno rischiose (doc. 3.2.), ribadendo in aula che ACCU 1 mi disse che c'erano tre possibilità d'intervento e che la meno rischiosa e la più rapida era l'embolizzazione.

L'accusato ha a sua volta confermato di aver proposto un intervento consistente nell'embolizzazione, ovvero otturazione, della cavità perfusa dell'aneurisma (doc. 2.1.).

Sulla proposta di procedere all'embolizzazione dell'endoleak di tipo II piuttosto che optare per un altro tipo di intervento i periti giudiziari giungono alla conclusione che tale scelta fosse condivisibile ed idonea per la patologia di cui era affetto CIVI 1, sussistendo specifiche indicazioni al trattamento(...)L'occlusione dei rami collaterali rifornenti la sacca tramite la tecnica del cateterismo superselettivo si realizza attraverso l'iniezione di materiale embolizzante che può consistere in microspirali metalliche o materiale collante (glues); inoltre: la tecnica operatoria posta in essere appare quindi congrua al caso concreto, meno rischiosa e con un più basso indice di mortalità rispetto a tecniche alternative (doc. 4.4., ad 1 a pag. 18; doc. 4.6., pag. 4).

Per quanto necessario poi il perito di parte ha ribadito che in Svizzera la tecnica preferita è l'embolizzazione. Non vi sono dubbi riguardanti l'indicazione (doc. 5.6., pag. 2) e che la tecnica usata dell'embolizzazione transarteriale percutanea sotto fluoroscopia è descritta nella letteratura specialistica sin dal 1996 (doc. 5.3., pag. 4). La dottrina medica versata agli atti non fa che confermare questi pareri.

9.2. L'accusa sostiene che non vi sia stata corretta informazione in merito alla complessità e alla difficoltà dell'intervento (DA punto 1 b), insistendo nella propria

requisitoria sul fatto che i dott. N_____ e J_____ - ritenuti peraltro decisivo tramite fra il paziente e il medico interventista - siano stati più volte rassicurati ■sulla semplicità e sulla rapidità dell'■intervento■ da parte dell'■accusato, cui era stato riferito (dal dott. N_____, cfr. doc. 3.2.) che ■era una passeggiata■.

Va inizialmente ricordato, a scanso di equivoci, che anche CIVI 1 è stato reso edotto personalmente sulle caratteristiche dell'■intervento, un'■ultima volta sul tavolo d'■ambulatorio ancora poco prima di operare. Così il tecnico in radiologia C_____ (doc. 3.6.):■(...) preparato il paziente per l'■intervento. A questo momento è intervenuto il dott. ACCU 1 il quale ha ancora parlato con il paziente, spiegandogli cosa sarebbe successo■. Ancora pochi istanti prima dell'■intervento quindi CIVI 1 (e i due medici lì presenti, con lui) è stato reso edotto sulmodus agendi; ancora in quel momento si sarebbe potuto chiedere ulteriori spiegazioni.

Tornando alle informazioni date nel corso dei tre colloqui preventivi, unanimità v■è sul fatto che in tali occasioni siano stati più volte chiesti dettagli sulla tecnica d'■intervento e sui rischi. L'■accusato ha spiegato di essersi avvalso anche di immagini e di essersi spiegato di regola in tedesco con i due medici che accompagnavano CIVI 1, poiché suoi punti di riferimento e ai quali era chiaro, per loro stessa ammissione, cosa significasse un intervento di embolizzazione.

Insomma, i dott. N_____ e, in particolare, J_____, hanno confermato che volevano essere rassicurati e che quindi chiesero più volte informazioni sull'■intervento, dando così peraltro prova che sul tema vi fu (ampia) discussione.

Al dibattito il dott. N_____ ha precisato quanto reso a verbale davanti al magistrato inquirente, affermando che ■dai colloqui avevo tratto l'■impressione che l'■intervento non fosse facile, ma mediamente difficile, per cui era necessaria una certa esperienza; ACCU 1 era l'■unico in Ticino che potesse fare quell'■intervento. Il grado di difficoltà era particolare■. Il medico di fiducia della parte civile ha aggiunto davanti a questo giudice che ■l'■idea■ era semplice e che ■il medico ci spiegò la procedura; per me non era necessario poiché sapevo cosa fosse un'■embolizzazione e sapevo come sarebbe stata eseguita, pur essendo incompetente a livello di dettaglio, tanto che per me un embolizzante valeva un altro■.

I soli dettagli, non richiesti dal paziente, tanto meno dai doveri d'■informazione del medico, non erano quindi stati spiegati. Di più, ulteriore precisione, come l'■indicazione di un mezzo embolizzante o di un altro sarebbe stata inutile poiché anche per il medico ■generico■ (e a maggior ragione per il paziente) ■un embolizzante valeva un altro■.

Il fatto che i due medici, e così il paziente, avessero ben compreso la complessità e la difficoltà dell'■intervento è confermato dall'■insistenza della dott. J_____, notata anche dal collega (doc. 3.4., dove si parla di ■enfasi■), che evidentemente resasi conto che l'■intervento non era affatto semplice, chiese all'■accusato■se lui era capace di eseguire tale intervento, se lo avrebbe eseguito anche su suo padre, rispettivamente se conosceva qualcuno che era in grado di farlo meglio di lui■(doc. 3.3., e ancora, come teste dibattimentale).

Infine appare evidente che il fatto di rivolgersi ad uno specialista, chiaramente riconosciuto come tale, significava che l'■intervento non poteva essere eseguito da qualsiasi medico, quindi per conseguenza logica fosse di una certa complessità e difficoltà, tanto più che

interventi simili qualche anno addietro erano risolti con interventi chirurgici e non ambulatoriali.

Il fatto che un intervento sia stato definito ■rapido■ (di tipo ambulatoriale) nulla ha a che vedere con la sua difficoltà. Lo stesso dicasi per il fatto che l'■accusato aveva proposto che si potesse pranzare tutti assieme dopo l'■intervento oppure che egli avesse indicato al paziente che avrebbe potuto recarsi all'■estero il giorno dopo (cfr. doc. 3.2. e 3.4.).

9.3. Altro capo d'■accusa è l'■omissione nell'■informazione del ■carattere nuovo dell'■intervento proposto con l'■impiego della sostanza embolizzante Ethibloc e, quindi, la scarsa esperienza generale maturata in questo campo■ (DA punto 1 c).

Ebbene, per tutti era evidente che l'■intervento fosse nuovo e quindi, di conseguenza, vi fosse poca esperienza pratica: l'■ha detto il dott. N_____ in aula (■la tecnica era nuova ed era chiaro che l'■intervento fosse di tipo nuovo■), l'■ha ripetuto la dott.ssa J_____ confermando che ■era chiaro che l'■intervento era nuovo■, tanto che sia lei che il dott. N_____ si erano ■fatti spiegare nel dettaglio come sarebbe stato eseguito■, l'■ha ribadito infine CIVI 1, il quale era ben cognito che quest'■operazione fosse un malaugurato seguito di quella precedente di posa di endoprotesi, per il quale era stato, nel 1998, il primo operato nel nostro Cantone.

Sull'■impiego della sostanza embolizzante Ethibloc (tema che verrà sviluppato ulteriormente più avanti) giova poi ricordare che per il dott. N_____, tanto meno per il paziente, l'■indicazione del mezzo embolizzante che si intendeva utilizzare non aveva alcuna importanza, valendo l'■uno come l'■altro (cfr. cons. 9.2.). CIVI 1 al dibattimento ha affermato di non aver ■mai discusso sui materiali da usare nell'■intervento■, confermando così di non aver richiesto informazioni specifiche all'■accusato, che non era tenuto quindi, nel contesto, ad andare oltre. D'■altronde ove si tratta di materiali utilizzati in un intervento (e non di scelte terapeutiche) si cercherebbe invano un dovere di menzione al paziente sia nella dottrina che nella giurisprudenza.

9.4. Per l'■accusa il dott. ACCU 1 avrebbe dovuto informare il paziente sulla sua ■scarsa esperienza personale per questo specifico intervento con l'■embolizzante Ethibloc■ (DA punto 1 d), atteso che trattavasi del suo primo senza supervisione di altro medico.

In merito alla capacità e all'■esperienza dell'■accusato non manca all'■incanto la documentazione. In primis va richiamato il suo curriculum professionale, già esposto al considerando 1.1. nonché il fatto che per la sua sostituzione si sia dovuto far capo ad uno specialista olandese essendo impossibile trovarne uno di cittadinanza svizzera.

Davanti a questo giudice l'■accusato ha meglio precisato la sua pregressa esperienza in ambito di embolizzazioni. Egli ha così riferito (e comprovato, producendone la relativa documentazione) di aver compiuto personalmente a L_____, quale ■fellow■, pur sotto la supervisione di un superiore, tre interventi di embolizzazione di endoleak di tipo II, usando spirali metalliche o collante diverso da Ethibloc, poiché là non in uso. A Ba_____ egli era intervenuto, di nuovo personalmente, pur ancora sotto supervisione, in un altro caso di endoleak di tipo II. L'■intervento era però stato sospeso per impossibilità di raggiungere la sacca per via di cateterizzazione.

L'■accusato ha tenuto a precisare, in più occasioni, di aver effettuato, prima dell'■intervento su CIVI 1, oltre un centinaio di embolizzazioni superselettive con tecnica del tutto simile e difficoltà paragonabile o superiore, in almeno una ventina di casi, rispetto a quella su

endoleak di tipo II. Egli si è vantato di aver introdotto, primo nel nostro Paese, la tecnica di embolizzazione dei fibromi dell'utero.

Gli atti fanno fede di quanto segue.

Il Dott. Pl_____ di L_____, nell'elenco di esperienze dell'accusato cita fra le altre "more complex and innovative procedures such as aortic stent grafting and fibroid embolisation (24 cases) as well as type II endoleak embolisation (3 cases)".

Il presidente della Società Svizzera di radiologia, dott. St_____, così si è pronunciato nel suo scritto 22.9.2004 sugli anni di formazione dell'accusato: "Spezielle Schwerpunkte waren jeweils Embolisations-Techniken und Interventionen in der Leber. Während all dieser Zeit hat sich Dr. ACCU 1 ein hohes Mass an praktischem und theoretischem Wissen angeeignet".

Nel 1999 l'Ospedale di Ba_____, e per esso il capodipartimento di radiologia interventistica dott. Au_____, scriveva tra l'altro: "In my cumulative six years experience training fellows, I consider Dr. ACCU 1 the most highly qualified. I am impressed by his ability to deal with emergency situations. With his high level of professional competence he is able to accept responsibility as the senior clinician".

La documentazione prodotta dall'istituto attesta l'effettuazione per mano dell'accusato di almeno 37 interventi di embolizzazione: 9 casi riguardanti arterie bronchiali, 4 emorragie acute, 5 tumori e malformazioni vascolari, 8 shunt portosistemico transgiugulare (TIPSS), 2 varicocele e 9 fegato.

A Lugano, prima dell'operazione CIVI 1 del 6.4.2001, lì da tre mesi, l'accusato aveva embolizzato in due casi di tumori; in tutto il 2001 è intervenuto in 40 casi.

L'allora primario di radiologia ha attestato in data 21 settembre 2004 che negli anni 2001-2002 in cui l'accusato ha operato a L_____ sono stati eseguiti 78 interventi di embolizzazione, di cui "meno di 10" dallo stesso, gli altri dal dott. ACCU 1, che ne ha effettuati quindi una settantina.

Di fronte alla lista di interventi di embolizzazione effettuati dall'accusato, il dott. P_____ ha confermato, dal profilo oggettivo, che quelli alle arterie bronchiali sono di regola più complessi rispetto ad un intervento su endoleak di tipo II, cui si avvicinano quelli relativi ai tumori vascolari e, anche, per difficoltà, le emorragie acute. Infine gli interventi definiti "TIPSS" sono estremamente rari e vi sono solo quattro medici che li effettuano (fra cui lo stesso teste e l'accusato).

Il capo reparto di radiologia consigliò l'accusato a CIVI 1 (doc. 3.2.), alla dott.ssa J_____ (doc. 3.3.) e al dott. N_____, il quale ha affermato che "considerava ACCU 1 la persona più autorevole in materia ed una delle più autorevoli in Svizzera" (doc. 3.4.).

Il dott. N_____ indica peraltro così indirettamente di sapere che vi erano altri operatori specialistici in Svizzera (il dott. P_____ ha citato Z_____ come centro con un numero maggiore di casi in Svizzera); egli ottenne conferma delle capacità dell'operatore ACCU 1 proprio da Z_____ (doc. 3.4.: "Il primario del servizio di radiologia dell'ospedale universitario di Z_____, prof. Ma_____ (...) mi confermò di conoscere l'esperienza del dott. ACCU 1"), cercando poi di contattare anche il dott. Bl_____, non riuscendovi (doc. 3.4.).

Ricordando che il dott. ACCU 1 è (stato) relatore in convegni e riunioni fra medici specialisti, va citato anche quanto riferito sul collega dal dott. P_____ (doc. 5.6., pag. 2): ■Avendo profittato anche di una formazione in un centro estero si può assumere un'esperienza personale nel campo del ACCU 1 al di sopra della media dei radiologi svizzeri. Per quanto riguarda l'esperienza di un'embolizzazione lombare dopo posa di un endoprotesi penso che con 3 o 4 casi effettuati in precedenza il dott. ACCU 1 sia stato nel 2001 uno dei pochi con un'esperienza così grande nel nostro paese■.

V■è da chiedersi se tutto ciò (non) basti a fondare una sufficiente esperienza per effettuare un intervento come quello (in sé peraltro riuscito) sulla parte civile.

Il dibattito è servito a contestualizzare il concetto di esperienza, permettendo di comprendere che nell'aprile 2001 ben difficilmente si poteva vantare maggiore maturità pratica di quella dell'accusato per effettuare un intervento su un endoleak di tipo II.

Addirittura ACCU 1 ha sottolineato come all'Ospedale di L_____ non vi siano più stati interventi su endoleak di tipo II sino a quando non ha terminato il proprio rapporto di lavoro, lì, nel 2003. Come detto ciò si spiega con il fatto che tale conseguenza riguarda statisticamente solo il 20 % circa di chi porta un'endoprotesi (la prima al mondo ■posata■ nel 1996) e che in ogni caso non ogni formazione di endoleak richiama la necessità d'intervento, esistente solo quando la sacca supera una certa dimensione e continua a crescere. Insomma, nel 2001 non vi poteva essere nessuno che vantava esperienza superiore a una manciata di interventi specifici su endoleak di tipo II. Lo stesso prof. R_____, nominato perito giudiziario in materia, ha ■ammesso■ di aver effettuato solo 3-4 interventi su endoleak di tipo II e quindi di non poter vantare un'esperienza specifica in merito superiore a quella dell'accusato.

Giova rammentare che il dott. Bl_____, chiamato in Ticino dalla parte civile per l'operazione di posa del macrostent per via percutanea, aveva allora, nel 1998, effettuato una simile operazione, stando al dott. N_____, una decina di volte. Ciononostante egli era stato ritenuto dal paziente, per un intervento a lui noto come nuovo, come il massimo specialista. Il paragone con l'esperienza ora richiesta al dott. ACCU 1 è evidente: quella vantata dall'accusato sugli endoleak non sembra poter essere definita inferiore a quella che aveva ai tempi il dott. Bl_____ in ambito di posa di endoprotesi.

Altresì contestualizzate vanno un paio di affermazioni dei due medici-amici della parte civile.

Così ha riferito il dott. N_____ al Procuratore Pubblico (doc. 3.4.): ■Egli ci rassicurò sulla validità della prima opzione da lui presentata comunicandoci di aver eseguito già numerosi interventi analoghi sia in Svizzera che all'estero. Ad una mia precisa domanda rispose che aveva effettuato già tra i 10 e i 20 interventi di questo tipo, sempre con successo■. Tale affermazione va correlata con quanto precisato dal medico di fiducia della parte civile al dibattito: ■Davover scontato che ne avesse fatti almeno una decina, sapendo che ne aveva fatti a Ba_____ e in _____■.

Sempre sul numero degli interventi effettuati ha puntualizzato la dott.ssa J_____ al dibattito: ■Il dott. ACCU 1 mi parlò di 18 interventi già effettuati e ritenni alta questa cifra per un intervento nuovo■; la cifra 18 è stata ricordata anche dall'accusato che l'ha però ■legata■ al numero di interventi di embolizzazioni ■salvavita■ effettuati, ove i pazienti, anche bambini, sanguinavano e vi era una pressione e una complessità superiore

rispetto all'intervento previsto su CIVI 1.

Il dott. ACCU 1 ha indicato di aver parlato di embolizzazione come concetto tecnico generale, non avendo senso peraltro bluffare o trincerarsi dietro mezze verità che gli interlocutori, in quanto medici, avrebbero potuto facilmente controllare. A dire la verità la dott.ssa J_____ ha ripetutamente ribadito che quella cifra era stata detta come legata al numero di embolizzazioni di endoleak. L'episodio, probabilmente frutto di incomprensione, rimane tale e, visto tutto quanto precede, non inficia il fatto che l'informazione data dall'accusato sulla propria esperienza non potesse essere ritenuta manchevole.

Sul mezzo embolizzante scelto già si è visto al considerando 9.2. come l'indicazione specifica dell'Ethibloc non avrebbe detto nulla al paziente, visto che anche per il suo medico di fiducia un embolizzante valeva l'altro. In discussione vi era l'intervento di embolizzazione di un endoleak formatosi a seguito di endoprotesi: l'uso del mezzo, peraltro definibile in modo definitivo solo dopo effettuazione dell'angiografia in ambulatorio, così come dei materiali usati non costituisce informazione necessaria al paziente, che, in tutta evidenza, non l'avrebbe percepita nella sua specificità. La tematica, che tanto ha fatto discutere, della scelta dell'Ethibloc come mezzo embolizzante verrà ripresa a fondo più avanti, allorquando si tratterà di esaminare il preciso capo d'imputazione relativo al suo uso (cfr. cons. 10.1).

9.5. Molte parole sono state spese sul capitolo dolori, su cui - per chi ne chiede la condanna - il radiologo interventista avrebbe mancato d'informare il paziente (DA punto 1 e).

Sia detto in primis che la dottrina si limita a poco più di un accenno in real dovere del medico di informare il malato sui dolori che potrebbe, per dirla con l'accusa, avvertire durante l'intervento (cfr. Ulsenheimer, op. cit. n. 64, pag. 89). Le norme cantonali della Lsan non menzionano, mentre lo fanno per altri temi, i possibili dolori patiti come informazione spettante al paziente.

Ciò premesso, va da sé che essendo insito in ogni intervento un minimo di dolore il medico è tenuto a menzionare (solo) previsti dolori sensibili. Per ponderare quanto riferire il medico deve pensare ad un paziente con una soglia normale di tolleranza al dolore.

In merito a CIVI 1 l'accusato ben poteva (inizialmente) attendersi un paziente-tipo (già avvezzo ad interventi chirurgici), anche perché se il dott. N_____ e la dott.ssa J_____ lo avevano reso attento sul fatto che egli fosse assai ansioso, essi nulla gli avevano riferito sulla sua tolleranza al male (che per la dott.ssa J_____ era altissima, cfr. doc. 3.3.). L'accusato non aveva motivi quindi di andare oltre un semplice accenno, come avvenuto, sui dolori che era lecito attendersi.

Il dott. N_____ ha confermato che nei colloqui preparativi l'accusato disse alla parte civile che avrebbe sentito una sensazione di calore e di formicolio nella gambe ma che sarebbe durata al massimo pochi minuti (doc. 3.4.). Lo stesso teste ha corretto il tenore di tale affermazione davanti a questo giudice, precisando che il dott. ACCU 1 disse che durante l'intervento il paziente avrebbe potuto avere dolori al momento dell'introduzione del mezzo embolizzante, anche acuti, che potevano durare qualche minuto a seguito di ischemie transitorie. Il dolore indicato doveva essere contenuto nel tempo, dovuto alla tecnica dell'intervento. Fa male, ma poi passa.

CIVI 1, del resto, ha chiesto, ottenendo risposta, quali dolori avrebbe potuto aspettarsi ancora una volta steso sul lettino d'ambulatorio. Si riporti in merito le parole del tecnico D_____ (doc. 3.7.): «l'agitazione del paziente andava aumentando man mano che si avvicinava l'inizio dell'intervento. CIVI 1 continuava a chiedere se l'intervento faceva male oppure no e ripeteva questa domanda in continuazione, chiedeva della durata dell'intervento. Inoltre quando abbiamo iniziato a toccarlo è subentrata anche una certa agitazione motoria».

La parte civile medesima ha affermato che, fatta salire la sonda il dott. ACCU 1 gli ha detto «siamo pronti, adesso sentirà un po' di caldo e di dolore, ma poi passerà» (doc. 3.2.).

L'istruttoria ha poi permesso, ancora una volta, di inserire nel giusto contesto e nella corretta temporalità i dolori, che, normalmente, il paziente avrebbe dovuto provare e che il medico doveva attendersi avrebbe provato.

Per i periti giudiziari l'iniezione del mezzo di contrasto produce solo una sensazione di calore per la durata di 10/15 secondi; l'iniezione di soluzione glucosata al 40 % produrrà una reazione dolorosa localizzata all'arteria riempita di soluzione; l'iniezione della sostanza embolizzante Ethibloc, a base di alcol, produce un dolore spiccato (doc. 4.6., pag. 2; cfr. anche perizia di parte, doc. 5.3., pag. 5). Il verbale del dibattimento riporta poi la seguente frase del prof. R_____ : «L'iniezione del mezzo embolizzante richiede pochi minuti, anche mezzo minuto».

Il momento specifico in cui la parte civile avrebbe potuto provare forte dolore era quindi limitato a un paio di minuti su un intervento di quasi due ore. Dettagli ulteriori non era dovuti, già solo per non impressionare oltre un paziente che gli era stato riferito essere particolarmente ansioso.

9.6. Minima disamina merita l'accusa di non aver informato il paziente sull'usuale associazione all'intervento di fenomeni ischemici transitori (DA punto 1 f).

La frase pronunciata dal dott. N_____ al dibattimento comprova il contrario. Sia riportata nuovamente: «il dott. ACCU 1 disse che durante l'intervento il paziente avrebbe potuto avere dolori al momento dell'introduzione del mezzo embolizzante, anche acuti, che potevano durare qualche minuto a seguito di ischemie transitorie».

9.7. Il Procuratore Pubblico vede altro motivo di condanna per la mancata informazione sul rischio di embolizzazioni indirette, non volute e imprevedibili contestuali all'intervento (DA punto 1 g).

Non può essere sottaciuto che la formulazione stessa nel decreto d'accusa ove si fa uso dell'aggettivo «imprevedibile» sembrerebbe scagionare già di per sé l'accusato, che non poteva dare informazione su qualcosa che non era preventivabile.

La frase è stata testualmente riportata, per paradosso, dalla perizia di difesa (doc. 5.3.), ove al punto 2, a pag. 4, in fine, si menziona che «il medico deve decidere di caso in caso se procedere con delle spirali metalliche o con un mezzo di embolizzazione liquido. Di regola questa decisione non può essere fatta a priori, visto che la situazione vascolare degli afferenti e efferenti dal sacco aneurismatico può essere valutata solo al momento dell'iniezione del mezzo di contrasto nel sacco aneurismatico. Questa decisione può essere ulteriormente complicata da un cambiamento improvviso del flusso durante l'embolizzazione», per concludere, per l'appunto, precisando che «ciò può comportare

un'embolizzazione indiretta non voluta e imprevedibile.

Senonché lo stesso dott. P_____ al dibattimento, con nota a verbale (pag. 8), ha voluto precisare la sua affermazione: «Nel 2001 il fatto che il cambiamento del flusso durante l'embolizzazione potesse comportare un'embolizzazione indiretta non voluta e imprevedibile non era noto. Tale rischio allora non era conosciuto».

E quindi non poteva essere menzionato al paziente.

Ma più di tutto conta il dicitto dei periti giudiziari che, a precise domande, rispondono nella loro delucidazione di perizia (doc. 4.6., ad domande 3a, 3b e 3c, pag. 5), che il medico non avrebbe potuto informare il paziente dei rischi di una lesione ischemica poiché un simile evento non era «riportato in letteratura» e quindi non «a conoscenza degli operatori», «non prevedibile», «per cui non era possibile comunicarlo al paziente».

9.8. Ne deriva che il consenso dato al paziente precedentemente all'operazione era adeguatamente informato, come del resto testualmente affermato al dibattimento dal teste dott. N_____, che sempre è stato presente «accanto» a CIVI 1: «i tre colloqui sono bastati per formare il consenso del paziente». Tale affermazione rafforza, in modo decisivo, la disamina sin qui effettuata sul consenso informato.

9.9. Ciò che va ora esaminato, alla luce del capo d'imputazione secondo cui l'accusato avrebbe «proseguito con l'intervento malgrado CIVI 1 avesse lasciato intendere di non voler continuare e malgrado i suoi forti dolori» (DA punto 1 g) è se, dato preliminarmente il consenso all'operazione, egli lo abbia ritirato.

Sia evidenziato che la stessa indicazione nel decreto d'accusa secondo cui la parte civile non ha esplicitato, reso chiaro il proprio volere all'interruzione, ma lo ha solo «lasciato intendere» pare far credere che nemmeno l'accusa abbia fatto fede alle dichiarazioni troppo «estreme» in questo senso rilasciate dalla parte civile.

E d'uopo a questo punto introdurre una parentesi sul ruolo avuto dai due medici di fiducia, dott. N_____ e J_____, che, come visto, hanno marcato attiva presenza in tutti i momenti relativi all'intervento, addirittura da ancora prima che il paziente venisse a conoscenza della problematica medica, considerato che la dott.ssa J_____ ha dichiarato di essere stata la prima ad aver saputo della scoperta della presenza dell'endoleak. I due hanno parlato con il caporeparto radiologia, chiedendogli consiglio. Essi, poi, sono stati sempre presenti negli atipicamente lunghi e ripetuti colloqui con il dott. ACCU 1, fungendo da interpreti dalla lingua tedesca e assicurandosi di persona, ponendo numerose domande nella lingua materna dell'accusato, sulla validità dell'intervento. Alla ricerca di un ulteriore parere il dott. N_____ ha contattato il prof. Ma_____ di Z_____ e, invano, il dott. Bl_____ (doc. 3.4.).

Infine i due si sono presentati in ambulatorio accanto al paziente. Ciò ha suscitato la sorpresa dei due tecnici di radiologia C_____ (doc. 3.6: «è stata la prima e ultima volta che ho visto un paziente farsi accompagnare da due medici di sua fiducia») e D_____ (doc. 3.7.: «non mi era mai capitato prima di vedere un paziente accompagnato da due suoi medici per un intervento»). Anche per l'accusato trattavasi di una «prima» e a ragione ci si può chiedere come egli, da soli tre mesi a L_____, potesse intendere lì la partecipazione di due professionisti che con lui avevano direttamente e ripetutamente «trattato» di quell'intervento.

Il dott. N_____ ha spiegato la sua presenza e quella della dott.ssa J_____ come ■un servizio in più ad un paziente particolarmente ansioso■, ricordando che egli già era stato accanto a CIVI 1 sia quando era stato operato di appendicite sia quando gli era stato messo lo stent e che entrambi speravano così di diminuire lo stato d'■ansia, ■superiore alla media■, del paziente.

Essi gli si sono posti ognuno a un lato, tenendolo e tranquillizzandolo. ■Tutto quanto riguardava la gestione del paziente e delle sue ansie veniva fatto dalla dott.ssa J_____, la quale gli parlava cercando di tranquillizzarlo■ (verbale C_____, doc. 3. 6). La parte civile riteneva la loro presenza come rassicurante e competente: ■Ricordo che il paziente era molto teso nel senso che presentava una certa agitazione motoria ed inoltre si vedeva nel suo comportamento generale. Spesso si rivolgeva alla dott.ssa J_____ che era rimasta vicina a lui chiedendo informazioni a sapere se quello che si faceva era giusto e se andava tutto bene■ (verbale C_____, doc. 3.6.).

I due medici di fiducia erano lì quindi come professionisti del ramo prima che come amici di CIVI 1 e come tali erano percepiti sia dalla parte civile medesima che, a maggior ragione, dall'■accusato. I due medici hanno rivestito parte attiva, pur logicamente limitata, andando oltre a quello che sarebbe stato il ruolo che in un caso simile avrebbe potuto svolgere un semplice amico o parente.

Sull'■intervento così si è espresso l'■accusato nel suo primo interrogatorio davanti al magistrato inquirente (doc. 2.1.): ■Il paziente dall'inizio continuava a lamentarsi e a chiedermi quanto sarebbe durato ancora l'■intervento. Io a mia volta cercavo di tranquillizzarlo, di avere pazienza e che tutto sarebbe terminato presto. Ricordo che già subito all'inizio CIVI 1 si lamentava ed alzava ripetutamente dal lettino manifestando da un lato la sua paura e dall'■altro la volontà di comunque eseguire l'■intervento in questione. E ciò è continuato sull'■intero intervento. Io gli ho ripetutamente offerto la possibilità di smettere quando voleva. I suoi medici di fiducia allora intervenivano per tranquillizzare il paziente e per finire lui diceva di andare in avanti. Va detto che mentre esprimeva la sua paura può aver detto anche che non voleva più continuare, ricredendosi però subito dopo; era un continuo dire e disdire. Gli ho offerto anche la possibilità di smettere prima di effettuare la seconda puntazione inguinale■.

In merito al momento in cui CIVI 1 ha iniziato a lamentarsi dei dolori le testimonianze non sono del tutto univoche; sta di fatto che tutti concordano che egli li palesò già durante gli atti compiuti dalla parte sinistra.

Anche sulla loro intensità i testi hanno riferito con sfumature diverse, anche se a tutti è parso evidente che per come il paziente li manifestava dovevano essere rilevanti. I due medici di fiducia si trovano d'■accordo sul fatto che la punta massima di dolore sia stata raggiunta al momento dell'■embolizzazione dell'■ultima parte, quella destra (la dott.ssa J_____ parla di ■dolori atroci■, il dott. N_____ di ■dolori fortissimi■).

In tal senso potrebbe quindi essere letto il referto d'■intervento 12.04.01 in cui il dott. ACCU 1 (all. 2 alla querela), certo con approssimazione semplicistica, ha riportato che ■il paziente presentava dolori al termine della procedura, non differenziabili tra un'■eziologia dovuta la glucosio 40 % ed una a seguito dell'■embolizzazione■.

La parte civile ha sostenuto di aver perso la sensibilità alle gambe già dopo le prime iniezioni nella parte sinistra, quindi nella prima fase dell'■intervento. Le sue affermazioni

sono però smentite dai due tecnici, i quali hanno sottolineato come ■ripetutamente durante l'■intervento■ si dovesse intervenire per ■abbassare■ e ■tenere ferme le gambe del paziente che si agitava■ e che ■al dolore si accompagnava la sua continua agitazione motoria; egli si muoveva sul tavolo■ (verbale D _____, doc. 3.7.; così anche in aula; cfr. anche verbale C _____, doc. 3.6).

Sia come sia l'■accusato di fronte a tanta manifestazione di dolore, attesa nei momenti corrispondenti alle iniezioni, ma che aveva stupito tutti per l'■intensità (cfr. verbale dott.ssa J _____, doc. 3.3: ■CIVI 1 inizia a lamentare forti dolori alla gamba sinistra, al sedere; diceva che era come se gli stesse bruciando, scoppiando quella zona. Io chiesi al dott. ACCU 1 se questo era normale■; dott. N _____ al dibattimento: ■nella prima mezz'ora il paziente non ha segnalato particolari dolori, poi il suo lamento è stato continuo, senza regredire. Il dolore di CIVI 1 era importante; era una sofferenza inaspettata■), ha sospeso l'■intervento dopo aver proceduto all'■embolizzazione dell'■endoleak per quanto possibile ■salendo■ dalla parte sinistra e prima di procedere ad otturare quanto mancava introducendo il catetere dalla parte destra (essendo indiscutibilmente impossibile effettuare un ■cross-over■; cfr. dichiarazione del prof. R _____ riportata a pag. 7 del verbale del dibattimento). A quel punto l'■accusato, per prudenza, ha effettuato un controllo angiografico delle arterie delle gambe che non ha rivelato nulla di anomalo. Lo ha confermato la dott.ssa J _____ nel verbale di cui al doc. 3.3. (■risultò in ordine■) e ancora di viva voce, precisando di averlo constatato di persona sul monitor.

C'è da chiedersi se a questo punto l'■accusato avesse dovuto interrompere l'■intervento, in altre parole se egli avesse dovuto ritenere ritirato il consenso da parte del paziente, il quale, (ad avviso del dott. N _____) sempre ■sveglio e lucido■, ■chiese esplicitamente di interrompere l'■intervento, dicendo ■che si poteva farlo un'altra volta e che lui non sopportava il dolore■ (per la dott.ssa J _____, cfr. doc. 3.3., che in aula ha ■rincarato■ parlando di implorazione). Il dott. N _____ nel suo verbale ■a caldo■ (doc. 3.4.) è più tenue: ■CIVI 1 che palesemente aveva ancora dolori disse qualcosa tipo ■aspettiamo■ o ■smettiamo■ o ■facciamolo un'altra volta■. Il diretto interessato si è così espresso: ■Mi disse poi che mi doveva bucare anche la femorale destra perché da sinistra non ci arrivava. Io gli dissi subito che la destra non l'avrei fatta perché sentivo troppo male. Il dott. ACCU 1, dopo una pausa di 5-10 minuti, che era meglio continuare e completare l'■intervento: cosa che egli fece. Io ero talmente demoralizzato che non riuscii ad oppormi con sufficiente forza e lui continuò■ (doc. 3.2.).

Per rispondere al quesito parrebbe sufficiente riportare, di nuovo, quanto affermato dai due medici di fiducia sui momenti topici, e meglio sulle parole e sulle richieste formulate in quel particolare contesto dalla parte civile in merito alla volontà di voler vedere concluso l'■atto medico prima di procedere dalla parte destra. Si lasci allora spazio al dott. N _____: ■noi due, cioè il sottoscritto e la dott.ssa J _____ non intervenemmo a far smettere il dott. ACCU 1; anzi abbiamo pronunciato parole rassicuranti, dicendo a CIVI 1 che non si poteva interrompere l'■intervento a metà e che era meglio portare a termine l'■operazione. Detto questo mi pare di poter dire che l'■alt espresso dal paziente e debitamente contestualizzato non apparve come la lucida e ferma volontà dello stesso paziente di interrompere l'■operazione tanto è vero che il dott. ACCU 1 continuò ad operare e nessuno dei presenti intervenne per sospendere quanto in atto■. La dott.ssa J _____ al processo ha riferito che dopo la pausa i dolori del paziente ■si erano un po' calmati; non

mi sono più opposta perché mi sono fidata che tutto andava bene e, anzi, ho incoraggiato CIVI 1 a resistere.

Ma v'è di più.

D_____ ha confermato che a un certo punto il dott. ACCU 1 aveva offerto di interrompere l'intervento chiedendo agli altri cosa facciamo?, poi hanno iniziato a parlare in tedesco e per finire hanno continuato l'intervento e ancora che durante l'intervento i tre medici parlavano molto tra loro in tedesco (...) I tre discussero tra loro anche quando a più riprese nel corso dell'intervento si discusse dell'eventualità di interrompere l'intervento. I due medici che accompagnavano CIVI 1 intervennero più volte sul paziente per tranquillizzarlo e invitarlo ad andare avanti con l'intervento (doc. 3.7.; cfr. anche verbale C_____, doc. 3.6.). Anche agli occhi del tecnico i due medici di fiducia svolgevano un ruolo attivo, che così era percepito anche dall'accusato. In aula D_____ ha aggiunto che i due medici dissero di continuare e ha ricordato che in altre occasioni il dott. ACCU 1 (con cui ha avuto modo di collaborare in oltre un centinaio di interventi) non aveva esitato ad interrompere l'intervento quando il paziente ha troppo male o ci sono delle complicazioni.

L'accusato ha spiegato dal vivo di aver discusso di smettere l'intervento, ma che sembrava ragionevole continuare con un paziente così che si era lamentato dal primo minuto e i cui richiami al dolore, pur se si dimostrava eccessivo, apparivano in momenti previsti (iniezioni) e, anche dopo il controllo angiografico, sembravano dovuti alla sua intolleranza.

La particolare ansietà e il generale timore del paziente erano stati segnalati al dott. ACCU 1 che quindi poteva ragionevolmente attendersi reazioni più animate, come avvenuto, in quei momenti.

Il tecnico C_____ conferma che l'agitazione del CIVI 1 era sicuramente superiore alla media dei pazienti che ho avuto modo di vedere e direi che addirittura si è trattato di un caso eccezionale (doc. 3.6). Sulla stessa lunghezza d'onda D_____: CIVI 1 era sicuramente più agitato e più preoccupato della media dei pazienti che vediamo normalmente; nella mia carriera non ho visto molti pazienti agitati come lui(...)egli si muoveva sul tavolo (doc. 3.7), attestando di esplicita voce di un'agitazione mai vista in un paziente molto sensibile.

D'altronde - ha sostenuto non a torto l'accusato - i due medici sapevano che il paziente presentava queste caratteristiche e avrebbe potuto reagire in tal modo, altrimenti non si sarebbe spiegata la loro presenza. Di poi - ha riferito il dott. ACCU 1 - la presenza dei due medici, che tenevano il paziente e con cui aveva preparato nei precedenti colloqui, in tedesco, l'intervento - lo aveva portato a continuare.

L'accusato non aveva quindi motivo di smettere, in quel contesto ove il paziente continuava a lamentarsi ben oltre la media e palesava particolare dolore in momenti attesi, dopo aver fatto, per e con prudenza, un controllo angiografico e avere reso a conoscenza della dott.ssa J_____ (che l'ha ammesso) le risultanze (che nulla di anormale segnalavano). In nessun modo poi i due medici-amici, accortisi che lui non aveva percepito la reale volontà del paziente, gli avevano significato che questa andava rispettata. Si richiamino di nuovo le parole del dott. N_____: Con la dott.ssa J_____ ci siamo guardati, ma nessuno dei due ha detto di smettere e mi pare di poter dire che l'alt

espresso dal paziente e debitamente contestualizzato non apparve come la lucida e ferma volontà dello stesso paziente di interrompere l'operazione tanto è vero che il dott. ACCU 1 continuò ad operare e nessuno dei presenti intervenne per sospendere quanto in atto (doc. 3.4.).

D_____, che non ha interesse di sorta a non dire la verità ed è con il suo collega tecnico persona sicuramente neutra, anche dal profilo emotivo e della suggestione, riferisce che i due medici che accompagnavano CIVI 1 intervennero più volte sul paziente per tranquillizzarlo e invitarlo ad andare avanti con l'intervento (doc. 3.7).

Infine la dott.ssa J_____ ha indicato che capì che CIVI 1 aveva dei dolori atroci quando il dott. ACCU 1 iniziò ad iniettare il liquido otturante dalla parte destra, allorché tuttavia era troppo tardi per fermare l'intervento, a quel punto di fatto (quasi) terminato.

Non si tratta di sussumere il consenso come mediato da terzi: il consenso era stato dato prima dell'intervento, durante il quale poi il paziente, sempre rimasto lucido, non ha ritirato. Evidentemente nemmeno i due medici di fiducia hanno inteso un'effettiva volontà di interrompere tutto da parte di CIVI 1; se così fosse avrebbero dovuto, se del caso (ma non lo era), tanto più perché medici e quindi cogniti dei doveri professionali, significare all'accusato che non doveva continuare senza il consenso del paziente. Mal si comprende quindi il dott. N_____ quando definisce inadeguata la propria posizione di fronte all'intervento; qui non si trattava di comprendere cosa stava succedendo, ma più semplicemente di valutare se il paziente desiderava ritirare il consenso all'intervento. E i due medici di fiducia, che ben conoscono e conoscevano il paziente e la sua (in)tolleranza, non hanno ritenuto fosse il caso. Non si vede perché il dott. ACCU 1, per quantodominus nella sala, avrebbe dovuto ritenere, in quelle circostanze, il contrario.

Una chiosa finale s'impone, essendo stata avanzata l'idea che l'accusato aveva un interesse particolare a proseguire l'operazione su CIVI 1.

Il dibattito ha consegnato agli occhi del giudice un accusato che non fa della carriera professionale un punto d'arrivo ad ogni costo, così che il prestigio di essere il primo a portare a termine un intervento su endoleak tipo II in Ticino e di essere citato su qualche rivista specializzata non sembra poter essere stata una molla che avrebbe potuto spingerlo a continuare, allorché altre volte, per D_____, non aveva esitato a fermarsi. Si ricordi che egli ha lasciato l'Ospedale poiché lì non poteva ridurre dell'80% la sua attività per occuparsi d'altro: stretti insomma gli calzano i panni dell'arrivista. Escluso va anche uno stimolo economico atteso che egli era stipendiato, senza bonus sugli interventi effettuati e che, anzi, egli si era disponibile per molto più del tempo che usualmente si dedica per i colloqui precedenti le operazioni (in aula egli ha evidenziato come la cassa malati garantisca la copertura di un colloquio con il paziente limitatamente a 15 minuti, massimo 30 minuti per interventi complessi, quando lui gli aveva dedicato un totale di circa tre ore in tre ravvicinate occasioni).

Si giunge a conclusione che il consenso informato non è mai stato ritirato.

9.10. Sussistendo il consenso informato del paziente ab initio e non essendo lo stesso mai venuto meno, il dott. ACCU 1 va prosciolto dall'accusa di lesioni semplici, sia per intenzione che per negligenza.

10. L'accusa rivolta al dott. ACCU 1 è anche di lesioni colpose graviper avere provocato alla parte civile una lesione del plesso lombare di natura ischemica con relative paresi (DA punto 2).

Per valutare se il medico ha agito con la diligenza richiesta o se è incorso in un errore professionale (errore di trattamento) è irrilevante si tratti di responsabilità civile o penale poiché in entrambi i casi il metro di misura dell'imprudenza è il medesimo (Schultz, op. cit., pag. 101).

Anche se il paziente ha dato il suo consenso, l'intervento sarà illecito in caso di violazione delle regole dell'arte medica (DTF 115 Ib 181, cons. 2b; DTF 113 Ib 423, cons. 2). In effetti, il medico è tenuto di rispettare le regole dell'arte, al fine di proteggere la vita o la salute del paziente; in particolare, deve osservare la diligenza richiesta, determinata secondo dei criteri oggettivi. La nozione di illiceità raggiunge qui quella di violazione del dovere di diligenza, applicata in materia di responsabilità contrattuale (DTF 115 Ib 180 cons. 2b, p. 180; 120 Ib 413, cons. 4a).

Le regole dell'arte medica si definiscono come i principi stabiliti dalla scienza medica, generalmente riconosciuti ed ammessi, comunemente seguiti e applicati dai medici (DTF 64 II 205 cons. 4a; 108 II 59 cons. 1). A questo proposito bisogna ricordare che il medico ha come missione quella di cercare di arrivare al risultato sperato facendo capo alle proprie conoscenze e alle proprie capacità. Ciò non significa che debba arrivare ad un risultato o che sia tenuto a garantirlo. Le esigenze legate al dovere di diligenza del medico non possono essere determinate in maniera generale e astratta perché dipendono dalle circostanze di ogni caso: criteri decisivi sono il genere dell'intervento, il suo trattamento e i rischi che ne derivano, il margine di apprezzamento e il tempo di cui dispone il medico, così come la formazione e le capacità che si possono oggettivamente attendere da lui.

Il medico dispone di un certo margine di apprezzamento tra le diverse possibilità di diagnostica o di terapia che entrano in considerazione e la scelta alla quale procede deve richiedere tutta la sua attenzione. Una violazione delle regole dell'arte medica è realizzata allorquando un atto medico non è difendibile per la scienza: il medico non risponde di un apprezzamento erroneo che se quest'ultimo non è difendibile o se si fondava su un esame oggettivamente insufficiente (TF 4P.110/2003 del 26.8.2003, cons. 4; DTF 120 Ib 413, cons. 4a).

Da un medico può essere soltanto preteso che applichi al suo paziente la terapia che, secondo lo stato delle conoscenze mediche da lui acquisibili al momento risulti essere la migliore o, nel caso vi siano più terapie idonee, una delle migliori (Schultz, op. cit., pag. 101).

Un comportamento viola i doveri di prudenza quando l'autore, al momento dei fatti, avrebbe potuto, tenuto conto delle sue conoscenze e delle sue capacità, rendersi conto della messa in pericolo altrui e ha contemporaneamente oltrepassato i limiti del rischio ammissibile (DTF 127 IV 62 cons.2d; 126 IV 13 cons. 7a/bb e rif.; Trechsel, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Kurzkomentar, 2a ed., Zurigo 1997, nn. 28a e 33 ad art. 18 CP).

Per determinare precisamente quali sono i doveri imposti dalla prudenza, ci si può riferire alle disposizioni legali emanate a salvaguardia della sicurezza e della prevenzione degli incidenti (DTF 127 IV 34 con. 2a e riferimenti) oppure, ove queste non siano date, a regole

di comportamento unanimemente riconosciute, anche laddove esse sono state emanate, rispettivamente fissate, da organizzazioni di natura privata o semiprivata e non rappresentano norme giuridiche in senso stretto,

Determinanti per l'esame dell'operato di un dottore risulta pure essere, d'altro canto, il suo dovere nodale di agire nel pieno rispetto delle regole dell'arte medica e dei principi umanitari, in base ai quali egli ha l'obbligo di fare tutto il possibile per curare il paziente e di evitare tutto quanto potrebbe nuocergli, senza che, ovviamente, possa essere preteso che il suo intervento abbia successo (DTF 130 IV 8, cons. 3.3).

I termini di una lesione dei propri doveri non devono essere estesi al punto da comprendere qualsiasi atto od omissione del medico, che sulla scorta di una valutazione fatta a posteriori, hanno cagionato un danno alla salute di una persona o avrebbero permesso di evitarlo (DTF 57 II 196 cons. 3). Il medico non deve genericamente rispondere per ogni pericolo e rischio connessi con ogni intervento medico o con la malattia. Inoltre non va dimenticato che egli deve poter disporre di un irrinunciabile spazio decisionale sia nella formulazione delle diagnosi che nella scelta delle terapie o di altre misure specifiche, che gli consente di scegliere tra le differenti opzioni che entrano in linea di conto nelle singole fattispecie. Egli infrange i suoi doveri solo ove prende delle decisioni che in base a criteri cardine della scienza medica non risultano essere oggettivamente sostenibili (DTF 120 Ib 411 cons. 4a).

Qualora venisse appurata la sussistenza di un errore medico dovrà seguire l'esame dell'esistenza di un nesso di causalità adeguata fra lo stesso e la conseguenza patita da CIVI 1.

10.1. Secondo l'accusa il medico ha agito con negligenza provocando lesioni gravi scegliendo di impiegare un mezzo embolizzante (Ethibloc) non abbastanza sperimentato per il trattamento di endoleak tipo II e, quindi, di incerta portata riguardo ai rischi.

Va data risposta alla domanda tesa a sapere se la terapia scelta, in specie qui il mezzo embolizzante utilizzato, fosse adeguata secondo lo stato delle conoscenze mediche nell'aprile 2001 e risultasse quindi la migliore soluzione o, nel caso più soluzioni idonee, fosse una delle migliori.

Gli atti formanti l'incarto e il dibattimento hanno permesso di rilevare che la cura dell'endoleak non suscita l'unanimità relativamente al mezzo da utilizzare per l'otturazione.

Univoca è però risultata la voce di tutti nell'affermare che l'impiego di un mezzo embolizzante piuttosto che un altro è legato all'esperienza e alla pratica del singolo operatore rispettivamente all'area geografica di formazione professionale. Altro criterio per la scelta dell'embolizzante è il territorio vascolare e più in generale l'anatomia del paziente.

I periti giudiziari hanno indicato che l'Ethibloc non è in uso negli Stati Uniti né in Italia, mentre viene normalmente utilizzato in Germania, in Svizzera, in Inghilterra e in Francia.

Sui mezzi embolizzanti il prof. R. _____ ha parlato in perizia di spirali (coils), di particelle di PVA, Embosphere, Onyx, Hystoacril, Ethibloc, etc. (doc. 4.6., pag. 2); al dibattimento di spirali (coils), di particelle solide impregnate di materiale sclerotizzante, anche di Ethibloc (pur non in caso di endoleak di tipo II), specificando di preferire l'uso di particelle solide all'uso di qualsiasi mezzo collante. Così richiesto egli ha affermato di aver eseguito personalmente tre o quattro interventi su endoleak, prima di lasciare spazio ai

giovani■.

Al giudice è risultato utile ■testare■ anche l■esperienza in merito del dott. P_____, il quale per quanto perito di parte è indubbiamente uno specialista nella materia, qui chiamato a rispondere a una questione oggettiva: egli, formato negli Stati Uniti ove l■Ethibloc non si trova, ha specificato di trattare gli endoleak soprattutto con spirali e Hystoacryl (usando il quale gli è successo proprio nel 2001 un caso di ischemia simile a quello qui in giudizio), ma anche di aver già fatto capo all■Ethibloc, a suo sapere impiegato ■in casi identici a quello in discussione■ in centri in Germania e a Ba_____ (cfr. anche doc. 5.3., pag. 6 e doc. 5.6., pag. 3). Egli ha tacciato di ■metodo antiquato e superato■ il richiamo alle particelle solide espresso dal perito giudiziario.

Da parte sua l■accusato ha indicato di aver utilizzato di volta in volta o le spirali metalliche (coils) o diverse ■colle■ come l■Ethibloc, valutando il mezzo più adatto di volta in volta, di regola non prima dell■intervento, ma solo una volta messa a fuoco la mappa vascolare del paziente con l■angiografia.

Egli ha affermato di avere usato l■Ethibloc quando opportuno, ancora dopo quanto accaduto nell■aprile 2001, tenendo a smentire di essere ■l■uomo dell■Ethibloc■, avendolo adoperato nella minoranza dei casi di embolizzazione effettuati; in altre contingenze, quando ciò costituiva soluzione possibile, egli ha applicato le spirali. Nel caso specifico a suo dire l■uso delle spirali non avrebbe portato risultato: l■endoleak aveva quattro collegamenti, due gli portavano sangue, altri due lo facevano uscire. Le spirali servono a chiudere (tre di) questi vasi nella prossimità dell■endoleak, tuttavia nel caso non si poteva superare l■inginocchiamento di un vaso con il catetere ■di emissione■ (il più piccolo a quei tempi, indicato nella misura di tre French) al cui interno vi era una guida a guisa di anima, basandosi la radiologia interventistica sul sistema coassiale.

A difesa della propria scelta, si è così espresso l■accusato, avanzando in fine un■ipotesi a spiegare quanto accaduto (doc. 6.17): ■Rispetto ad altre sostanze embolizzanti l■Ethibloc ha un tempo di indurimento più lungo, necessario per arrivare all■endoleak attraverso delle ghirlande di vasi non superabili dal catetere. Altra caratteristica positiva dell■Ethibloc è l■alta tensione di superficie. Questa permette la formazione di piccole gocce che avanzano nei vasi. Nell■endoleak le gocce tendono a raggrupparsi in un■unica grande goccia. Ciò che è utile nel caso la sostanza fosse spinta dalla circolazione sanguinea in un vaso efferente. La grande goccia si blocca presto e non raggiunge i vasi più periferici. (...)Sembra che la complicazione per il paziente sia stata provocata dal fatto che la goccia si è imprevedibilmente rotta ed è uscita dall■endoleak■.

Il perito prof. R_____ ha confermato al dibattito che sussistono a volte situazioni tecniche che non permettono di agire con le spirali e quindi si può dovere far uso di collante, anche se con un rischio maggiore per la difficoltà di controllo, non potendo dire con le lastre a disposizione se quella in esame era una di queste situazioni. Peraltro è il caso di sottolineare che anche nella perizia scritta (doc. 4.4, pag. 17) la scelta dell■Ethibloc non era stata condannata, ma indicata come ■non del tutto condivisibile■.

Insomma, né l■accusa né i periti giudiziari hanno potuto convincere il giudice che nel caso concreto l■Ethibloc non costituisse un mezzo indicato; anzi, l■impressione tratta da quanto emerso al dibattito conduce al contrario.

Ciò non fosse sufficiente agli atti è stata prodotta documentazione scientifica posteriore alla data dell'intervento CIVI 1 che sempre riporta l'Ethibloc come uno dei mezzi ideali all'embolizzazione di endoleak di tipo II:

- da un estratto dal testo **Vascular Embolotherapy** redatto dai dott. David Valenti del Royal Victoria Hospital di Montreal e dott. Jafar Golzarian della University of Iowa Health Care, edito nel 2006 al capitolo 14 (**Endoleak: Definition, Diagnosis and Management**), si legge che per la cura degli endoleak di tipo II è noto, oltre alle spirali, l'uso con successo di più agenti, quali Onyx, Ethibloc, trombina e Cyano-acrylate. Il testo, praticamente identico, era già apparso nel 2005 in un articolo intitolato **Endoleakage after endovascular treatment of abdominal aortic aneurysms: diagnosis, significance and treatment**;
- dall'articolo del 2002 **CT-Guided Percutaneous Embolization of a Lumbar Artery maintaining a Type II Endoleak**, opera di più dottori dell'Ospedale Universitario di Basilea ed edito dalla International Society of Endovascular Specialists, si evince che sussistono più e differenti tecniche per l'otturazione di endoleak di tipo II. Nel caso concreto ivi indicato è stato utilizzato Ethibloc miscelato con Lipiodol;
- dall'articolo apparso nel 2002 su **Radiologie up2date** per opera di tre esperti della Medizinische Hochschule di Hannover e intitolato **Endoluminale Versorgung von Bauchortenaneurysmen**, si deduce, a pag. 80, che il trattamento dell'endoleak di tipo II va fatto per mezzo di spirali, se possibile, oppure per il mezzo di sostanze come l'Ethibloc.

10.2. Sempre per lesioni colpose gravi viene accusato il dott. ACCU 1 per avere provocato l'ischemia alla parte civile procedendo ad una cateterizzazione non abbastanza superselettiva dei soli rami che contribuivano alla formazione dell'endoleak e/o preparando in modo inadeguato il mezzo embolizzante (troppo liquido/troppo fluido) e/o attuando una pressione troppo elevata nell'iniettare il mezzo embolizzante, ritenuto che di conseguenza, Ethibloc e Lipiodol (mezzo di contrasto) si sono propagati ad altre regioni determinando un'embolizzazione diffusa dei rami periferici delle arterie lombari.

La difesa ha sostenuto nella sua arringa che questo fosse un capitolo **figlio dei periti**, secondo cui la complicazione richiama forzatamente l'errore medico.

Il perito prof. Bo_____ in aula ha precisato a più riprese che **alla luce della mancanza di dati iconografici certi non potevano che essere avanzate delle ipotesi**. Gli ha fatto eco il collega prof. B_____: **la complicazione imprevedibile non è da caricare al medico se egli ha agito secondo le regole dell'arte**. Ma nel caso non lo sappiamo e ci sono dubbi in merito riguardo alla posizione del catetere, alla possibile pressione eccessiva e sulla fluidità del mezzo embolizzante. Uno o più di questi tre casi forse si è avverato.

Oscure sono rimaste quindi le sicure cause dell'ischemia ai plessi patita dalla parte civile. Se i periti giudiziari nei loro referti hanno insistito sulla cateterizzazione troppo poco selettiva, una volta in aula e evidenziato che le lastre su cui basavano i loro assiomi erano in realtà diagnostiche e quindi non mostravano in nessun modo la posizione del catetere al momento dell'embolizzazione, essi hanno avanzato due nuove ipotesi, che tali sono rimaste e che l'accusa ha ritenuto di inserire in limine litis nel decreto d'accusa poco prima della chiusura dell'istruttoria, imputando non un atto preciso, ma una serie di atti ipotetici in forma alternativa e/o cumulativa.

Ciò dimostra come nessuno, tanto meno il collegio peritale, abbia potuto giungere sulla base degli atti ad affermazioni certe o che perlomeno non lasciassero più di un dubbio al

giudice.

Il giudice fa capo al parere di esperti nel ramo, a cui affida il compito di identificare i precetti di prudenza che si imponevano in una data situazione (DTF 106 IV 264 cons. 1).

Tuttavia tali precetti qui non sono stati individuati: i periti, sulla base degli atti, non hanno potuto che formulare delle mere ipotesi, partendo dal ■risultato■ finale.

Pur se su un piano giuridico diverso, il caso presenta analogie con quello riportato nella sentenza TF 4P.110/2003 del 26.8.2003, in cui esaminando la possibile violazione delle regole dell'arte medica di cui avrebbe dovuto rispondere l'accusato, il Tribunale amministrativo del Canton Neuchâtel aveva statuito di non essere in grado di determinare la causa della lesione di un nervo otturatore patita da un paziente. Nella fattispecie i periti non erano riusciti a focalizzare a quale preciso atto medico potesse essere imputabile la conseguenza della lesione nervosa né gli esperti erano stati in misura di definire le precise precauzioni che il medico avrebbe dovuto prendere per evitare la realizzazione dell'evento.

10.2.1. Una delle censure dei periti giudiziari, su cui in aula si è molto dibattuto, riguardava la facoltà nel caso concreto che avrebbe avuto l'accusato di andare oltre al punto in cui ha posizionato il catetere per l'embolizzazione, fra i vasi sanguigni, utilizzando un catetere più fine (che il perito prof. R. _____ ha indicato già esistere a quel tempo) per giungere a ridosso dell'endoleak facendo uso così delle spirali (citate come più ■sicure■).

Il dott. ACCU 1 ha affermato di aver usato una guida finissima, di 0.5 mm, ma di aver incontrato ostacoli nel superare, nelle ghirlande di vasi, un ■ingincchiamento■, che di fatto impediva di raggiungere direttamente l'endoleak; ciò ha reso necessario l'uso di un collante.

Una volta posizionato il catetere nella zona più prossima possibile all'endoleak, l'operatore ha indicato di aver rilasciato dal lume la sostanza embolizzante, la cui viscosità è ■manipolata■ con il mezzo di contrasto (in caso Lipiodol), così da renderlo anche visibile sullo schermo della macchina fluoroscopica.

Le gocce dell'Ethibloc - ha spiegato l'accusato - fuoriescono dal lume in forma cilindrica e ad una ad una attraverso il vaso e portate dal sangue arrivano all'endoleak, ove si raggruppano formando una grande goccia che poi si solidifica e permette di otturare l'endoleak. L'accusato in aula, così più volte richiesto, ha ammesso di avere le medesime difficoltà dei periti a situare ora, a distanza di quasi sei anni, l'esatta posizione del catetere al momento dell'embolizzazione. La sua stima, prudenziale e fondata sulla mappa vascolare visibile nella documentazione radiografica agli atti, porta a concludere che dovevasi trattare di ca. 3-3,5 cm di distanza dall'endoleak a destra e ca. 2-2,5 cm a sinistra.

L'affermazione peritale secondo cui il catetere era stato posizionato ■troppo prossimamente■ e non in modo superselettivo rispetto alla sede dell'endoleak era basata sull'angiografia 6.4.2001, in particolare la lastra n. 3 (doc. 4.4., pagg. 15-16). Se non che il dibattito ha permesso di rilevare che né l'angiografia citata né altra documentazione permetteva di stabilire l'esatta posizione del catetere al momento dell'emissione del liquido. Le angiografie e le 189 immagini scattate con l'apparecchio fluoroscopico erano state fatte per mero utilizzo ■istantaneo■ da parte dell'operatore, poiché necessarie per l'indagine diagnostica, non quella d'intervento: di conseguenza non erano state fatte ■fotografie■ della situazione al momento dell'emissione del mezzo embolizzante. Se

ciò prima visivamente può apparire strano (il prof. R_____ ha indicato che nei suoi interventi tutto viene registrato; il dott. P_____ ha risposto non essere per contro usuale farlo, cfr. doc. 5.3., pag. 5), il dott. ACCU 1 ha giustificato tale (non) agire con il fatto che i raggi della macchina preposta all'angiografia non sarebbero evitabili dal medico nella fase d'intervento, a differenza di quando le foto vengono scattate nella fase diagnostica, allorché medici e tecnici possono ripararsi al sicuro dalle radiazioni, lasciando che le stesse vengano assorbite dal solo paziente, ivi espostum tantum. Se è vero che mancano le prove a sostenerne la colpa (eventuale), ciò non può andare di per sé a nocimento dell'accusato.

In conclusione il perito giudiziario non ha potuto che affermare quanto segue in aula: la mia indicazione sulla cateterizzazione non abbastanza superselettiva si era basata sulle lastre a disposizione. Di più non posso dire perché non ho altri atti. Prendo atto che l'angiografia [del 6.4.2001] n. 3 si riferisce alla fase diagnostica.

Sull'utilizzazione di un catetere con un diametro non sufficientemente fine, va ricordato che il prof. R_____ ha indicato che nel 2001 già era in uso un catetere da più piccolo di quello usato nella fattispecie.

L'accusato, con il dott. P_____, ha tuttavia credibilmente giustificato la propria scelta con il fatto che il catetere era al tempo adeguato, poiché se è vero che perdeva un poco in selettività, d'altra parte permetteva una buona dirigibilità, una visibilità migliore all'angiografia nonché di meglio dimensionare il flusso del mezzo embolizzante.

Di fronte a queste controaffermazioni, nel confronto il prof. R_____ ha concluso che effettivamente se il materiale è denso, è più difficile iniettarlo con un catetere più piccolo di quello usato dal dott. ACCU 1 e che, in fin dei conti, la decisione sulla misura del catetere spetta al medico secondo il caso concreto, terminando dicendo che si sta facendo una procedura su un catetere che non significa nulla.

10.2.2. Conclusione analoga raggiungono le ipotesi di pressione troppo elevata nell'emissione dell'Ethibloc e di preparazione inadeguata di tale mezzo embolizzante.

Sulla base dell'errata interpretazione di un'affermazione rilasciata a verbale dalla parte civile il collegio dei periti giudiziari aveva in un primo tempo considerato che l'iniezione del mezzo embolizzante avesse potuto essere effettuata, con troppa pressione, con iniettore automatico (doc. 4.4., pag. 17), ciò che a detta dei tecnici (doc. 3.6. e 3.7.) sembrava fuori luogo solo pensare. L'ipotesi, palesemente errata, è stata poi subito abbandonata.

La tesi della pressione esagerata è invece stata ripresa partendo, di nuovo, dal risultato. Se non che l'ipotesi è rimasta, e nulla agli atti può condurre a sottoscriverla come certamente verificata, atteso che all'accusato va precisata l'azione per cui, se del caso, viene condannato.

Un ultimo paragrafo merita l'imputazione di errata diluizione del mezzo embolizzante con il glucosio, il quale ha lo scopo di influenzare il tempo di solidificazione dell'Ethibloc poiché ne altera la viscosità ed evita, inoltre, che lo stesso si cementizzi già nel catetere.

Il medico non ha saputo ricordare il tempo che nel caso specifico avrebbe dovuto impiegare l'embolizzante iniettato per indurirsi. Incalzato in merito dal Procuratore Pubblico egli ha stimato in aula, confermando quanto a suo tempo già riferito (doc. 2.2., pag. 7), di aver impiegato circa 3-5 minuti per la parte sinistra, meno, tra 1 e 3 minuti, per quella destra, ove

vi era meno liquido da iniettare. Egli ha sostenuto che allorquando ha proceduto dalla parte destra, la ■colla■ iniettata da quella sinistra si era già sicuramente indurita nell'■Ethibloc.

Secondo il prof. R_____ il glucosio preparato al 40 % è altamente ipertonico e può danneggiare l'■arteria (per cui il dott. ACCU 1 non è accusato) tanto che nel suo istituto il glucosio è usato al 5 % ed è quindi isotonico (nella perizia scritta è stata invece indicata una percentuale del 20 %, doc. 4.4., pag. 13).

Il dott. ACCU 1 ha sostenuto che il glucosio al 40 % non influisce sui tempi di polimerizzazione del mezzo embolizzante; tale affermazione non è stata corroborata né dal prof. R_____ né dal dott. P_____ che hanno ammesso di non sapere se ciò sia corretto.

Nel già citato (subcons. 10.1.) contributo dottrinale di Valenti/Golzarian si indica che l'■Ethibloc può essere mescolato con il Lipiodol per favorirne la localizzazione e che per prevenire la solidificazione nel catetere alla mistura va aggiunto un ■non-ionic fluid■ quale il glucosio al 50%, percentuale persino superiore quindi a quella utilizzata dall'■accusato.

Lo stesso prof. R_____ ha ammesso di non aver potuto comunque accertare sulla base degli atti a disposizione che ciò abbia avuto un qualche effetto nel caso CIVI 1; ancora il prof. Bo_____ ha sottolineato che se il liquido non fosse stato diluito in modo corretto ci si troverebbe di fronte ad un errore medico, ma che, a sostegno, ■mancano le immagini determinanti■.

10.3. L'■ultima imputazione al dott. ACCU 1 riguarda il fatto di aver proseguito nell'■intervento ■anche dopo che il paziente, terminata la procedura di embolizzazione dalla parte sinistra, aveva manifestato forti dolori e non considerando, per imprevidenza colpevole, la possibilità di un'■ischemia nervosa■.

Richiamato quanto sin qui esposto, val la pena riportare alla memoria il contesto in cui la parte civile si lamentava di dolori, il fatto che ciò avveniva contestualmente alle iniezioni di liquidi (ciò che quindi era atteso dall'■accusato) nonché l'■esame angiografico alle gambe compiuto a metà intervento e che nulla di anomalo aveva evidenziato.

C'■è da chiedersi se l'■accusato avesse dovuto collegare i dolori (che peraltro già si è visto essere stati particolarmente virulenti solo dopo la pausa, nella parte conclusiva dell'■intervento) con una possibile ischemia in atto.

Ebbene, il perito neurologo prof. Be_____ a domanda del giudice ha risposto che ■il dolore era probabilmente da imputare al tracciante anche se l'■ischemia in atto può in generale provocare dolore. Difficile qui stabilire da cosa era causato■.

Già si potrebbe qui affermare che l'■accusato non ha commesso un errore mancando di ravvisare nella manifestazione di dolore un'■ischemia in atto.

Se non che ciò va a maggior ragione ■scusato■ poiché tale conseguenza era del tutto sconosciuta, come ribadito in aula due volte dal perito prof. R_____, che già l'■aveva notato in forma scritta: ■questo tipo di danno non è comunque mai stato descritto in letteratura né il Prof. R_____, in qualità di esperto radiologo del collegio peritale, riferisce di aver mai sentito nei vari Congressi di radiologia interventistica ai quali ha partecipato racconti di episodi simili■(doc. 4.6, pag. 4); più oltre: ■è un evento molto raro e non prevedibile ove il trattamento venga effettuato (...) secondo metodologie e tecniche

standardizzate dalle cosiddette legis artis (doc. 4.6., pag. 5).

Nello stesso senso anche il perito di parte: Dato che questo intervento è nuovo non sono disponibili cifre relative alla frequenza di complicazioni come quella occorsa nel caso in esame. A nostro sapere ad oggi nella letteratura scientifica non si riscontrano rapporti di questa complicazione dopo l'embolizzazione con l'Ethibloc (doc. 5.3., pag. 5). La letteratura medica del periodo (appena) seguente l'intervento (prodotta dall'accusato) riporta i danni ischemici come non ipotizzabili, imprevedibili e in ogni caso come complicazioni estremamente rare.

In aula si è parlato, da parte dei periti, rimanendo nel campo delle ipotesi, del fatto che l'ischemia potrebbe essersi verificata prima a sinistra e poi a destra, pur se avvenuta quasi simultaneamente e nella sua totalità solo una volta occlusa la sacca.

L'accusato ha spiegato che il plesso lombosacrale viene in parte alimentato dal sistema lombare ed è raro presumere una lesione ischemica in quella zona poiché alimentata da numerosi vasi che dovrebbero rimanere tutti bloccati. Il dott. T_____ durante la sua audizione ha confermato che la complicità ai plessi nervosi per mancanza di afflusso di sangue è molto rara, pur precisando di non conoscere la problematica per quanto legata al tipo di intervento effettuato sul paziente CIVI 1.

A mente dell'accusato la particolare mappa anatomica della parte civile, che presenta un minor numero di vasi, può avere favorito l'ischemia, avvenuta per lui solo una volta occlusa la sacca, in considerazione del fatto che più testimonianze confermano che il paziente ha sempre continuato a muovere le gambe, alzandole, tanto che il tecnico D_____ ha dovuto intervenire più volte ad abbassargliele (cfr. doc. 3.7. e 3.6.).

La discussione, per quanto interessante sulla genesi della lesione, è stata conclusa dal prof. R_____ con un laconico «stiamo parlando di qualcosa che non possiamo documentare».

Se ne conclude che l'accusato non poteva in quel momento e in quel contesto considerare la possibilità di ischemia nervosa.

10.4. Tutto ciò premesso l'accusato va proscioltodall'accusa di lesioni colpose gravi.

11. Liberato il dott. ACCU 1 da ogni capo d'accusa, le domande della parte civile vanno respinte.

Le tasse e le spese, comprensive di quelle dibattimentali, vengono poste a carico dello Stato.

P.q.m.,

visti gli art. 1 segg. CP, 9 e segg., 273 e segg. CPP; 39 LTG;

rispondendo negativamente ai quesiti postisub1.1., 1.1.1., 1.2 e 5., decaduti gli altri quesiti, come segue al quesito postisub6.,

proscioglieACCU 1

dalle accuse di lesioni semplici, sia per intenzione che per negligenza, e dall'accusa di lesioni colpose gravi per quanto avvenuto il 6 aprile 2001 a L_____;

respinge le pretese di parte civile;

assegna le tasse e le spese allo Stato;

avvertite le parti del diritto di presentare, tramite questo giudice, dichiarazione di ricorso alla Corte di cassazione e revisione penale entro il termine di cinque giorni e del diritto di richiedere, entro lo stesso termine, la motivazione della sentenza;

avvertite le parti che la motivazione del ricorso per cassazione deve essere presentata a questo giudice, in tre esemplari, entro 20 giorni dalla notificazione della sentenza scritta, con la precisa indicazione dei motivi e delle norme di legge che si ritengono lese (art. 289 cpv. 2 CPP).

Intimazione a:

Ministero pubblico della Confederazione, Berna

e, alla crescita in giudicato della sentenza,

intimazione a:

Il Giudice:

Il Segretario:

Distinta spese a carico dello Stato,

fr. 2'000.-- taxa di giustizia

32'945.-- spese giudiziarie, comprensive di onorario e spese dei periti giudiziari per il dibattimento

355.-- testi

fr. 35'300.--totale

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.