

## TI\_GERICHTE 17.2013.194 vom 23. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_17.2013.194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_17.2013.194)

FR: TI\_GERICHTE 17.2013.194 du 23 octobre 2014

IT: TI\_GERICHTE 17.2013.194 del 23 ottobre 2014

### Erwägungen

#### E. 9

VITT1, nato il \_\_\_\_\_, era un cittadino \_\_\_\_\_ di etnia \_\_\_\_\_, residente in Svizzera dal 2003 ed al beneficio di un permesso di residenza di tipo N per richiedenti l'asilo. Abitante ad \_\_\_\_\_, egli lavorava presso il \_\_\_\_\_ del paese, attività che gli consentiva di inviare del denaro alla famiglia - composta da moglie e 3 figli, a quel tempo adolescenti - ancora in Iraq. Nel gennaio del 2006 il suo medico curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, lo ha visitato dopo un ricovero al \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (dal 23 al 24 gennaio, AI 6) poiché, oltre a problemi fisici, egli lamentava di essere in preda ad un grave stato ansioso-depressivo dovuto alla sua incapacità di elaborare un'incarcerazione di ben sei anni subita ai tempi del regime di \_\_\_\_\_. Una delle conseguenze di questo stato era una severa insonnia. A fronte di questi sintomi, preso atto che il paziente era poco collaborativo e non si era presentato ad un appuntamento fissatogli con una psichiatra che parlava anche la sua lingua, la dr.ssa \_\_\_\_\_ gli ha dapprima, il 13 marzo 2006, prescritto un blando sonnifero (Zolpidem), che non ha avuto alcun effetto, per poi passare, dal 28 marzo 2006, ad un ansiolitico moderato (Xanax ret. 0.5 mg) abbinato a piccole dosi di antidepressivo (Eflexor ER 75 mg). Il 4 aprile seguente, il paziente, reduce anche da un trattamento di una severa infezione alla gola, è stato nuovamente visitato dal medico, al quale ha dichiarato di stare meglio ma di non riuscire assolutamente a dormire (avrebbe preso in una sera anche 8 Zolpidem) e di essere perciò molto irritabile ed ansioso. Quale sonnifero gli è stato così prescritto Seresta forte e gli è stato consigliato un progressivo aumento degli ansiolitici (lettera 11 maggio 2006 della dr.ssa \_\_\_\_\_ all'avv. \_\_\_\_\_, AI 6, doc. 2). Due giorni dopo, il 6 aprile 2006, verso le 13:00, VITT1 si è recato dalla dottoressa barcollando, farfugliando, rallentato, sudato e con respiro affannoso. Egli presentava in particolare una respirazione di tipo Cheyne Stokes, dolori cefalici e precordiali, sicché ella ha immediatamente avvertito l'ambulanza che lo ha trasportato al Pronto soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ove è giunto alle 14:20 (secondo la Croce Verde, AI 84 pag. 3) o alle 14:30 (secondo il Pronto Soccorso, class. "Cartella clinica", rubrica n. 10). Alle 14:35 gli è stato somministrato un broncodilatatore (Ventolin) e dell'Atrovent. Alle 15:36, il paziente è stato descritto come "soporoso, ma può essere risvegliato, è lucido ed orientato" (AI 84 pag. 3); alle 16:44 gli sono state iniettate due ampolle di Flumazenil (Anexate) e è stato definito "un po' più sveglio" ma "non ricorda il motivo per cui è in PS" (cartella clinica del Pronto Soccorso, class. "Cartella clinica", rubrica n. 10). Gli esami del sangue effettuati non hanno rilevato particolari problematiche. Le analisi delle urine hanno consentito di riscontrare la presenza di benzodiazepine. L'ECG non ha confermato anomalie compatibili con un'insufficienza coronarica acuta, così come la TAC cerebrale non ha mostrato alterazioni particolari. Richiesta una valutazione al reparto di neurologia, è stata diagnosticata una "molto probabile intossicazione da benzodiazepine" (rapporto di consulto collegiale del 6 aprile 2006, class. "Cartella clinica",

rubrica n. 10) e consigliato il ricorso ad un antagonista delle stesse, il Flumazenil (Anexate) che è, come testé indicato, stato dato al paziente poco prima delle 17:00 con un passaggio ad uno stato di coscienza Glasgow (livello 15 sulla scala GSC, rispetto al livello 14 ). In merito al procedere, il medico assistente di neurologia ha disposto: “ricovero in cure continue per la presa a carico e sorveglianza della respirazione. Da valutare nuovo consulto neurologico secondo decorso” (rapporto di consulto collegiale del 6 aprile 2006, class. “Cartella clinica”, rubrica n. 10, pag. 2). Stabilizzato il suo stato di salute, VITT1 è poi stato trasferito dal Pronto Soccorso dell’Ospedale \_\_\_\_\_, al reparto di cure continue dell’Ospedale \_\_\_\_\_, ove è arrivato verso le 18:30. Il fax con il rapporto consultivo collegiale di cui si è appena parlato è stato inviato qualche ora più tardi, alle 21:56.

#### **E. 10**

Giunto all’Ospedale \_\_\_\_\_, il paziente è stato visitato dal medico assistente dr.ssa \_\_\_\_\_, supervisionata dalla capo clinica dr.ssa \_\_\_\_\_, che nel suo protocollo del 7 aprile 2006 (AI 2) ha così descritto questi momenti iniziali: “ Verso le 17:00 l’assistente, dr.ssa \_\_\_\_\_, mi riferisce che è stata contattata dall’assistente di picchetto dell’Ospedale \_\_\_\_\_ per il trasferimento del paziente e le ho dato la disponibilità del letto. Il paziente arriva in Cure Continue verso le ore 18:30. Alle 18:35 vedo la dr.ssa \_\_\_\_\_ che sta già facendo l’anamnesi alla quale assisto poi anch’io. Si tratta di un iracheno che si esprime molto male in italiano. Al momento della nostra visita è sveglio, risponde alle nostre domande con difficoltà per motivi linguistici. Riferisce di aver assunto delle pastiglie per sbaglio di cui non sa precisare il nome. Alla domanda se avesse dolori o difficoltà respiratorie (sintomi segnalati all’entrata all’Ospedale \_\_\_\_\_) il paziente riferisce di avere dei dolori toracali a sinistra lateralmente ma di non avere problemi di respirazione. Sostiene poi di avere problemi psicologici, che vive solo e senza famiglia in Ticino, sostiene di non bere alcolici, fuma un pacchetto di sigarette al giorno. Chiede poi di essere visitato da uno psicologo che parli arabo. Clinicamente troviamo un paziente obeso, sveglio ma rallentato con saturazione di ossigeno attorno al 97-98% con 2 litri di ossigeno, afebbrile, normoteso e normocardico, auscultazione cardiaca con toni lontani, auscultazione polmonare con rari fischi, addome globoso difficilmente valutabile ma non dolente con rumori udibili, dolenzia alla pressione costale laterale sinistra, riflessi normo-evocabili e simmetrici, Babinski negativo bilateralmente, muove tutte le estremità, pupille isocore e normoreagenti, non meningismo, polsi periferici tutti palpabili. L’ECG eseguito all’Ospedale \_\_\_\_\_ non mostra segni di ischemia, gli esami di laboratorio rilevano un minimissimo movimento di  $\gamma$ -GT, alcolemia negativa. (...) L’emogasanalisi eseguita all’OCL evidenzia un’insufficienza respiratoria parziale con PO<sub>2</sub> a 8.5 kPa e PCO<sub>2</sub> 5 kPa.” Da questo quadro risulta che i medici che hanno preso in consegna il paziente, oltre ad essere stati perfettamente informati circa i risultati degli esami effettuati all’Ospedale \_\_\_\_\_, hanno preso atto che il paziente era cosciente, decisamente migliorato rispetto all’entrata al Pronto soccorso, ma presentava ancora dei problemi respiratori.

#### **E. 11**

Su quanto avvenuto all’Ospedale \_\_\_\_\_ in particolare, appare opportuno riprendere il protocollo del 7 aprile 2006 allestito con l’ausilio di tutto il personale coinvolto, sotto la direzione della dr.ssa \_\_\_\_\_ e dell’infermiere capo \_\_\_\_\_ (AI 6, all. B): “ Si tratta di un paziente che viene annunciato all’infermiera di Cure Continue, signora SM (\_\_\_\_\_, n.d.r.) dall’infermiera di Pronto Soccorso alla ricerca di un posto di sorveglianza in Cure Continue. (...) All’assistente viene riferito che si tratta di un paziente

inviato al Pronto Soccorso dell'OCL dal medico curante, Dr.ssa \_\_\_\_\_, poiché soporoso, ma risvegliabile nello studio. La Dr.ssa \_\_\_\_\_ segnala uno stato neurologico senza particolarità. Riferisce che sono state eseguite un'angio-TAC per un dolore all'emitorace sinistro che ha permesso di escludere dell'embolie polmonari ed una TAC-cerebrale risultata normale. La Dr.ssa IB (\_\_\_\_\_, n.d.r.) richiede se lo psichiatra fosse stato allertato, ricevendo una risposta negativa. Non viene menzionata una visita dal neurologo, in realtà avvenuta (vedasi documentazione), non vengono segnalati problemi respiratori, in particolare broncospasmo. Viene segnalata le necessità di un decorso elettrocardiografico ed enzimatico per escludere un problema di ischemia miocardica. (...). Circa allo stesso tempo viene data una consegna infermieristica dall'infermiera \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, dove viene confermato l'arrivo di un paziente con un abuso medicamentoso, che avrebbe risposto ad una terapia con Anexate. Non vengono segnalate altre particolarità. Dagli atti studiati durante la seduta del rapporto della Croce Verde, si evidenzia che il paziente è stato trasportato dalla Croce Verde alle 13.40 dallo studio medico della Dr.ssa \_\_\_\_\_ con difficoltà respiratorie e dolori toracici, dispnoico, dopo che é stato trovato di fronte allo studio medico. I soccorritori avrebbero trovato il paziente supino con una frequenza respiratoria di 29 atti al minuto, una saturazione dell'ossigeno di 88%, una frequenza cardiaca di 105 battiti al minuto, una pressione sistolica di 110 mm Hg con un dolore toracico reputato di origine cardiaca. Coma-Glasgow scale 13, pupille normali, glicemia 4.1 mmol/l, senza deficit senso-motori. Durante il trasporto 4 tentativi di porre un accesso venoso non riuscito. Alle ore 14.10 viene sospesa in ambulanza la somministrazione di O<sub>2</sub> con desaturazione a 85%, ciò che motiva la ripresa di un'ossigeno-terapia con saturazione di 97%. Viene somministrato Nitrolingual. Il paziente giunge al Pronto Soccorso dell'OCL (...) Viene segnalato un paziente cosciente, orientato e calmo con dolori all'emitorace a sinistra ed una frequenza respiratoria di 38 battiti al minuto con saturazione dell'ossigeno a 93%. Alle ore 14.35 viene somministrata una inalazione di broncodilatatori ed alle ore 15.36 viene segnalato paziente soporoso con un GSC di 14. In seguito il paziente permane tachipnoico senza saturazioni. Alle ore 16.44 viene somministrata 2 volte ½ fiala di Anexate con annotazione paziente un po' più sveglio, non ricorda il motivo per cui è in Pronto soccorso. Non sono riportati gli orari dell'esecuzione degli esami, radiografia del torace, TAC-cerebri e angio-TAC. L'ultima misura di monitoraggio avviene alle ore 17.00. Non viene menzionato un consulto neurologico. Nel secondo trasporto dall'OCL tramite ambulanza all'OIL, viene segnalata una frequenza respiratoria di 30 atti al minuto, una pressione arteriosa di 115/80 mm Hg, ed un GSC di 14. All'arrivo il paziente transita direttamente verso le Cure Continue. Il paziente entra in Cure Continue alle ore 18.30 con pressione arteriosa 111/77 mm Hg, ritmo sinusale 87 battiti al minuto, saturazione O<sub>2</sub> 97% n frequenza respiratorio di 22 atti al minuto. Elenco problematiche: foglio di sorveglianza terapia Pronto Soccorso, 2 protocolli trasferimento Croce Verde. Alle ore 18.40 circa viene visitato dalle Dr.sse IB e CA, esse trovano un paziente stabile dal punto di vista cardiocircolatorio, reflusso epatogiugulare negativo, dolore toracico riproducibile alla palpazione dell'emicostato sinistro. All'auscultazione polmonare in un paziente adiposo con collo corto viene auscultato un espiro prolungato con fischi. L'addome risulta molle, dolente, non organomegalie. L'esame neurologico approfondito risulta normale. Viene indi impostata una terapia con inalazioni x5 di broncodilatatori, Fragmina 5'000 unità sotto cute, Pantozolo. Viene sospesa la terapia antiipertensiva e sedativa. Quali esami viene richiesto uno screening droghe nell'urina ed un decorso elettrocardiografico ed enzimatico alle ore 22.00. Il paziente viene monitorato dalla

signora SM, essa è in grado di parlare con il paziente che avrebbe affermato di aver preso unicamente 2 pastiglie. L'infermiera SM cerca di eseguire una raccolta dati, il paziente risponde in modo rallentato, chiede ripetitivamente di andare ai bar e di poter fumare, comunque l'infermiera SM ha l'impressione che sa di essere in ospedale. Alle ore 19.00 il medico di turno per le serali Dr. NB (\_\_\_\_\_, n.d.r.) si reca in Cure Continue per visitare il paziente, costata quanto già constatato dalle colleghe. Nel seguito il paziente avrebbe cercato più volte di uscire dal letto e infine avendo bisogno di urinare, l'infermiera SM chiede aiuto all'aiuto-infermiere \_\_\_\_\_ della Medicina 2, nota che il paziente si regge in piedi, urina 800 ml, da cui viene prelevato lo screening tossicologico da cui risulteranno alle ore 20.00 positive le benzodiazepine. Il paziente richiede di vedere uno psichiatra che parli arabo. Il paziente ebbe ricevuto una cena leggera. Alle ore 21.40 vengono eseguiti labor ed ECG con non mostra nessuna ischemia. Alle ore 22.00 cambio turno tra l'infermiera SM e l'infermiere LB (AP 1), mentre l'infermiera \_\_\_\_\_ esegue i controlli del venflon.”.

## **E. 12**

Già nel corso della discussione per il cambio di consegne, durante la quale AP 1 è stato debitamente informato dalla collega circa lo stato di salute dei pazienti sotto la loro responsabilità, VITT1 ha suonato il campanello per chiedere in maniera un po' confusa all'imputato, prontamente accorso, di potersi alzare dal letto per andare a fumare una sigaretta e bere un caffè, poiché quelle erano le sue abitudini al risveglio del mattino, dimostrando così di non essere cosciente che fosse ancora notte. Parlando, il paziente si era staccato i cavi per i monitoraggi e aveva tentato di scavalcare le spondine del letto, cercando pure di strappare l'ago dell'infusione endovenosa. AP 1 ha cercato di spiegare al degente che non era possibile accogliere le sue richieste ed ha chiesto ad una collega di occuparsi di lui mentre terminava il passaggio di consegne. Pochi minuti dopo, VITT1 ha di nuovo suonato il campanello persistendo nelle proprie richieste, più irrequieto e agitato, al punto che AP 1 ha chiesto alla collega di sorvegliarlo fino a quando non avrebbe finito il briefing d'entrata. Dalle 23:00 in poi la situazione è diventata più complessa poiché il paziente si è mostrato sempre più irrequieto ed agitato, al punto da chiedere gli abiti per poter tornare a casa e da alzarsi dal letto continuando a staccare i cavi del monitoraggio e di nuovo tentare di strappare i tubi dell'endovenosa. Ai tentativi di calmarlo dell'imputato, che oltre ad insistere verbalmente aveva dovuto opporsi fisicamente, VITT1 ha reagito divenendo aggressivo, atto che vista la sua corporatura massiccia (sui 110 kg) non poteva essere considerato irrilevante. Trovatosi in difficoltà, AP 1 ha così deciso, alle 23:15, di propria iniziativa e senza consultare nessuno, di iniettare all'uomo 30 mg di Propofolo (Ansiven / Disoprivan) in bolus, riuscendo così a sedare velocemente il paziente. Non appena riposizionato a letto, l'infermiere ha predisposto la somministrazione per infusione di questo medicamento anestetico alla velocità di 50 mg/h, aumentata poi a 80 mg/h e, infine a 100 mg/h, poiché la vittima continuava ad essere agitata ed a rimuovere i dispositivi di controllo. Nel contempo ha impostato una sorveglianza con allarmi stretti mediante i vari monitoraggi, vale a dire, secondo lui, quello neurologico, quello respiratorio, quello elettrocardiografico e quello emodinamico (relazione scritta dell'imputato del 10 aprile 2006, all. A a MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 3), o meglio, come da lui poi chiarito e ridimensionato: “ Preciso che il paziente VITT1 era “monitorato” nel senso che aveva tre elettrodi dell'elettrocardiogramma, riceveva ossigeno per via nasale, aveva il controllo della saturazione, della pressione arteriosa ed aveva aperta una via venosa. Ricordo che gli elettrodi del ECG servono anche a controllare la curva del respiro, quindi gli atti respiratori”

(MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 2).

### E. 13

Poco prima delle 24:00, AP 1 ha informato il medico assistente \_\_\_\_\_, che avrebbe finito il turno allo scoccare della mezzanotte, d'aver dovuto sedare VITT1 con il Propofolo. Seccato per non essere stato informato preventivamente di questa iniziativa, il medico assistente ha contattato il Capo clinica di guardia, la dr.ssa \_\_\_\_\_, per metterla al corrente di quanto accaduto. Quest'ultima, irritata, ha dato ordine di ridurre il dosaggio a bassi livelli, così da poter mantenere il paziente sveglio e valutare al meglio il suo stato neurologico e di coscienza: " Verso le 23:30 mi ha chiamata al telefono il dr. \_\_\_\_\_ e mi ha comunicato che l'infermiere delle cure continue AP 1 si era visto costretto a somministrare del Disoprivan al paziente poiché lo aveva visto molto agitato. Egli mi chiedeva cosa fare. Era seccato dal fatto che era stato somministrato senza prescrizione medica. Io mi sono arrabbiata e ho chiesto di valutare se fosse necessario dicendogli di vedere quanto fosse agitato il paziente, se ad esempio rischiava di cadere dal letto o strapparsi le infusioni. Il dr. \_\_\_\_\_ mi aveva effettivamente detto che il paziente voleva strapparsi di dosso tutte le cose che aveva attaccato. Io da parte mia ho aggiunto di tenere basso il dosaggio del farmaco in modo che lui fosse sveglio per potere valutare lo stato neurologico e di coscienza. ADR che non ricordo se il dr. \_\_\_\_\_ mi parlò di dosaggio preciso. E' probabile. Preciso peraltro che in caso di pazienti intubati il titraggio è di regola di pertinenza del personale infermieristico. Spesso anche il titraggio di pazienti non intubati viene effettuato autonomamente dall'infermiere. Preciso che mi era stato riferito che il paziente era ancora sveglio, quindi sta all'infermiere valutare attentamente il dosaggio alla luce comunque della mia indicazione che lui doveva restare sveglio. Ad esempio, se a 50 il paziente era ancora agitato l'infermiere poteva aumentare ancora fino a 70 per valutare di nuoco la situazione. Se si fosse addormentato avrebbe dovuto ridurre il dosaggio. Ora mi sembra di ricordare, ma non posso dirlo con certezza, che avessi detto al dr. \_\_\_\_\_ che non doveva essere superata la soglia di 50 milligrammi all'ora. Devo dire che successivamente, consultando le carte, ho constatato che vi era stata un'iniezione iniziale, non so di quanto, ma che non aveva verosimilmente sortito effetti. Era poi stata iniziata un'infusione continua arrivando sino a 100 mg all'ora, che di per sé è ancora un dosaggio medio a fronte del peso stimabile del paziente." (MP 29 maggio 2008, AI 43, pag. 4 seg.). " Come già dichiarato, io a fronte di quella comunicazione mi ero arrabbiata dicendo che il dosaggio doveva essere mantenuto a bassi livelli, tentando quindi il paziente ancora sveglio. Se il paziente non era così agitato e quindi il medicamento non era così strettamente necessario la somministrazione del propofolo andava interrotta." (MP 11 novembre 2008, AI 46, pag. 2). Il dr. \_\_\_\_\_ si è così recato nuovamente nel reparto cure continue ed ha informato AP 1 della reazione della dr.ssa \_\_\_\_\_, dando ordine di ridurre al minimo il Propofolo e di sospenderne la somministrazione per procedere a regolari verifiche neurologiche (protocollo del 7 aprile 2006, AI 6, all. A, pag. 3). Nel frattempo era giunta in sede la dr.ssa AP 2 per iniziare il suo turno al posto del dr. \_\_\_\_\_ quale medico di guardia per tutto l'Ospedale (reparti di medicina, chirurgia e oftalmologia). Ella è stata informata della situazione del paziente VITT1, che ha visto di sfuggita senza visitarlo, dal collega medico e dall'infermiere AP 1. Il dr. \_\_\_\_\_ ha al proposito dichiarato: " Mentre ero al telefono è arrivata la dr.ssa AP 2 che subentrava nel turno. Alla dr.ssa AP 2 ho segnalato la presenza del paziente VITT1 che era antrato in giornata per indagare uno stato confusionale, non chiaro e che adesso presentava una situazione di agitazione che doveva essere controllata. L'ho altresì informata della

telefonata avuta con la dr.ssa \_\_\_\_\_ in merito alla sorveglianza nella somministrazione del Propofolo con eventuale riduzione e soppressione se necessario. Ciò poiché è notorio per tutti noi medici il possibile effetto collaterale della depressione respiratoria.” (MP 29 maggio 2008, AI 42, pag. 5). L’imputata ha sostenuto di non ricordare cosa le avesse detto il dr. \_\_\_\_\_, ma di ritenere che non le avesse fornito molte informazioni (MP 29 maggio 2008, Ai 41, pag. 3). Dopo aver visto che il paziente era ancora agitato e tentava di uscire dal letto, dopo aver discusso con l’infermiere che le aveva detto che il ricorso all’anestetico era usuale in cure intense, su richiesta di quest’ultimo, la dr.ssa AP 2, alle ore 00:15, ha deciso di ratificare formalmente, quale primo medico, la somministrazione del Propofolo, fissando nella cartella clinica un dosaggio di 100 mg/h con la precisazione “secondo bisogno” (MP 29 maggio 2008, AI 41, all. B): “ Della situazione del signor VITT1 sono stata informata dall’infermiere del reparto di cure continue AP 1 (...). Egli mi ha detto, non mi ricordo bene cosa sullo stato del paziente che ho visto di sfuggita, senza visitarlo, e l’infermiere mi aveva detto che, di sua iniziativa, aveva dato al paziente del Propofolo. Ho consultato i dati del paziente guardando il foglio di sorveglianza, verificando i parametri vitali e in generale dando un’occhiata a tutto. Non ricordo quando era iniziata la terapia con Propofolo, suppongo da un paio d’ore. (...) Preciso che successivamente, poco prima che succedesse l’arresto respiratorio, avevo fatto la prescrizione con tale dosaggio. Devo dire che successivamente ho capito che vi era stata una discussione tra l’infermiere, la capo clinica di picchetto e il dr. \_\_\_\_\_ che c’era prima di me come medico di guardia. Da parte mia constatando che il paziente era ancora agitato ho ritenuto che la terapia messa in atto fosse corretta. (...) Ne avevo parlato con l’infermiere il quale mi aveva detto che in cure intense veniva impiegato regolarmente. Io ho controllato se il dosaggio che mi era stato indicato era corretto e ho constatato che rientrava nei limiti terapeutici. ADR che non penso di aver letto il compendio per tale farmaco né le controindicazioni. (...) Ricordo che il paziente era agitato, muoveva le braccia, cercava di alzarsi ma poi ricadeva indietro sul letto, da seduto. Si vedeva che era sedato. Solo in un secondo tempo, in ufficio, circa dopo quindici minuti, mi sono letta l’anamnesi ed ho appreso che vi erano dubbi sui farmaci assunti precedentemente dal paziente. (...) Avevo anche constatato che era un signore robusto ed aveva il collo taurino. ADR che penso di aver parlato prima di leggere i dati anamnestici con il dr. \_\_\_\_\_. Non mi ha, se ben ricordo, detto molto. (...) Non ricordo quando il dr. \_\_\_\_\_ se n’è andato. Comunque dichiaro che non avevo ben capito le peculiarità per la somministrazione di questo farmaco, penso che il suo uso in quel contesto fosse approvato nel caso concreto dal capo clinica e dal mio collega dr. \_\_\_\_\_. La somministrazione non era in corso da un paio di minuti bensì da alcune ore. Non ero quindi io che dovevo prendere decisioni d’urgenza. (...) Successivamente mi sono recata ancora in reparto, non so se su mia iniziativa o su richiesta di AP 1, ho visto il paziente ancora agitato in misura analoga a quanto da me precedentemente osservato, e lui mi ha chiesto di fare la prescrizione del Propofolo visto che nessun medico prima lo aveva fatto e che la terapia era in corso da ore. Dopo aver preso visione della cartella medica, riconosco la mia indicazione (...). (...) In generale io con farmaci sedativi parto sempre da dosaggi bassi ed aumento gradatamente sino a costatarne l’effetto. Preciso che io non avevo esperienza di dosaggio di Propofolo. Sapevo che l’infermiere aveva già aumentato in due occasioni il dosaggio e osservavo che il paziente era tuttora agitato. Ho quindi ritenuto corretto che quel dosaggio fosse quello giusto. Il momento in cui ho fatto la prescrizione è stato l’ultimo contatto con il paziente e con AP 1 prima della crisi del paziente.” (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 2 segg.).

## E. 14

Di fatto l'infermiere imputato non ha quindi dato seguito all'ordine della capo clinica e del dr. \_\_\_\_\_, continuando a somministrare Propofol al paziente in misura di 100 mg/h. Egli ha così completamente ignorato gli ordini precedenti, a lui ben noti ( " ma poi ha detto di ridurre la somministrazione in modo di tenere il paziente sveglio e quindi di equilibrare il dosaggio in modo di tenere il paziente sveglio ma tranquillo. Se il medicamento non era strettamente necessario doveva essere interrotto . " , verbale dib. 14 marzo 2013, interrogatorio imputati, pag. 2), e si è affidato alla prescrizione medica della dr.ssa AP 2. Quale giustificazione, al dibattimento d'appello, ha sostenuto che gli ordini erano di calibrare il farmaco in modo che il quantitativo fosse il minore possibile per poter evitare che il paziente si facesse male e nel contempo mantenere le sue funzioni vitali intatte e non farlo addormentare (verbale dib. d'appello, pag. 3): " A domanda dell'avv. DI 1 rispondo che non abbiamo agito in contrasto con le indicazioni dateci dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ in quanto c'era stato ordinato di mantenere un dosaggio sul basso in modo tale da poter avere un paziente in grado di reagire e di mantenere le funzioni vitali. Rilevo che il signor VITTI1 nonostante la somministrazione del farmaco aveva urinato spontaneamente con il pappagallo. Era riuscito a farmi capire di dover urinare e quindi gli ho fatto avere il pappagallo e io gliel'ho posizionato." Dalla scheda medica dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (classatore "cartella clinica", scompartimento n. 10) risulta tuttavia che egli a quel momento era sedato, mentre per quanto successo prima era sempre stato scritto che era agitato. Inoltre non può essere considerata precisa l'affermazione secondo la quale dopo la sedazione il paziente aveva urinato spontaneamente, poiché è in contrasto con quanto dichiarato dall'imputato stesso nel suo scritto del 10 aprile 2006. In effetti egli ha sì effettuato la minzione, ma quando i dosaggi erano ancora in fase di assestamento, quando di certo non erano ancora al livello massimo raggiunto e di certo non dopo le 24:00: " Durante la sedazione il pz ebbe la possibilità di interagire con me, fin tanto che lo feci urinare con il pappagallo. Nonostante ciò il paziente continuò ad agitarsi strappandosi i cavi di monitoraggio e tentando anche alla via venosa, risultando però già più rallentato con una minor veemenza e aggressività. Per proteggere il paziente da sé stesso e per assicurarmi l'incolumità della via venosa doveti aumentare il dosaggio della sedazione passando così a 10 (recte: 100) ml/ora di Disoprivan, tale dosaggio permise di lavorare in sicurezza per il paziente, protetto dalla propria agitazione ma senza recargli danni." (AI 17, doc. A, pag. 4). La scheda tecnica (classatore "cartella clinica", scompartimento n. 10) riporta quale orario dell'ultima perdita di liquidi prima dell'arresto respiratorio, le 23:00. L'interagire è stato poi molto limitato, ritenuto che AP 1 ha precisato che il paziente era in "dormiveglia, nel senso che era più tranquillo e capiva messaggi semplici quando gli si parlava. Tuttavia il suo stato di agitazione era altalenante." (MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 2). In seguito, dopo le 24:00 e dopo che il dosaggio era stato aumentato a 100 mg/h, il signor VITTI1, si è decisamente tranquillizzato, al punto da potersi dare per accertato che fosse praticamente assopito, nonostante continuasse a muoversi nel sonno: " (...) posso dire che il signor VITTI1 aveva gli occhi chiusi, ma si muoveva spesso nel letto, pur restando all'interno delle sponde." (MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 4). Stato confermato dalla dr.ssa AP 2, seppur, inspiegabilmente, interrogata solo due anni dopo: " ricordo che il paziente era agitato, muoveva le braccia, cercava di alzarsi ma poi ricadeva indietro sul letto, da seduto. Si vedeva che era sedato." (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 3). Proprio questi movimenti della vittima hanno indotto l'imputato a rimanerle accanto, poiché essi causavano il distacco dei cavi del monitoraggio (AI 17, all. A, pag. 4 in fondo).

## E. 15

AP 1 è rimasto nella stanza di cure continue vicino alla vittima sino a qualche minuto dopo la 01:30/01:35 (l'imputato AP 1 parla della 01:30, AI 17, all. A, pag. 5), quando, chiamato dalla collega di Medicina 1, \_\_\_\_\_, che gli aveva chiesto, precisando che non si trattava di una questione urgente, un aiuto per posizionare una paziente plegica, si è recato alla camera n. 109. Fino a quel momento VITT1 era, secondo le indicazioni dell'imputato, tranquillo, stabile dal punto di vista emodinamico e con buona saturazione 96% (Protocollo del 7 aprile 2006, AI 6, all. A, pag. 3). Prima di lasciare il suo posto, il prevenuto ha dichiarato di aver verificato che fossero inseriti gli allarmi: " Con "verificare che fossero inseriti gli allarmi" intendo dire che dovendomi assentare dalla camera ho verificato che gli allarmi acustici fossero inseriti regolando i parametri in modo più stretto rispetto a quando si è presenti fisicamente in camera. Preciso che gli allarmi funzionano anche quando si stacca o un elettrodo dell'elettrocardiogramma o il saturimetro. Tali allarmi possono permettere, perlomeno indirettamente, di controllare anche che il paziente riceva sempre l'ossigenoterapia." (MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 4). Alle ore 01:45:40/01:46:00 (orario DECT), rispettivamente 01:39:40 (orario monitor), AP 1 ha sentito suonare l'allarme. Appena realizzato che si trattava del signor VITT1, egli è quindi corso al suo capezzale e si è reso conto che era stato vittima di un arresto respiratorio: " Raggiunti \_\_\_\_\_ in camera 108 (recte 109), lasciammo la porta della camera aperta e posizionammo la paziente; appena finimmo sentii suonare l'allarme del monitor ubicato nella stanza infermieri della Medicina 1. Accorsi velocemente verso suddetta stanza, dalla porta guardai il monitor e vidi che l'allarme si riferiva al paziente del letto 1. Andai subito verso il letto 1 dal lato del monitor (alla sinistra del paziente), silenziai l'allarme mettendo la sospensione dei tre minuti; il messaggio d'allarme indicava un'asistolia, ma io verificai che l'elettrodo verde posizionato sull'emitorace sinistro del paziente si era staccato, lo riattaccai e mi accorsi che il sig. VITT1 era bradicardico con FC di 35 b/min e con la curva respiratoria piatta. Nella penombra della stanza guardai il paziente e vidi che non ventilava, quindi la curva del respiro era veritiera; al monitor il paziente mantenne sempre un ritmo, verificai mediante polso carotideo la presenza di circolazione e mediante il tasto "inizio" avviai così la misurazione della pressione arteriosa. Mi spostai sul lato destro del letto, spensi la pompa d'infusione con il Disoprivan, presi il pallone Ambu e feci due insufflazioni, ma non riuscii a ventilarlo efficacemente (paziente obeso con collo taurino). Presi il telefono portatile dalla mia tasca, chiamai la dott.ssa AP 2 allertandola per "paziente in arresto respiratorio" e subito schiacciai il tasto REA. Tornai dal paziente, collegai il tubo per l'ossigeno al pallone Ambu, aprii tutto il rubinetto dell'erogatore dell'ossigeno e ritentai la ventilazione, ancora con scarsa efficacia; il pallone Ambu sembrava fosse difettato o mal assemblato in seguito a lavaggio e disinfezione, si riusciva a insufflare bene ma il ritorno del pallone era rallentato. (...) Rapidamente giunsero la dott.ssa AP 2, le colleghe infermiere di medicina 1, medicina 2 e chirurgia del 2° piano; essendo l'unico a conoscere perfettamente la camera di degenza (disposizione di materiale, farmaci d'urgenza, ecc.), previo cambiamento del pallone Ambu e posizionamento di cannula Guedel al paziente, affidai al medico assistente la parte ventilatoria coadiuvata da un'infermiera della medicina 2, anch'esse senza sortire un'efficace ventilazione. Proposi di intubare il paziente, ribadendo che egli manteneva comunque un polso periferico e una pressione sanguigna nella norma, ma la saturazione con bassi valori. Preparai il materiale necessario per l'intubazione e assistetti la dottoressa; fu una intubazione tecnicamente difficile, si eseguirono tre tentativi: due dei quali nelle prime vie digestive, il terzo a buon fine (...). Il medico anestesista, dottor \_\_\_\_\_, giunse in

concomitanza con la riuscita dell'intubazione. (Supposti fossero circa le 2). L'anestesista sostituì il medico assistente, controllò il corretto posizionamento del tubo oro-tracheale e assicurai quest'ultimo con un fermatubo. Procedemmo a ventilare il paziente, inizialmente mediante Ambu e successivamente con l'Oxylog 3000." (relazione scritta di AP 1 all. A a MP 24 maggio 2006, AI 17). La dr.ssa AP 2 ha così descritto i fatti e le modalità con cui ha proceduto alla difficile intubazione del paziente: " Preciso che AP 1 mi ha telefonato dicendomi che VITT1 era in arresto respiratorio. Io sono quindi andata immediatamente in reparto, gli ho detto che sarebbe stato meglio attivare l'allarme REA invece che telefonare siccome tale allarme giunge anche all'anestesista fuori sede, che dorme al \_\_\_\_\_.

Giunta al reparto di cure continue, che è quasi di fronte all'ufficio assistenti, ho costatato sul monitor che vi era una bradicardia che si è subito risolta e quindi ho pensato ad un problema tecnico, vale a dire un artefatto di registrazione. Ho rilevato che la saturazione dell'ossigeno era bassissima ed allora ho capito che era scesa da parecchio tempo intendendo con ciò minimo cinque minuti. Non ho realizzato a quel momento che verosimilmente era in arresto respiratorio da tempo, ho pertanto iniziato la ventilazione manuale con l'ambu. Ho anche posto una cannula in gola visto che con l'ambu non funzionava per niente. Constatando che non vi era alcun miglioramento ho deciso per l'intubazione. Ho potuto mettere in atto un'intubazione vista la mia esperienza in anestesia, come descritto sopra. L'intubazione è riuscita al terzo tentativo." (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4 seg.). In merito all'attivazione dell'allarme REA, si può dare per accertato che se ne è occupato AP 1 durante la telefonata alla coimputata o al più tardi non appena conclusa la conversazione con lei. Ne è conferma la dichiarazione della dr.ssa AP 2 secondo la quale quando ella è giunta nella camera di cure continue, stavano arrivando anche tutti gli altri infermieri, segno che essi avevano praticamente sentito suonare l'allarme allo stesso momento in cui lei è stata avvisata del problema dall'infermiere: " L'unica cosa che ricorda esattamente è che al momento di entrare in camera ha subito notato che si trattava di una situazione di urgenza e che tutti si stavano dando da fare per salvare il paziente. Ricorda che quando è arrivata stavano arrivando o erano già lì gli altri infermieri." (verbale del dib. d'appello, pag. 6). Sull'inserimento dell'allarme dei monitoraggi e sulla sua udibilità, la coimputata ha sollevato qualche dubbio: " Del resto durante la mia visione del paziente, all'inizio del mio turno, ho potuto constatare che vi erano delle soglie adeguate inserite che facevano scattare i relativi allarmi per saturimetria, per l'ECG (in particolare la frequenza cardiaca) e anche per la pressione arteriosa. Da un successivo esame abbiamo constatato che i parametri non erano stati modificati ma si è potuto constatare che da un paio di minuti prima della crisi mancava la registrazione del dato di saturimetria. Preciso che quanto il clip fissato al dito si stacca dovrebbe attivarsi l'allarme, evidentemente se non vi è un problema tecnico. Da una prova fatta successivamente dopo la rianimazione l'apparecchio funzionava con il relativo allarme. Non posso però dire con certezza che se l'allarme anche per il distacco del clip funzionava o meno. ADR che io non ho sentito alcun allarme relativo al saturometro. Avrei dovuto sentirlo visto il suo volume, anche se la porta dell'ufficio si chiude automaticamente. Non avevo alcun disturbo di suoni. ADR che suppongo che l'allarme non è suonato malgrado vi è un'interruzione della registrazione del dato di saturimetria siccome non era inserito." (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 5). La dr.ssa \_\_\_\_\_, dal canto suo, ha dichiarato che a suo avviso, lasciando la stanza delle cure continue ed entrando in un altro locale, gli allarmi sonori non si sentissero (MP 11 novembre 2008, AI 46, pag. 3).

Al suo arrivo all'Ospedale \_\_\_\_\_, alle ore 01:58 (01:52 del monitor), l'anestesista dr. \_\_\_\_\_ ha potuto constatare che il paziente, le cui caratteristiche fisiche (obesità e collo taurino) rendevano difficile l'operazione, era stato per finire correttamente intubato. Avendo rilevato una saturazione dell'emoglobina al 75% (si pensi che valori al di sotto del 90% non sono fisiologici e indicano una severa deficienza d'ossigeno, ipossia) ed un'ipertensione arteriosa, ha somministrato alla vittima un bolus di Propofolo di 50 mg e 100 mg (definiti erroneamente "gamma") di Fentanyl, oltre che Narcan e Anexate. Non essendovi stati grossi miglioramenti della saturazione, egli ha poi dovuto procedere all'iperventilazione manuale, sino a portarla al 90% e poi al 100%. Sotto l'aspetto cardiocircolatorio VITT1 è rimasto sempre stabile. Alle 02:50 è giunta in clinica anche la capo clinica di guardia dr.ssa \_\_\_\_\_ che ha trovato un paziente intubato, ventilato con saturazione del 97% stabile dal punto di vista emodinamico, con una buona diuresi, pupille isocicliche normoreagenti, non meningismo, riflessi presenti e simmetrici, Babinsky negativo bilateralmente, auscultazione cardiaca con toni lontani, auscultazione polmonare con espiro prolungato, polsi periferici palpabili, riflesso della tosse, reazione al dolore all'arto superiore. Nonostante questa stabilizzazione il paziente non si risvegliava e non aveva riflesso corenale, così che era chiaro a tutti che vi era una forte probabilità che il blocco respiratorio avesse causato dei gravi danni cerebrali (MP 29 maggio 2008 di \_\_\_\_\_, AI 43, pag. 5). Alle 04:00 VITT1 è stato trasportato al reparto cure intense dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, e meglio al reparto Cure intense del Cardiocentro, ove è stato accertato che egli era ormai in uno stato neurologico di coma profondo (Glasgow 3) cioè un' "encefalopatia postanossica grave su arresto respiratorio" (AI 21 pag. 2). Il 9 maggio 2006 è stata fatta una rivalutazione neurologica che ha confermato il grave quadro vegetativo persistente, che non lasciava spazi a prognosi favorevoli, ritenute le scarsissime probabilità di un recupero funzionale tale da permettere una vita comunicativa ed un'autonomia anche minima (AI 21 pag. 2). Nei mesi successivi il quadro clinico è gradualmente peggiorato fino a che, il 9 gennaio 2007, il paziente è deceduto per arresto cardiorespiratorio. In accordo con la Commissione di etica dell'Ente Ospedaliero cantonale (COMEC), i medici hanno omesso di tentare una rianimazione (la conclusione della decisione recita: "La diagnosi di stato vegetativo essendo stata confermata, concordiamo per un non accanimento terapeutico nel senso di un'astensione dall'introduzione di manovre attive quali la rianimazione, la ventilazione artificiale, le catecolamine, la dialisi, ecc. In questo senso si tratta non tanto di sospendere le terapie in atto, ma piuttosto di astenersi dall'introduzione di mezzi artificiali o atti invasivi, garantendo in ogni caso e costantemente un'adeguata terapia palliativa." , AI 18 pag. 2).

#### **E. 17**

L'11 maggio 2006 l'avv \_\_\_\_\_, in rappresentanza del fratello di VITT1, \_\_\_\_\_, ha inviato al Ministero pubblico un esposto con il quale ha chiesto di esaminare il caso per verificare se non vi fossero stati errori da parte del personale sanitario incaricato, connotabili dal punto di vista penale di negligenza (AI 6). Il procuratore pubblico ha immediatamente aperto una procedura a carico di ignoti per il reato di lesioni colpose gravi (AI 7 segg.) e proceduto ad una prima tornata di interrogatori. Con la sopravvenienza della morte, il 9 gennaio 2007, il reato ipotizzato è divenuto quello di omicidio colposo, art. 117 CP. Il pubblico ministero ha dapprima proceduto a chiedere al dr. \_\_\_\_\_, medico legale della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi dell'Insubria di Varese, un rapporto (non quindi una perizia giudiziaria) su quanto avvenuto. Lo stesso è stato trasmesso solo il 18 gennaio 2008 (AI 30) preceduto da una "Relazione riguardante i

farmaci somministrati alla persona di VITT1 presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ dal 6 al 7 aprile 2006" redatta il 6 gennaio 2008 su richiesta del dr. \_\_\_\_\_, con l'accordo del PP, dal Prof. \_\_\_\_\_, professore associato di farmacologia dello stesso istituto universitario (AI 29). Nel frattempo l'avv. \_\_\_\_\_, con scritto 21 febbraio 2008, ha comunicato che gli eredi della vittima, essendo stati risarciti dall'Assicurazione dell'EOC, si sarebbero disinteressati del procedimento penale (AI 34). Non avendo le relazioni degli esperti italiani incaricati statuto di perizia giudiziaria, come eccepito dall'avv. DI 1 il 9 giugno 2011 (AI 65) e dall'avv. \_\_\_\_\_ (AI 67), il PP Zaccaria Akbas, nel frattempo subentrato al collega \_\_\_\_\_, ha nominato, il 24 aprile 2012, quale perito giudiziario il Prof. \_\_\_\_\_, dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Genova (AI 74). Il decreto di nomina è stato impugnato da AP 1 di fronte alla CRP (AI 75), che, con decisione 31 agosto 2012, lo ha annullato condividendo l'opinione del reclamante che il perito avrebbe dovuto avere, nel caso specifico, oltre alle competenze mediche, una buona conoscenza del sistema sanitario elvetico (AI 80). Di conseguenza, il 14 settembre 2012, il Ministero pubblico ha affidato l'incarico della redazione della perizia giudiziaria al Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, già primario di Medicina Intensiva all'HUG di Ginevra (AI 81). In data 30 novembre 2012, il perito giudiziario ha consegnato il suo rapporto (AI 84) seguito poi dal complemento 15 gennaio 2013, allestito sulla scorta delle richieste di delucidazione delle parti, e dall'interrogatorio del dr. med. \_\_\_\_\_ del 22 gennaio 2013. Raccolte tutte le prove, il Procuratore pubblico ha emanato, il 5 febbraio 2013, i due decreti d'accusa a carico dei qui appellanti che hanno portato alla sentenza di condanna 18 marzo 2013 del giudice della Pretura penale, qui impugnata. La perizia, il complemento e i rapporti

## **E. 18**

Prima di affrontare l'esame di merito della fattispecie, appare utile riprendere i contenuti dei referti agli atti nelle parti qui d'interesse. Innanzitutto, pur tenuto conto che non si tratta di perizie giudiziarie, vale la pena ricordare cosa hanno indicato il Prof. dr. \_\_\_\_\_ ed il Prof. dr. \_\_\_\_\_. In effetti i loro rapporti consentono di meglio chiarire di cosa si sta parlando e quali siano le problematiche sollevate. Il Prof. Dr. \_\_\_\_\_ ha constatato che al paziente VITT1, sono stati somministrati, per quanto qui di rilevanza (AI 29 pag. 3): - tra le 14:10 e le 14:20: trinitrato di glicerina (Nitrolingual); - alle 14:35 dei broncodilatatori per inalazione; - alle 16:44: flumazenil (Anexate); - alle 20:00: pantoprazolo (Pantozol); - alle 21:00: salbutamolo (Ventolin) e un altro farmaco; - alle 23:15: Propofolo i.v. 30 mg in bolo seguiti da infusione a 50 mg/h, aumentati a 80 mg/h e infine, poco prima delle 24:00, a 100 mg/h. L'infusione di Propofolo è stata sospesa tra le ore 01:30 e le ore 01:40, a seguito dell'arresto respiratorio; - Poco dopo le 02:00, al paziente intubato vengono somministrati ancora Propofolo i.v. 50 mg in bolo seguiti da infusione a 80 mg/h, sospesa definitivamente dopo le 03:00, e fenanyl; - Dopo le 03:00, dopo la sospensione del Propofol; naloxone (Narcan) e flumazenil (Anexate). Sulle particolarità ed i rischi del Propofolo, l'esperto di farmacologia ha illustrato: " Il suo impiego quale sedativo è infatti consentito, sia in Europa che negli Stati Uniti, soltanto in pazienti intubati e con ventilazione meccanica in reparti di terapia intensiva (Intensive care unit, ICU). L'impiego per gli stati di agitazione è descritto da alcuni testi, tra cui il Goodman, che però fa riferimento all'agitazione conseguente al risveglio dall'anestesia oppure dovuta ad astinenza in soggetti dipendenti da alcool etilico. (...) Di particolare rilievo in relazione alla vicenda del signor VITT1 appare anche il profilo di tollerabilità del propofol, il quale, tra gli effetti avversi noti include in primo luogo quelli di natura cardiopolmonare, i quali includono depressione respiratoria, apnea, ipotensione e

bradicardia sinusale. In particolare, bradicardia e apnea nel corso di induzione dell'anestesia sono segnalati come frequenti e con incidenza superiore all'1%, probabilmente correlati all'impiego del farmaco. Gli effetti del propofol sono correlati alle concentrazioni plasmatiche terapeutiche del farmaco, e gli effetti avversi, quali la depressione cardiorespiratoria, è probabile si verificano a concentrazioni plasmatiche elevate. (...) In linea di principio, le benzodiazepine e il propofol sono entrambi depressori del sistema nervoso centrale e i loro effetti possono vicendevolmente potenziarsi." (AI 29 pag. 4 e 5). Citati nelle note della relazione sono anche degli estratti della scheda tecnica del Diprivan tratta dal sito della U.S: Food and Drug Administration: " Drug interactions: The induction dose requirements of Diprivan Injectable Emulsion may be reduced in patients with intramuscular or intravenous premedication, particularly with narcotics (e.g. morphine, meperidine and fentanyl, etc.) and combinations of opioids and sedatives (e.g. benzodiazepines, barbiturates, chloral hydrate, droperidol, etc.). These agents may increase the anesthetic or sedative effects of Diprivan Injectable Emulsion and may also result in more pronounced decreases in systolic, diastolic and mean arterial pressures and cardiac output." (AI 29, nota 24). Il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso affermando: " In conclusione, l'impiego di propofol a scopo sedativo in un soggetto agitato non è giustificato sulla base del rapporto rischio-beneficio, e in ogni caso non è ricompreso tra gli usi autorizzati per questo farmaco. La sintomatologia manifestata dal paziente in esame - arresto respiratorio con bradicardia - rientra tra gli effetti avversi più frequentemente correlati all'impiego del propofol e la breve distanza di tempo tra l'inizio della somministrazione e il manifestarsi del quadro clinico induce a considerare il farmaco come agente causale. Non si può escludere che la precedente somministrazione o assunzione di altri farmaci (oxazepam, flumazenil) possa aver avuto un ruolo nel determinare una particolare suscettibilità del paziente a questa reazione." (AI 29, pag. 6). Sulla scorta di questo parere e degli atti esaminati, anche il dr. \_\_\_\_\_ ha potuto concludere che la somministrazione di Propofolo a VITT1 è stata quantomeno una delle concause nel verificarsi dell'arresto respiratorio e quindi della morte (AI 30 pag. 31).

## **E. 19**

Nel suo referto peritale del 30 novembre 2012 (AI 84), il dr. med \_\_\_\_\_ ha accertato innanzitutto che l'amministrazione del Propofolo a VITT1, nel contesto clinico particolare in cui è avvenuta, è stata all'origine dell'arresto respiratorio che ha portato la vittima ad uno stato di coma vegetativo durevole, prima, ed alla morte a seguito della decisione - non solo legale ma largamente raccomandata in Svizzera - di rinuncia ad un atteggiamento terapeutico aggressivo (AI 84, pag. 28), poi. Sulla possibilità per un infermiere di prescrivere (termine da non confondere con quello di "somministrare", di ben altro significato) medicinali, in particolare Propofolo, il perito si è così espresso: "(...) en Suisse, la prescription des médicaments demeure de la responsabilité du médecin. Seule une délégation explicite, écrite, détaillée et vérifiée peut autoriser un(e) infirmier(e) à prescrire une molécule pharmacologique à un patient dont il a la charge. Les exceptions à cette règle paraissent être les situations d'extrême urgence (au vu des médicaments cités, comme les catécholamines et l'atropine) ou, à l'autre côté du spectre, les médicaments banaux, comme l'aspirine et, parfois, des antibiotiques oraux. (...) Il n'existait pas, en 2006, dans cette structure, de délégation explicite aux infirmier(e)s quant à la prescription de médicaments. Plus spécifiquement, au sujet du Propofol, aucun protocole explicite de prescription ou d'administration de cette molécule n'était en vigueur dans l'Ospedale Regionale di \_\_\_\_\_, que ce soit dans le SCI ou dans les Soins Intensifs. De plus, aucune délégation

implicite ("coutumière") quant à la prescription de ce médicament et destinée aux infirmier(e)s n'avait été octroyée par les médecins responsables; ceci est confirmé par le médecin responsable (Primaria) des Soins continus de l'Ospedale \_\_\_\_\_ en 2006, la dr.ssa \_\_\_\_\_." (AI 84, pag. 14 e 16). Egli ha quindi chiarito che la prescrizione era e doveva essere di competenza esclusiva di un medico e che nella struttura ospedaliera in questione non esistevano né deleghe esplicite, né implicite (per prassi), agli infermieri di tale incombenza. Sull'impiego del Propofolo nel caso specifico, ha innanzitutto confermato che si tratta di un agente anestetico generale utilizzato in anesthesiologia e in medicina di cure intense, più precisamente di un recettore GABA (gamma aminobutyric acid) come le benzodiazepine e l'alcool etilico, ed ha spiegato che " La dose recommandée pour l'induction de l'anesthésie de la solution à 1% (utilisée dans le cas qui nous occupe ici) est de 1.5 à 2.5. mg/kg de poids corporel, avec un début de l'administration intraveineuse sous forme de bolus, soit en perfusion continue, la vitesse de l'administration dépendant d'un patient à l'autre, en fonction de la profondeur de l'anesthésie recherchée, en moyenne de 4 à 12 mg/kg de poids corporel par heure." (AI 84, pag. 20) Prima di addentrarsi nella valutazione del comportamento del personale sanitario coinvolto, il dr. \_\_\_\_\_ ha tenuto a sottolineare che l'agitazione non è un sintomo banale, ma piuttosto un segnale d'allarme, che indica che sta succedendo qualcosa al paziente. Detto ciò, il perito giudiziario ha appurato che da nessuna parte in letteratura medica si fa riferimento a questo medicamento quale mezzo per la cura dell'agitazione "Il n'existe pas de description de l'usage du Propofol comme traitement de l'agitation. (...) Pour être bref, le Propofol n'a pas sa place per se dans le traitement de l'agitation aiguë selon les recommandations médicales disponibles actuellement et, a fortiori, en 2006" (AI 84, pag. 21). Dal compendio del 2012 egli riporta che il farmaco deve essere amministrato da personale specializzato in anestesia e cure intense, con una formazione in anestesia. I pazienti devono essere costantemente sorvegliati e devono essere disponibili apparecchi per assicurare la possibilità di mantenere aperte le vie respiratorie, di apparecchi per la respirazione assistita e la rianimazione, così come dell'ossigeno: "il n'est donc pas supposé à priori que tout patient auquel on a administré du Propofol sera ou devra être intubé et placé en ventilation mécanique, mais plutôt qu'un tel malade est à risque de subir un problème respiratoire et qu'il doit être étroitement surveillé et placé dans un milieu tel qu'une intubation et une ventilation mécanique puissent être très rapidement mis en oeuvre." (AI 84, pag. 20). Sugli effetti e sui rischi del Propofolo, egli ha scritto: " (...) cette molécule, le Propofol, n'est pas banale, même si elle est séduisante. Pas banale, en raison de ses effets indésirables: cardio-dépression, vasodilatation, bradycardie, dépression respiratoire, obstruction des voies aériennes supérieures à l'induction, marge thérapeutique étroite (l'intervalle entre "mild sedation" et anesthésie profonde est étroit et très individuel) et absence d'antagoniste spécifique à même d'être administré en cas de complication. Séduisante, car son action est rapide et est de courte durée après l'arrêt de la drogue." (AI 84, pag. 22). Con riferimento alle possibili interazioni con altri medicinali (sedativi, neurolettici, Flumazenil), il perito ha precisato che nel 2006 era già risaputo e il fabbricante aveva inserito nelle raccomandazioni, che l'abbinamento di Propofolo a benzodiazepine e neurolettici poteva comportare una diminuzione dell'attività del sistema nervoso centrale, con il rischio di complicazioni quali la depressione respiratoria (AI 84, pag. 24). Pure notorio era che il Flumazenil poteva potenziare l'azione del Propofolo e che quest'ultimo non aveva nessun farmaco antagonista. Nel referto, prima di rispondere ai quesiti, il dr. \_\_\_\_\_ ha poi tenuto a fare risaltare che (AI 84, pag. 25 seg.): - è possibile che droghe come il Propofolo

fossero largamente prescritte e somministrate da infermieri delle cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_ in caso di pazienti agitati, senza che sussistessero dei protocolli che li autorizzassero esplicitamente a farlo e in contraddizione con le regole e la legislazione svizzera; - la somministrazione di Propofolo non era indicata per il paziente VITT1, nel momento in cui è avvenuta, da un lato poiché la causa della sua agitazione non era nota con certezza e, dall'altro, perché la letteratura medica non lascia spazi all'uso di questo il farmaco per il trattamento dell'agitazione; - l'agitazione di VITT1 poteva avere più cause, ma la loro individuazione necessitava di conoscenze mediche superiori a quelle su cui un infermiere può contare. Il paziente avrebbe dovuto essere visitato da un medico competente in questo tipo di situazioni; - è difficile non imputare al Propofolo l'arresto respiratorio; - l'arresto respiratorio e la bradicardia sono complicazioni note dell'amministrazione di Propofolo; - le tempistiche tra la somministrazione del Propofolo e l'arresto cardiaco sono compatibili con il ruolo causale della prima nel secondo; - VITT1 era una persona particolarmente a rischio di arresto respiratorio sotto sedazione da Propofolo, essendovi il sospetto di un abuso di medicinali, al punto da avere problemi respiratori (respirazione Cheyne-Stokes già quando era dalla dr.ssa \_\_\_\_\_); - la somministrazione di Flumazenil, antagonista di certi medicinali soppressori dell'azione respiratoria, ha una efficacia nel tempo molto limitata, di modo che può aver terminato i suoi effetti al momento della somministrazione del Propofolo, causando da un lato un rafforzamento dell'azione sedativa di tali farmaci, e dall'altro dei sintomi da astinenza che potrebbero spiegare l'agitazione del paziente. Sulla necessità di sorvegliare il paziente, il perito ha infine risolto che si imponeva la presenza continua di un infermiere specializzato, non essendo il monitoraggio sufficiente: "Un patient sous Propofol doit être monitorisé durant toute la durée d'action de cette molécule: un tel patient doit pouvoir bénéficier d'une surveillance électronique (moniteur de chevet, ou scope) et de la présence constante d'un membre du personnel hospitalier capable à la fois d'effectuer une évaluation clinique du patient et à même d'interpréter "en ligne" les données du moniteur."

## **E. 20**

Con il complemento del 15 gennaio 2013, il dr. \_\_\_\_\_ ha, su domande degli accusati, oltre che confermato quanto scritto il 29 novembre 2012, aggiunto e chiarito: - le conclusioni del suo referto non sono in contraddizione con la dichiarazione del dr. \_\_\_\_\_, resa a verbale del 22 maggio 2006 (MP 19 maggio 2006, AI 16, pag. 4): "Desidero rilevare che in Svizzera si è sviluppata negli anni la prassi di delegare agli infermieri specializzati in cure intense o in anestesia determinati compiti di cura quali in particolare la rianimazione di base e avanzata, quindi inclusa anche l'intubazione, come pure anche la somministrazione di determinati medicinali che richiedono particolari attenzioni nella somministrazione (cardiotonici o sedativi del tipo Propofolo), e ciò contrariamente a quanto si constata in altri Paesi dove tali azioni restano di spettanza esclusiva dei medici." . In effetti, in primo luogo, nel caso di specie si tratta di cure continue e non di cure intense, per cui tale dichiarazione non trova spazio d'applicazione. Inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha parlato di somministrazione, non di prescrizione. I due termini hanno significati diversi; non devono essere confusi. Nella fattispecie, nessun medico, fino all'arrivo della dr.ssa \_\_\_\_\_, ha prescritto il Propofolo alla vittima (AI 95, pag. 2, risposta 1.1.); - tenuto conto che il deficit cerebrale d'ossigeno sia stato prolungato, è probabile, ma non certo (non essendoci dei dati al proposito), che una sorveglianza clinica stretta avrebbe potuto permettere di rilevare qualche segnale d'allarme proveniente dal defunto VITT1, quali delle anomalie respiratorie e/o cardiache, che la somministrazione di

Propofolo avrebbe potuto essere interrotta e che sarebbe stato possibile allertare i medici (AI 94, pag. 6, risposta n. 7); - un'interruzione della circolazione cerebrale della durata di 20 secondi esaurisce le riserve cerebrali d'ossigeno e conduce ad una perdita di conoscenza. Dopo 5 minuti di anossia cerebrale completa, il cervello perde il suo metabolismo essenziale, il glucosio e le sue riserve d'energia (ATP, adenosina trifosfato), con la conseguenza dell'insorgere di danni neuronali che si susseguono a cascata, e con la morte di cellule cerebrali. Se la circolazione nel cervello viene riattivata in un lasso di tempo di 3-5 minuti, ci può essere un recupero talvolta completo delle funzioni. Oltre questo limite le conseguenze sono nefaste. Paradossalmente, anche una restaurazione rapida della circolazione cerebrale può essere pericolosa, poiché può condurre a lesioni qualificate come danno da ischemia e riperfusione (AI 95, pag. 7, risposta 9.1.): "L'oxygénation cérébrale dépendant à la fois de l'intégrité de la perfusion sanguine du cerveau, donc de l'intégrité de la fonction cardio-circulatoire, et de l'oxygénation du sang assurée par la respiration, feu Monsieur VITT1 a dû être victime d'une combinaison de l'altération concomitante de ces deux facteurs. Il est impossible de dire aujourd'hui quelle a été l'intensité à quel moment et la durée de la compromission de l'oxygénation cérébrale du patient décédé, sinon qu'en fin de compte, le déficit en oxygène du cerveau a été très sévère au vu de ses conséquences neurologiques." (AI 94, pag. 7, risposta 9.1.); - se la prescrizione del Propofolo è stata fatta dalla dr.ssa AP 2 prima dell'arresto respiratorio, essa deve venire considerata inappropriata. Se invece fosse stata fatta dopo lo stesso, una volta che il paziente era intubato, potrebbe essere comprensibile (AI 94, pag. 8, risposta n. 12).

## **E. 21**

Il perito è stato in seguito interrogato dal PP alla presenza delle parti. In quell'occasione, il 22 gennaio 2012, egli ha dichiarato: " Domande poste dall'avv. DI 1 2) Dagli atti risulta che l'infermiere AP 1 ha somministrato a partire da un orario compreso tra le 23:15 e le 23:30, sulla base di una decisione autonoma, il Propofolo. Sempre dagli atti risulta che in un orario non meglio precisato ma compreso tra le 23:30 e le 24:00 ha riferito ai medici, in primis al dott. \_\_\_\_\_, poi alla dott.ssa AP 2, di questa sua autonoma iniziativa. Di fatto questa sua iniziativa è stata ratificata, dapprima per atti concludenti poi esplicitamente (come risulta dalla risposta alla domanda precedente) dai medici. Considerata la durata degli effetti del farmaco, da un punto di vista scientifico è possibile affermare con certezza che gli effetti nefasti che si sono prodotti al più tardi alle ore 01:45, siano riconducibili al Propofolo somministrato da AP 1 prima della ratifica medica? Penso che ci siano due modi che permettano di affrontare la domanda. Il primo è l'approccio clinico, dove AP 1 è presente e vede sul monitor quello che sta succedendo, poteva vedere l'elettrocardiogramma, la frequenza respiratoria e la saturazione dell'ossigeno. Ritengo inoltre che AP 1 abbia misurato la pressione arteriosa. Durante la fase "AP 1" posso affermare che non c'era una situazione preoccupante e del resto la prova è che la dott.ssa AP 2 ha prescritto lo stesso farmaco, se fosse stata preoccupata non lo avrebbe fatto. Questo non significa che la decisione della dott.ssa AP 2 sia stata una buona decisione, perché le indicazioni presenti in quel momento non erano quelle per una prescrizione e somministrazione del Propofolo. Il secondo approccio è quello farmaco-cinetico (= evoluzione ed effetti del farmaco nel corpo umano rilevati nel sangue nel corso del tempo). Nel caso del Propofolo che ho esaminato ci vuole un certo tempo affinché il farmaco somministrato raggiunga un livello costante. Nel caso di VITT1 questo intervallo di tempo non è e non era prevedibile perché il dosaggio è stato somministrato da AP 1 in dosi differenti (aumentandolo man mano nel tempo). Ci sono altre due ragioni per le quali questo intervallo di tempo non era prevedibile. La prima è

determinata dal fatto che il paziente era obeso, ciò che modifica lo spazio di distribuzione nel corpo e la seconda è l'interazione con gli altri medicinali, in particolare i medicinali psicoattivi (uno di questi è il Flumazenil). Tutto questo ci permette di dire che nella fase AP 1 eravamo in uno stato di incertezza. Voglio precisare che la seconda fase segue ed è la conseguenza della prima. 3) Si può affermare con certezza che se la somministrazione fosse stata interrotta alle 23:30 o alle 24:00 o alle 00:15, il risultato nefasto si sarebbe prodotto ugualmente? Posso affermare che se la somministrazione del Propofolo fosse stata arrestata quando la situazione del paziente risultante dai monitor (parametri vitali nella norma) era tranquilla ritengo che sarebbe stato estremamente probabile che il tasso di Propofolo del sangue sarebbe diminuito rapidamente. Di conseguenza il paziente si sarebbe molto probabilmente svegliato agitato e l'effetto nefasto non si sarebbe prodotto. Questo si basa sulla farmacocinetica. 4) Domanda di precisazione dell'avv. \_\_\_\_\_ a seguito della precedente domanda dell'avv. DI 1. Se nel lasso di tempo che AP 1 è stato assente per aiutare una sua collega infermiera, dagli atti risulta circa 10 minuti o anche meno, egli fosse stato invece presente vicino al paziente, nel senso che lo avesse seguito dai monitor, avrebbe potuto sospendere il Propofolo perché in quel momento ha notato una desaturazione dell'ossigeno e quindi non si sarebbe prodotto l'effetto nefasto? In poche parole si chiede al perito se un pronto intervento di AP 1 avesse (recte avrebbe) potuto evitare al paziente gli effetti nefasti susseguenti. (...) Prima di rispondere alla domanda voglio precisare che, medicalmente, quando AP 1 si è assentato è molto probabile che tutto era tranquillo, altrimenti non si sarebbe assentato. Quando AP 1 è tornato c'era uno stato bradicardico, una desaturazione importante e una frequenza respiratoria molto lenta, e in seguito è subentrato un arresto respiratorio. Dagli atti non è chiaro se AP 1 è intervenuto quando era già in corso l'arresto respiratorio. L'intervallo di assenza di AP 1 non è determinabile con certezza e bisogna aggiungere a questo fattore anche quello fisiopatologico (...). (...) Per quanto concerne VITT1 il Propofolo ha diminuito e poi fermato il movimento respiratorio. Inoltre lo scambio di ossigeno non era più normale e questo lo si evince perché c'è stato uno scanner toracico effettuato d'urgenza al Pronto Soccorso che ha rilevato che c'erano delle zone dei polmoni otturate (= termine scientifico, atelettasia). Tutto questo serve per dire che l'interpretazione della saturazione in VITT1 è difficile a causa della presenza di diversi fattori. Questo non ci permette di dedurre la durata dell'assenza di AP 1. E' importante rilevare che se questi due aspetti non funzionano non è necessario molto tempo perché la saturazione precipiti. Nel caso di VITT1 la frequenza respiratoria è diminuita gradualmente. C'è comunque un altro indizio che ci dice che l'ossigenazione doveva già essere alterata prima dell'arresto respiratorio, e questo ce lo indica l'avvenuta bradicardia. Possiamo affermare questo perché un cuore normale è molto resistente all'ipossia. Questo significa che una desaturazione grave ha dovuto probabilmente precedere l'arresto respiratorio. Questo è probabile (e non certo) perché non è sicuro che VITT1 avesse un cuore normale, in quanto era un maschio tabagista e obeso. Rispondendo alla domanda dico che se AP 1 fosse stato presente avrebbe osservato i sintomi descritti sopra e avrebbe probabilmente deciso di sospendere la somministrazione del Propofolo, è quindi possibile che ciò avrebbe evitato le conseguenze nefaste occorse al paziente. Gli elementi che ho a disposizione mi inducono a supporre che la situazione è degenerata progressivamente. AP 1, se non si fosse assentato, avrebbe potuto rilevare tutti segnali d'allarme di cui ho accennato in precedenza e quindi intervenire. Vorrei sottolineare che AP 1, se fosse stato presente, non avrebbe avuto comunque la competenza per comprendere come intervenire per porre rimedio ad una situazione critica. Dico questo perché AP 1 non è

un infermiere specializzato come ho indicato al punto 5.2.2.3. della mia perizia. Con questo voglio dire che AP 1 avrebbe dovuto comunque interpellare ed essere stato assistito da un medico.” (MP 22 gennaio 2013, AI 97, pag. 2 segg.). Gli appelli

## **E. 22**

Con i rispettivi appelli gli imputati contestano innanzitutto d'aver violato delle regole di prudenza, essendosi limitati a fare il loro dovere, a seguire la prassi consolidata dell'Ospedale ed essendo stato il loro agire ratificato dai dr.i \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, che li hanno così sollevati da loro eventuali responsabilità. Oltre a ciò, non sarebbe a loro dire dimostrato un nesso di causalità naturale ed adeguato tra i comportamenti censurati e la morte del signor VITT1. La dr.ssa AP 2, infine, ha sollevato l'eccezione di un interruzione del nesso di causalità adeguata da parte del coimputato.

## **E. 23**

ottobre 2014/mi

In nome della Repubblica e Cantone Ticino

La Corte di appello e di revisione penale

composta dai giudici:

Damiano Stefani, presidente delegato,

Emanuela Epiney-Colombo e Angelo Olgiati

segretaria:

Sara Lavizzari, vicecancelliera

nell'ambito del procedimento penale condotto dal Ministero pubblico

ed ora sedente per statuire nella procedura d'appello avviata con annuncio del 20 marzo 2013 da

AP 2,

ed in quella avviata con annuncio 25 aprile 2013 da

AP 1,

contro la sentenza emanata nei loro confronti il 18 marzo 2013 dalla Pretura penale di Bellinzona

richiamate le dichiarazioni di appello 2 rispettivamente 11 ottobre 2013;

per avere, a Lugano, in data 6 e 7 aprile 2006, nella sua qualità di infermiere presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, incaricato della cura del paziente VITT1 (\_\_\_\_\_), cagionato per negligenza ed in violazione delle regole dell'arte medica, in concorso con la dr.ssa AP 2, la morte di VITT1, ricoverato dapprima, in data 6 aprile 2006, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_, poi presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ed in seguito, in data 7 aprile 2006, presso il reparto di cure intense dell'Ospedale \_\_\_\_\_, dove, a causa delle complicazioni dell'arresto respiratorio sopraggiunto verso le ore 01:45 del 7 aprile 2006 presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, è deceduto in data 9 gennaio 2007,

e meglio, per avere,

in data 6 aprile 2006, verso le ore 23:15, a seguito di uno stato di agitazione indicato come incontrollabile del paziente VITT1, somministrato a quest'ultimo, progressivamente (da 30 mg/h alle ore 23:15 sino a 100 mg/h alle ore 24.00 circa), di sua iniziativa e senza prescrizione medica, il farmaco anestetico Propofolo (Ansiven), farmaco controindicato nei casi di agitazione, oltretutto se somministrato a un paziente che presentava i sintomi di un'intossicazione da farmaci psicoattivi ed al quale erano stati somministrati degli antagonisti delle benzodiazepine, farmaci che predispongono alla depressione respiratoria, non essendo inoltre nota la causa dell'agitazione, esame complesso, che doveva essere esperito da un medico competente;

dopo avere somministrato il farmaco Propofolo, per essersi allontanato dal reparto di cure continue per aiutare una collega, allontanamento ingiustificato che non ha permesso di sorvegliare de visu il paziente VITT1, non potendo bastare nel caso di somministrazione di tale farmaco l'inserimento di un allarme sonoro, che nel caso di specie, oltretutto, non è stato immediatamente udito, ciò che non ha permesso una tempestiva rianimazione, una corretta ventilazione e intubazione del paziente;

e ne ha proposto la condanna ad una pena pecuniaria di 80 aliquote giornaliere da fr. 110.- ciascuna, per complessivi fr. 8'800.-, pena sospesa per un periodo di prova di due anni.

Inoltre ha rivendicato la condanna del prevenuto al pagamento della tassa di giustizia di fr. 200.- e delle spese per fr. 9'264.-.

e ne ha proposto la condanna ad una pena pecuniaria di 60 aliquote giornaliere da fr. 130.- ciascuna, per complessivi fr. 7'800.-, pena sospesa per un periodo di prova di due anni.

Inoltre ha rivendicato la condanna della prevenuta al pagamento della tassa di giustizia di fr. 200.- e delle spese per fr. 3'088.-.

Non è corretto far pagare a AP 1 malfunzionamenti generalizzati.

Dal punto di vista procedurale, il difensore ha osservato come l'unica persona sentita in qualità di teste e non come indagato è il dr. \_\_\_\_\_. Tutti gli altri, quindi, hanno risposto mantenendo inevitabilmente delle posizioni difensive; di questo va tenuto conto.

In sentenza, a detta del legale, vi sono vari accertamenti inesatti, a partire dagli orari indicati ai consid. n. 4 e 6.

Con riferimento all'addebito d'aver somministrato Propofolo, ha puntualizzato che il ricorso al farmaco è stato deciso con l'idea di risolvere una situazione acuta momentanea e che i quantitativi utilizzati sono conformi alla posologia.

La dr.ssa \_\_\_\_\_ non ha ordinato di interrompere la somministrazione, anzi, l'ha confermata. Si è solo limitata a chiedere di mantenere un dosaggio basso ad un livello che garantisca il controllo dell'agitazione ed allo stesso tempo di non addormentare il paziente. In altre parole il trattamento iniziato dal prevenuto è stato ratificato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_. Questa omologazione è stata poi confermata pure dal dr. \_\_\_\_\_.

In seguito è giunta la convalida della terapia anche dalla dr.ssa AP 2, che l'ha formalizzata sulla cartella clinica.

Dalla presa a carico da parte dei medici, quindi, la scelta di AP 1 è stata convalidata da loro. In questo modo essi se ne sono assunti la responsabilità.

Quanto fatto dall'imputato nel lasso di tempo tra le 23:15 e le 24:00 a lui imputabile, non può essere considerato una causa della morte della vittima, anche tenuto conto che il Propofolo ha un'emivita breve.

Con riferimento all'allontanamento dalla stanza di cure continue, l'avv. DI 1 ha tenuto a sottolineare come la sorveglianza del paziente non significhi stare ininterrottamente al suo capezzale. Dall'altronde era chiaro a tutti che il fatto che vi fosse solo un infermiere responsabile comportava il fatto che non fosse possibile sorvegliare costantemente di persona i degenti.

L'allontanamento in quanto tale non è stato che di pochi metri, tenuto conto che come si vede dalla planimetria prodotta, la camera 109 dista solo 15 m da quella di cure continue.

Inoltre è importante a suo avviso rilevare come non sia stato in alcun modo dimostrato cosa è successo durante il periodo d'assenza e quali danni alla salute abbia subito in quel lasso di tempo la vittima. Tra le varie ipotesi formulabili, tutte di pari valore, vi sono quella che anche in presenza dell'infermiere non sarebbe stato possibile rilevare l'arresto respiratorio e quella che i problemi siano sorti dopo AP 1 era già rientrato di corsa al capezzale del signor VITT1 perché aveva sentito l'allarme - che tra l'altro segnalava il distacco di un elettrodo e non una anomalia nei parametri. Non essendo provato quando sono iniziate la diminuzione del battito cardiaco e dell'ossigenazione, non si può concludere per l'esistenza di un nesso causale tra l'uscita dalla stanza e la morte.

Con riferimento al rimprovero d'aver attivato l'allarme REA in ritardo, il difensore ha postulato che venga riconosciuto che non vi è stato alcun ritardo nel suo azionamento. Quando il prevenuto è rientrato in stanza non vi era ancora un arresto respiratorio ma solo una diminuzione della frequenza. Egli, dando l'allarme durante la telefonata con la dr.ssa AP 2, dopo aver provato la rianimazione, ha agito correttamente e non ha perso tempo. Ma vi è di più: anche se avesse subito azionato il REA, l'anestesista sarebbe giunto al più presto quando ormai la dr.ssa AP 2 stava terminando con successo l'intubazione. Infine, non è corretto pretendere da AP 1 una reazione immediata al momento della sua entrata in stanza, poiché bisogna riconoscergli il tempo per riattaccare l'elettrodo e attendere che il monitor si riattivasse, considerato che solo a quel punto gli è stato possibile capire esattamente cosa stesse capitando.

Tutto ciò considerato, non si può giungere che al proscioglimento da ogni accusa;

Se le istruzioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ fossero state chiare e perentorie, il dr. \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto intervenire subito. L'imputata non aveva quindi nessun motivo per dubitare che il collega nell'ora precedente non aveva fatto il suo dovere. E poi evidente che un giovane medico assistente si adegua a quanto hanno fatto i suoi colleghi medici esperti.

La dr.ssa AP 2 non ha quindi effettuato alcuna prescrizione ma si è limitata a mettere su carta quanto già prescritto dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_: ha formalizzato ciò che era in essere.

Per di più, il dosaggio di 100 mg/h era una dose corretta, non eccessiva, per un paziente corpulento come il signor VITT1.

E' errato additare l'accusata per non aver verificato le controindicazioni del farmaco, poiché le conosceva già.

Come confermato dal dr. \_\_\_\_\_, poi, l'uso del Propofolo come sedativo era una prassi consolidata in Ticino.

Partendo dal principio che una negligenza è data solo se vi è una lesione di criteri cardine della scienza medica, nel caso di specie la stessa deve essere esclusa per il fatto che dei medici di alto livello hanno dichiarato, contrariamente a quanto asserito dal perito, che il Propofolo può essere impiegato anche per scopi come quello qui contestato. La questione è quindi quantomeno controversa.

Il difensore ha anche contestato la consistenza del considerando n. 15 della sentenza impugnata, sostenendo che non si poteva pretendere che la dr.ssa chiamasse la capo clinica. Per quale motivo avrebbe dovuto farlo, visto che quest'ultima aveva appena parlato con il dr. \_\_\_\_\_?

Pure errato è pretendere che l'accusata visitasse di nuovo il paziente: questi era già stato esaminato a fondo nel pomeriggio, per cui non era più necessario farlo.

Infine il legale ha eccepito il fatto che, con il suo comportamento, e meglio allontanandosi dalla camera di cure continue, AP 1 ha in ogni caso interrotto il nesso di causalità: l'unica causa della morte è l'abbandono del paziente. La prevenuta non poteva di certo aspettarsi di dover fronteggiare gli errori dell'infermiere.

Infine, dopo aver rilevato come i decreti di abbandono a favore dei dr. i \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ siano incoerenti con il DA a carico della sua cliente, ed aver chiesto il proscioglimento di quest'ultima, l'avv. DI 2 ha sollevato, in via subordinata, la violazione del principio di celerità.

Quale chiosa conclusiva ha richiamato la sua eccezione circa la regolarità dell'intimazione del decreto, e chiesto l'annullamento della sentenza e il suo rinvio alla Pretura penale per il rifacimento del processo.

Ritenuto in fatto

ed in diritto

Sulla questione della cognizione del tribunale di secondo grado il TF ha avuto modo di precisare che l'appello porta ad un nuovo e completo esame di tutte le questioni contestate ed ha spiegato che la giurisdizione di seconda istanza non può limitarsi ad individuare gli errori dei giudici precedenti e a criticarne il giudizio ma deve tenere i propri dibattimenti ed emanare una nuova decisione - che sostituisce la precedente (art. 408 CPP) - secondo il proprio libero convincimento fondato sugli elementi probatori in atti e sulle risultanze delle prove autonomamente amministrare (STF 6B\_715/2011 del 12 luglio 2012, consid. 2.1 che cita, fra gli altri, Luzius Eugster, in: Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, Basilea 2011, ad art. 398, n. 1, confermata in STF 6B\_404/2012 del 21 gennaio 2013, consid. 2.1; cfr., inoltre, Rapporto esplicativo concernente il Codice di procedura penale svizzero, DFGP, giugno 2001, pag. 261; Schmid, Schweizerische Strafprozessordnung, Praxiskommentar, Zurigo/San Gallo 2009, ad art. 398, n. 7).

Il precetto non impone, tuttavia, che l'assunzione delle prove conduca ad un assoluto convincimento. Semplici dubbi astratti e teorici - sempre possibili poiché ogni fatto collegato a vicende umane lascia inevitabilmente spazio alle incertezze - non sono sufficienti ad imporre l'applicazione del principio in dubio pro reo.

Il principio dell'■in dubio pro reo è così disatteso soltanto quando il giudice penale avrebbe dovuto nutrire, dopo un'analisi globale e oggettiva delle prove, rilevanti e insopprimibili dubbi sulla colpevolezza dell'imputato (DTF 127 I 38 consid. 2a; 124 IV 86 consid. 2a; 120 Ia 31 consid. 2c; STF 6B\_369/2011 del 29 luglio 2011 consid. 1.1.; 6B\_253/2009 del 26 ottobre 2009 consid. 6.1.; 6B\_579/2009 del 9 ottobre 2009 consid. 1.3.).

Eccezione preliminare

Giusta l'■art. 327 cpv. 1 lett. a CPP, il Pubblico ministero notifica senza indugio l'■atto d'■accusa e l'■eventuale rapporto finale, tra gli altri, all'■imputato, se il suo luogo di soggiorno è noto. Se questi è patrocinato da un difensore, l'■atto d'■accusa (rispettivamente il decreto d'■accusa) deve essere notificato anche al legale, art. 87 cpv. 3 CPP.

In caso di domicilio sconosciuto, l'■atto viene intimato solo al difensore che deve poi farsi parte diligente per reperire il suo assistito (Heimgartner/Niggli in Basler Kommentar, StPO, Zurigo 2011, ad art. 327, n. 4).

Per la dottrina, è possibile far pervenire al difensore due esemplari dell'■atto d'■accusa (o decreto) e questi è tenuto a trasmetterli al patrocinato, anche quando quest'■ultimo ha fatto elezione di domicilio nel suo studio (Moreillon/Parein-Reymond, CPP, Petit commentaire, Basilea 2013, ad art. 327, n. 4).

Nel caso che ci compete, un semplice esame degli atti permette di accertare come, nei fatti, l'■accusata abbia eletto domicilio presso lo studio legale dell'■avv. \_\_\_\_\_. In effetti gran parte dei documenti cardine è stata trasmessa unicamente a quest'■ultima, a partire dalle citazioni (ad es. AI 36, 37, 38, 39, 45), ai decreti (AI 74, 81), alla sentenza della CRP (AI 80), per sé e per la cliente, senza che fosse mai stata sollevata obiezione alcuna.

Già solo per questo, richiamato il principio della buona fede processuale, l'■eccezione deve essere respinta.

Lo deve poi essere, a maggior ragione, se si tiene conto che l'■imputata ha potuto, il 18 febbraio 2013, tempestivamente fare opposizione al decreto, per il tramite dell'■avv. \_\_\_\_\_, nonostante ella abbia dichiarato di non conoscere il recapito della cliente.

In queste condizioni la notificazione del decreto d'■accusa per il tramite dell'■avvocato può essere considerata conforme ai dettami di legge e dunque valida.

Certo, la citazione al dibattimento del 14 marzo 2013 è stata ricevuta dall'■imputata, come dichiarato dallo stesso legale DI 2, subentrato all'■avv. \_\_\_\_\_, nel suo scritto del 4 marzo 2013, solo in quella data, per cui il preavviso dell'■art. 202 cpv. 1 lit. b CPP, è stato rispettato per un soffio. Una simile procedura ha portato a non concedere rinvii che in situazioni normali, nel rispetto della dignità umana e della correttezza, art. 3 CPP, avrebbero dovuto essere accordati, vista la situazione personale della dr.ssa AP 2. In quest'■ottica, pur essendo l'■agire della Pretura penale legale, vi è da chiedersi (retoricamente) se spetti all'■autorità giudicante attivarsi in tutta fretta e ai limiti del rispetto dei principi sanciti dal CPP, per sanare delle mancanze e dei ritardi - come vedremo, qui ingiustificati e ingiustificabili - maturati dal Ministero pubblico.

L'■eccezione formale deve dunque essere respinta.

Al dibattimento d'■appello, l'■imputato ha precisato:

Nel gennaio del 2006 il suo medico curante, dr.ssa \_\_\_\_\_, lo ha visitato dopo un ricovero al \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (dal 23 al 24 gennaio, AI 6) poiché, oltre a problemi fisici, egli lamentava di essere in preda ad un grave stato ansioso-depressivo dovuto alla sua incapacità di elaborare un'incarcerazione di ben sei anni subita ai tempi del regime di \_\_\_\_\_. Una delle conseguenze di questo stato era una severa insonnia.

A fronte di questi sintomi, preso atto che il paziente era poco collaborativo e non si era presentato ad un appuntamento fissatogli con una psichiatra che parlava anche la sua lingua, la dr.ssa \_\_\_\_\_ gli ha dapprima, il 13 marzo 2006, prescritto un blando sonnifero (Zolpidem), che non ha avuto alcun effetto, per poi passare, dal 28 marzo 2006, ad un ansiolitico moderato (Xanax ret. 0.5 mg) abbinato a piccole dosi di antidepressivo (Eflexor ER 75 mg).

Il 4 aprile seguente, il paziente, reduce anche da un trattamento di una severa infezione alla gola, è stato nuovamente visitato dal medico, al quale ha dichiarato di stare meglio ma di non riuscire assolutamente a dormire (avrebbe preso in una sera anche 8 Zolpidem) e di essere perciò molto irritabile ed ansioso. Quale sonnifero gli è stato così prescritto Seresta forte e gli è stato consigliato un progressivo aumento degli ansiolitici (lettera 11 maggio 2006 della dr.ssa \_\_\_\_\_ all'avv. \_\_\_\_\_, AI 6, doc. 2).

Due giorni dopo, il 6 aprile 2006, verso le 13:00, VITT1 si è recato dalla dottoressa barcollando, farfugliando, rallentato, sudato e con respiro affannoso. Egli presentava in particolare una respirazione di tipo Cheyne Stokes, dolori cefalici e precordiali, sicché ella ha immediatamente avvertito l'ambulanza che lo ha trasportato al Pronto soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ove è giunto alle 14:20 (secondo la Croce Verde, AI 84 pag. 3) o alle 14:30 (secondo il Pronto Soccorso, class. ■Cartella clinica■, rubrica n. 10).

Alle 14:35 gli è stato somministrato un broncodilatatore (Ventolin) e dell'Atrovent. Alle 15:36, il paziente è stato descritto come■soporoso, ma può essere risvegliato, è lucido ed orientato■(AI 84 pag. 3); alle 16:44 gli sono state iniettate due ampolle di Flumazenil (Anexate) e è stato definito■un po' più sveglio■ma■non ricorda il motivo per cui è in PS■(cartella clinica del Pronto Soccorso, class. ■Cartella clinica■, rubrica n. 10).

Gli esami del sangue effettuati non hanno rilevato particolari problematiche. Le analisi delle urine hanno consentito di riscontrare la presenza di benzodiazepine. L'ECG non ha confermato anomalie compatibili con un'insufficienza coronarica acuta, così come la TAC cerebrale non ha mostrato alterazioni particolari.

Richiesta una valutazione al reparto di neurologia, è stata diagnosticata una ■molto probabile intossicazione da benzodiazepine■(rapporto di consulto collegiale del 6 aprile 2006, class. ■Cartella clinica■, rubrica n. 10) e consigliato il ricorso ad un antagonista delle stesse, il Flumazenil (Anexate) che è, come testé indicato, stato dato al paziente poco prima delle 17:00 con un passaggio ad uno stato di coscienza Glasgow (livello 15 sulla scala GSC, rispetto al livello 14).

In merito al procedere, il medico assistente di neurologia ha disposto:■ricovero in cure continue per la presa a carico e sorveglianza della respirazione. Da valutare nuovo consulto neurologico secondo decorso■(rapporto di consulto collegiale del 6 aprile 2006, class. ■Cartella clinica■, rubrica n. 10, pag. 2).

Stabilizzato il suo stato di salute, VITT1 è poi stato trasferito dal Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_, al reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ove è arrivato verso le 18:30.

Il fax con il rapporto consultivo collegiale di cui si è appena parlato è stato inviato qualche ora più tardi, alle 21:56.

AP 1 ha cercato di spiegare al degente che non era possibile accogliere le sue richieste ed ha chiesto ad una collega di occuparsi di lui mentre terminava il passaggio di consegne.

Pochi minuti dopo, VITT1 ha di nuovo suonato il campanello persistendo nelle proprie richieste, più irrequieto e agitato, al punto che AP 1 ha chiesto alla collega di sorvegliarlo fino a quando non avrebbe finito il briefing d'entrata.

Dalle 23:00 in poi la situazione è diventata più complessa poiché il paziente si è mostrato sempre più irrequieto ed agitato, al punto da chiedere gli abiti per poter tornare a casa e da alzarsi dal letto continuando a staccare i cavi del monitoraggio e di nuovo tentare di strappare i tubi dell'endovenosa. Ai tentativi di calmarlo dell'imputato, che oltre ad insistere verbalmente aveva dovuto opporsi fisicamente, VITT1 ha reagito divenendo aggressivo, atto che vista la sua corporatura massiccia (sui 110 kg) non poteva essere considerato irrilevante.

Trovatosi in difficoltà, AP 1 ha così deciso, alle 23:15, di propria iniziativa e senza consultare nessuno, di iniettare all'uomo 30 mg di Propofolo (Ansiven / Disoprivan) in bolus, riuscendo così a sedare velocemente il paziente.

Non appena riposizionato a letto, l'infermiere ha predisposto la somministrazione per infusione di questo medicamento anestetico alla velocità di 50 mg/h, aumentata poi a 80 mg/h e, infine a 100 mg/h, poiché la vittima continuava ad essere agitata ed a rimuovere i dispositivi di controllo.

Nel contempo ha impostato una sorveglianza con allarmi stretti mediante i vari monitoraggi, vale a dire, secondo lui, quello neurologico, quello respiratorio, quello elettrocardiografico e quello emodinamico (relazione scritta dell'imputato del 10 aprile 2006, all. A a MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 3), o meglio, come da lui poi chiarito e ridimensionato:

Nel frattempo era giunta in sede la dr.ssa AP 2 per iniziare il suo turno al posto del dr. \_\_\_\_\_ quale medico di guardia per tutto l'Ospedale (reparti di medicina, chirurgia e oftalmologia). Ella è stata informata della situazione del paziente VITT1, che ha visto di sfuggita senza visitarlo, dal collega medico e dall'infermiere AP 1.

Il dr. \_\_\_\_\_ ha al proposito dichiarato:

L'imputata ha sostenuto di non ricordare cosa le avesse detto il dr. \_\_\_\_\_, ma di ritenere che non le avesse fornito molte informazioni (MP 29 maggio 2008, Ai 41, pag. 3).

Dopo aver visto che il paziente era ancora agitato e tentava di uscire dal letto, dopo aver discusso con l'infermiere che le aveva detto che il ricorso all'anestetico era usuale in cure intense, su richiesta di quest'ultimo, la dr.ssa AP 2, alle ore 00:15, ha deciso di ratificare formalmente, quale primo medico, la somministrazione del Propofolo, fissando nella cartella clinica un dosaggio di 100 mg/h con la precisazione "secondo bisogno" (MP 29 maggio 2008, AI 41, all. B):

Quale giustificazione, al dibattimento d'■appello, ha sostenuto che gli ordini erano di calibrare il farmaco in modo che il quantitativo fosse il minore possibile per poter evitare che il paziente si facesse male e nel contempo mantenere le sue funzioni vitali intatte e non farlo addormentare (verbale dib. d'■appello, pag. 3):

Inoltre non può essere considerata precisa l'■affermazione secondo la quale dopo la sedazione il paziente aveva urinato spontaneamente, poiché è in contrasto con quanto dichiarato dall'■imputato stesso nel suo scritto del 10 aprile 2006. In effetti egli ha sì effettuato la minzione, ma quando i dosaggi erano ancora in fase di assestamento, quando di certo non erano ancora al livello massimo raggiunto e di certo non dopo le 24:00:

(MP

#### **E. 24**

maggio 2006, AI 17, pag. 2).

In seguito, dopo le 24:00 e dopo che il dosaggio era stato aumentato a 100 mg/h, il signor VITT1, si è decisamente tranquillizzato, al punto da potersi dare per accertato che fosse praticamente assopito, nonostante continuasse a muoversi nel sonno:

Stato confermato dalla dr.ssa AP 2, seppur, inspiegabilmente, interrogata solo due anni dopo:

Prima di lasciare il suo posto, il prevenuto ha dichiarato di aver verificato che fossero inseriti gli allarmi:

La dr.ssa AP 2 ha così descritto i fatti e le modalità con cui ha proceduto alla difficile intubazione del paziente:

In merito all'■attivazione dell'■allarme REA, si può dare per accertato che se ne è occupato AP 1 durante la telefonata alla coimputata o al più tardi non appena conclusa la conversazione con lei. Ne è conferma la dichiarazione della dr.ssa AP 2 secondo la quale quando ella è giunta nella camera di cure continue, stavano arrivando anche tutti gli altri infermieri, segno che essi avevano praticamente sentito suonare l'■allarme allo stesso momento in cui lei è stata avvisata del problema dall'■infermiere:

Sull'■inserimento dell'■allarme dei monitoraggi e sulla sua udibilità, la coimputata ha sollevato qualche dubbio:

La dr.ssa \_\_\_\_\_, dal canto suo, ha dichiarato che a suo avviso, lasciando la stanza delle cure continue ed entrando in un altro locale, gli allarmi sonori non si sentissero (MP 11 novembre 2008, AI 46, pag. 3).

Avendo rilevato una saturazione dell'■emoglobina al 75% (si pensi che valori al di sotto del 90% non sono fisiologici e indicano una severa deficienza d'■ossigeno, ipossia) ed un'■ipertensione arteriosa, ha somministrato alla vittima un bolus di Propofolo di 50 mg e 100 mg (definiti erroneamente ■gamma■) di Fentanyl, oltre che Narcan e Anexate. Non essendovi stati grossi miglioramenti della saturazione, egli ha poi dovuto procedere all'■iperventilazione manuale, sino a portarla al 90% e poi al 100%.

Sotto l'■aspetto cardiocircolatorio VITT1 è rimasto sempre stabile.

Alle 02:50 è giunta in clinica anche la capo clinica di guardia dr.ssa \_\_\_\_\_ che ha trovato un paziente intubato, ventilato con saturazione del 97% stabile dal punto di vista emodinamico, con una buona diuresi, pupille isocicliche normoreagenti, non meningismo,

riflessi presenti e simmetrici, Babinsky negativo bilateralmente, auscultazione cardiaca con toni lontani, auscultazione polmonare con espiro prolungato, polsi periferici palpabili, riflesso della tosse, reazione al dolore all'arto superiore. Nonostante questa stabilizzazione il paziente non si risvegliava e non aveva riflesso corenale, così che era chiaro a tutti che vi era una forte probabilità che il blocco respiratorio avesse causato dei gravi danni cerebrali (MP 29 maggio 2008 di \_\_\_\_\_, AI 43, pag. 5).

Alle 04:00 VITT1 è stato trasportato al reparto cure intense dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, e meglio al reparto Cure intense del Cardiocentro, ove è stato accertato che egli era ormai in uno stato neurologico di coma profondo (Glasgow 3) cioè un'encefalopatia postanossica grave su arresto respiratorio (AI 21 pag. 2).

Il 9 maggio 2006 è stata fatta una rivalutazione neurologica che ha confermato il grave quadro vegetativo persistente, che non lasciava spazi a prognosi favorevoli, ritenute le scarsissime probabilità di un recupero funzionale tale da permettere una vita comunicativa ed un'autonomia anche minima (AI 21 pag. 2).

Nei mesi successivi il quadro clinico è gradualmente peggiorato fino a che, il 9 gennaio 2007, il paziente è deceduto per arresto cardiorespiratorio. In accordo con la Commissione di etica dell'Ente Ospedaliero cantonale (COMEC), i medici hanno omesso di tentare una rianimazione (la conclusione della decisione recita: «La diagnosi di stato vegetativo essendo stata confermata, concordiamo per un non accanimento terapeutico nel senso di un'astensione dall'introduzione di manovre attive quali la rianimazione, la ventilazione artificiale, le catecolamine, la dialisi, ecc. In questo senso si tratta non tanto di sospendere le terapie in atto, ma piuttosto di astenersi dall'introduzione di mezzi artificiali o atti invasivi, garantendo in ogni caso e costantemente un'adeguata terapia palliativa.» AI 18 pag. 2).

Il pubblico ministero ha dapprima proceduto a chiedere al dr. \_\_\_\_\_, medico legale della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi dell'Insubria di Varese, un rapporto (non quindi una perizia giudiziaria) su quanto avvenuto. Lo stesso è stato trasmesso solo il 18 gennaio 2008 (AI 30) preceduto da una «Relazione riguardante i farmaci somministrati alla persona di VITT1 presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_ dal 6 al 7 aprile 2006» redatta il 6 gennaio 2008 su richiesta del dr. \_\_\_\_\_, con l'accordo del PP, dal Prof. \_\_\_\_\_, professore associato di farmacologia dello stesso istituto universitario (AI 29).

Nel frattempo l'avv. \_\_\_\_\_, con scritto 21 febbraio 2008, ha comunicato che gli eredi della vittima, essendo stati risarciti dall'Assicurazione dell'EOC, si sarebbero disinteressati del procedimento penale (AI 34).

Non avendo le relazioni degli esperti italiani incaricati statuto di perizia giudiziaria, come eccepito dall'avv. DI 1 il 9 giugno 2011 (AI 65) e dall'avv. \_\_\_\_\_ (AI 67), il PP Zaccaria Akbas, nel frattempo subentrato al collega \_\_\_\_\_, ha nominato, il 24 aprile 2012, quale perito giudiziario il Prof. \_\_\_\_\_, dell'Istituto di medicina legale dell'Università di Genova (AI 74).

Il decreto di nomina è stato impugnato da AP 1 di fronte alla CRP (AI 75), che, con decisione 31 agosto 2012, lo ha annullato condividendo l'opinione del reclamante che il perito avrebbe dovuto avere, nel caso specifico, oltre alle competenze mediche, una buona conoscenza del sistema sanitario elvetico (AI 80).

Di conseguenza, il 14 settembre 2012, il Ministero pubblico ha affidato l'incarico della redazione della perizia giudiziaria al Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_, già primario di Medicina Intensiva all'HUG di Ginevra (AI 81).

In data 30 novembre 2012, il perito giudiziario ha consegnato il suo rapporto (AI 84) seguito poi dal complemento 15 gennaio 2013, allestito sulla scorta delle richieste di delucidazione delle parti, e dall'interrogatorio del dr. med. \_\_\_\_\_ del 22 gennaio 2013.

Raccolte tutte le prove, il Procuratore pubblico ha emanato, il 5 febbraio 2013, i due decreti d'accusa a carico dei qui appellanti che hanno portato alla sentenza di condanna 18 marzo 2013 del giudice della Pretura penale, qui impugnata.

La perizia, il complemento e i rapporti

Innanzitutto, pur tenuto conto che non si tratta di perizie giudiziarie, vale la pena ricordare cosa hanno indicato il Prof. dr. \_\_\_\_\_ ed il Prof. dr. \_\_\_\_\_. In effetti i loro rapporti consentono di meglio chiarire di cosa si sta parlando e quali siano le problematiche sollevate.

Il Prof. Dr. \_\_\_\_\_ ha constatato che al paziente VITT1, sono stati somministrati, per quanto qui di rilevanza (AI 29 pag. 3):

- tra le 14:10 e le 14:20: trinitrato di glicerina (Nitrolingual);
- alle 14:35 dei broncodilatatori per inalazione;
- alle 16:44: flumazenil (Anexate);
- alle 20:00: pantoprazolo (Pantozol);
- alle 21:00: salbutamolo (Ventolin) e un altro farmaco;
- alle 23:15: Propofolo i.v. 30 mg in bolo seguiti da infusione a 50 mg/h, aumentati a 80 mg/h e infine, poco prima delle 24:00, a 100 mg/h.

L'infusione di Propofolo è stata sospesa tra le ore 01:30 e le ore 01:40, a seguito dell'arresto respiratorio;

-Poco dopo le 02:00, al paziente intubato vengono somministrati ancora Propofolo i.v. 50 mg in bolo seguiti da infusione a 80 mg/h, sospesa definitivamente dopo le 03:00, e fenanyl;

-Dopo le 03:00, dopo la sospensione del Propofol; naloxone (Narcan) e flumazenil (Anexate).

Sulle particolarità ed i rischi del Propofolo, l'esperto di farmacologia ha illustrato:

Il dr. \_\_\_\_\_ ha concluso affermando:

Sulla scorta di questo parere e degli atti esaminati, anche il dr. \_\_\_\_\_ ha potuto concludere che la somministrazione di Propofolo a VITT1 è stata quantomeno una delle concause nel verificarsi dell'arresto respiratorio e quindi della morte (AI 30 pag. 31).

Sulla possibilità per un infermiere di prescrivere (termine da non confondere con quello di somministrare), di ben altro significato) medicinali, in particolare Propofolo, il perito si è così espresso:

Egli ha quindi chiarito che la prescrizione era e doveva essere di competenza esclusiva di un medico e che nella struttura ospedaliera in questione non esistevano né deleghe esplicite, né implicite (per prassi), agli infermieri di tale incombenza.

Sull'impiego del Propofolo nel caso specifico, ha innanzitutto confermato che si tratta di un agente anestetico generale utilizzato in anesthesiologia e in medicina di cure intense, più precisamente di un recettore GABA (gamma aminobutyric acid) come le benzodiazepine e l'alcool etilico, ed ha spiegato che

Prima di addentrarsi nella valutazione del comportamento del personale sanitario coinvolto, il dr. \_\_\_\_\_ ha tenuto a sottolineare che l'agitazione non è un sintomo banale, ma piuttosto un segnale d'allarme, che indica che sta succedendo qualcosa al paziente.

Detto ciò, il perito giudiziario ha appurato che da nessuna parte in letteratura medica si fa riferimento a questo medicamento quale mezzo per la cura dell'agitazione "Il n'existe pas de description de l'usage du Propofol comme traitement de l'agitation.(...) Pour être bref, le Propofol n'a pas sa place per se dans le traitement de l'agitation aiguë selon les recommandations médicales disponibles actuellement et, a fortiori, en 2006"(AI 84, pag. 21).

Dal compendio del 2012 egli riporta che il farmaco deve essere amministrato da personale specializzato in anestesia e cure intense, con una formazione in anestesia. I pazienti devono essere costantemente sorvegliati e devono essere disponibili apparecchi per assicurare la possibilità di mantenere aperte le vie respiratorie, di apparecchi per la respirazione assistita e la rianimazione, così come dell'ossigeno: "il n'est donc pas supposé à priori que tout patient auquel on a administré du Propofol sera ou devra être intubé et placé en ventilation mécanique, mais plutôt qu'un tel malade est à risque de subir un problème respiratoire et qu'il doit être étroitement surveillé et placé dans un milieu tel qu'une intubation et une ventilation mécanique puissent être très rapidement mis en oeuvre."(AI 84, pag. 20).

Sugli effetti e sui rischi del Propofolo, egli ha scritto:

Nel referto, prima di rispondere ai quesiti, il dr. \_\_\_\_\_ ha poi tenuto a fare risaltare che (AI 84, pag. 25 seg.):

-è possibile che droghe come il Propofolo fossero largamente prescritte e somministrate da infermieri delle cure continue dell' Ospedale \_\_\_\_\_ in caso di pazienti agitati, senza che sussistessero dei protocolli che li autorizzassero esplicitamente a farlo e in contraddizione con le regole e la legislazione svizzera;

-la somministrazione di Propofolo non era indicata per il paziente VITT1, nel momento in cui è avvenuta, da un lato poiché la causa della sua agitazione non era nota con certezza e, dall'altro, perché la letteratura medica non lascia spazi all'uso di questo il farmaco per il trattamento dell'agitazione;

-l'agitazione di VITT1 poteva avere più cause, ma la loro individuazione necessitava di conoscenze mediche superiori a quelle su cui un infermiere può contare. Il paziente avrebbe dovuto essere visitato da un medico competente in questo tipo di situazioni;

-è difficile non imputare al Propofolo l'arresto respiratorio;

-l'arresto respiratorio e la bradicardia sono complicazioni note dell'amministrazione di Propofolo;

-le tempistiche tra la somministrazione del Propofolo e l'arresto cardiaco sono compatibili con il ruolo causale della prima nel secondo;

-VITT1 era una persona particolarmente a rischio di arresto respiratorio sotto sedazione da Propofolo, essendovi il sospetto di un abuso di medicinali, al punto da avere problemi respiratori (respirazione Cheyne-Stokes già quando era dalla dr.ssa \_\_\_\_\_);

-la somministrazione di Flumazenil, antagonista di certi medicinali soppressori dell'azione respiratoria, ha una efficacia nel tempo molto limitata, di modo che può aver terminato i suoi effetti al momento della somministrazione del Propofolo, causando da un lato un rafforzamento dell'azione sedativa di tali farmaci, e dall'altro dei sintomi da astinenza che potrebbero spiegare l'agitazione del paziente.

Sulla necessità di sorvegliare il paziente, il perito ha infine risolto che si imponeva la presenza continua di un infermiere specializzato, non essendo il monitoraggio sufficiente:

- le conclusioni del suo referto non sono in contraddizione con la dichiarazione del dr. \_\_\_\_\_, resa a verbale del 22 maggio 2006 (MP 19 maggio 2006, AI 16, pag.

4): «Desidero rilevare che in Svizzera si è sviluppata negli anni la prassi di delegare agli infermieri specializzati in cure intense o in anestesia determinati compiti di cura quali in particolare la rianimazione di base e avanzata, quindi inclusa anche l'intubazione, come pure anche la somministrazione di determinati medicinali che richiedono particolari attenzioni nella somministrazione (cardiotonici o sedativi del tipo Propofolo), e ciò contrariamente a quanto si constata in altri Paesi dove tali azioni restano di spettanza esclusiva dei medici.»

In effetti, in primo luogo, nel caso di specie si tratta di cure continue e non di cure intense, per cui tale dichiarazione non trova spazio d'applicazione. Inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha parlato di somministrazione, non di prescrizione. I due termini hanno significati diversi; non devono essere confusi. Nella fattispecie, nessun medico, fino all'arrivo della dr.ssa \_\_\_\_\_, ha prescritto il Propofolo alla vittima (AI 95, pag. 2, risposta 1.1.);

-tenuto conto che il deficit cerebrale d'ossigeno sia stato prolungato, è probabile, ma non certo (non essendoci dei dati al proposito), che una sorveglianza clinica stretta avrebbe potuto permettere di rilevare qualche segnale d'allarme proveniente dal defunto VITT1, quali delle anomalie respiratorie e/o cardiache, che la somministrazione di Propofolo avrebbe potuto essere interrotta e che sarebbe stato possibile allertare i medici (AI 94, pag. 6, risposta n. 7);

-un'interruzione della circolazione cerebrale della durata di 20 secondi esaurisce le riserve cerebrali d'ossigeno e conduce ad una perdita di conoscenza. Dopo 5 minuti di anossia cerebrale completa, il cervello perde il suo metabolismo essenziale, il glucosio e le sue riserve d'energia (ATP, adenosina trifosfato), con la conseguenza dell'insorgere di danni neuronali che si susseguono a cascata, e con la morte di cellule cerebrali. Se la circolazione nel cervello viene riattivata in un lasso di tempo di 3-5 minuti, ci può essere un recupero talvolta completo delle funzioni. Oltre questo limite le conseguenze sono nefaste. Paradossalmente, anche una restaurazione rapida della circolazione cerebrale può essere pericolosa, poiché può condurre a lesioni qualificate come danno da ischemia e riperfusione (AI 95, pag. 7, risposta 9.1.):

«L'oxygénation cérébrale dépendant à la fois de l'intégrité de la perfusion sanguine du cerveau, donc de l'intégrité de la fonction cardio-circulatoire, et de l'oxygénation du sang

assurée par la respiration, feu Monsieur VITT1 a dû être victime d'une combinaison de l'altération concomitante de ces deux facteurs. Il est impossible de dire aujourd'hui quelle a été l'intensité à quel moment et la durée de la compromission de l'oxygénation cérébrale du patient décédé, sinon qu'en fin de compte, le déficit en oxygène du cerveau a été très sévère au vu de ses conséquences neurologiques. (AI 94, pag. 7, risposta 9.1.);

-se la prescrizione del Propofolo è stata fatta dalla dr.ssa AP 2 prima dell'arresto respiratorio, essa deve venire considerata inappropriata. Se invece fosse stata fatta dopo lo stesso, una volta che il paziente era intubato, potrebbe essere comprensibile (AI 94, pag. 8, risposta n. 12).

Gli appelli

La dr.ssa AP 2, infine, ha sollevato l'eccezione di un'interruzione del nesso di causalità adeguata da parte del coimputato.

Il medico (o l'operatore sanitario) deve operare secondo la diligenza che le circostanze gli impongono. Egli non deve tuttavia rispondere per ogni tipo di rischio o pericolo, che ogni tipo di atto medico, ogni infortunio ed ogni malattia inevitabilmente comportano, per la loro natura stessa.

Inoltre il medico deve poter disporre, sia per la diagnosi che per la scelta della terapia o delle misure da adottare nei confronti del paziente, di un certo margine decisionale. Agisce contrariamente ai doveri di diligenza, solo quando il suo procedere è in contrasto con le regole sviluppate dalla scienza medica e comunemente riconosciute, o non corrisponde agli standard scientifici del momento (STF 6B\_408/2013 del 18 dicembre 2013, consid. 4.2. e riferimenti).

Presupposti oggettivi del reato

Contestate sono per contro le altre cause ritenute dall'accusa, e meglio che ci siano stati degli errori nella scelta della terapia di sedazione e nella sorveglianza del paziente, nonché, di riflesso, che i due prevenuti abbiano commesso delle negligenze penalmente rilevanti.

A questo va poi aggiunto che non vi è alcuna prova del momento in cui vi è stato l'ammacco di ossigeno al cervello, per cui non è nemmeno possibile sostenere che ciò sia successo quando l'appellante si è allontanato dalla stanza. Agli atti c'è solo la situazione alla 01:39 e a quel punto è assodato che egli è subito intervenuto ed ha intrapreso le misure corrette.

Se non si può dimostrare che vi è stato un intervento ritardato, non si può nemmeno concludere che vi sia stato un comportamento illecito ascrivibile al prevenuto.

Oltre a ciò, AP 1 sostiene che la somministrazione del farmaco da lui effettuata è stata avallata dai medici che, anche se arrabbiati, non ne hanno disposto l'interruzione, ammettendone di fatto l'utilizzo, e nemmeno hanno dato indicazioni precise sul dosaggio, ratificando così quello da lui scelto. Anche la dr.ssa AP 2, al suo arrivo, non ha fatto altro che approvare le scelte di AP 1. Di conseguenza, quanto rimproverato a quest'ultimo deve essere considerato subordinato alle decisioni dei suoi superiori, cioè dei medici.

Il ritardo, negato, nell'attivare l'allarme REA non ha tutto sommato comportato differimenti dell'intubazione, che è avvenuta 3 min prima che arrivasse l'anestesista, fatto che annulla il ritardo addebitato a AP 1 nel dare l'allarme e ne esclude la rilevanza penale.

Dal canto suo la dr.ssa AP 2 sostiene di non aver avallato alcunché, ma di essersi limitata a mantenere quanto già fatto dal collega più anziano (dr. \_\_\_\_\_) e dalla responsabile (dr.ssa \_\_\_\_\_). De facto l'imputata ha semplicemente completato la cartella clinica che non era a giorno. Non ha prescritto il medicamento ma ha messo su carta ciò che ha visto e sentito, ossia quanto prescritto da due medici prima di lei (appunto dr.ssa \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_). Ella poteva partire dal presupposto che la questione dell'adeguatezza del farmaco fosse stata verificata e che sia la somministrazione che il dosaggio fossero ormai questioni discusse e concordate tra il medico di guardia che l'aveva preceduta e l'infermiere, con il coinvolgimento della capo clinica. Peraltro la prevenuta, prima di annotare il dosaggio nella cartella del paziente si era premunita di verificare nel compendio che esso fosse corretto e rientrante nei limiti accettati.

Non va poi trascurato che a quel tempo, perlomeno in Ticino, l'uso del Propofolo era più largheggiante di quanto il perito giudiziario abbia ritenuto e di quanto avveniva in altri cantoni.

A detta della dr.ssa AP 2, l'unica causa dell'arresto respiratorio di VITT1 è stato l'allontanamento dell'infermiere dalla stanza dove si trovava il paziente, poiché così facendo questi ha violato una regola base del reparto e della somministrazione del Propofolo, ossia la sorveglianza costante de visu del paziente. Questo agire non è imputabile al medico di guardia, che nemmeno era in reparto e che certamente non poteva prevederlo. In questo modo AP 1 ha interrotto il nesso di causalità adeguata tra l'agire della dr.ssa AP 2 e la morte del paziente.

Le cause della morte

L'insorgere della morte è quindi da ritenersi una conseguenza diretta dell'encefalopatia post-anossica cagionata da una somministrazione di Propofolo per scopi non previsti né dal produttore né riconosciuti dalla dottrina medica, su un paziente che aveva assunto in precedenza - con diagnosi di probabile abuso - farmaci depressori del sistema nervoso (benzodiazepine), in un contesto clinico e luogo inadeguati, cioè una degenza nel reparto di cure continue, sorvegliato da un unico infermiere, senza alcun tipo di intubazione ed un monitoraggio che, visto lo stato del paziente, non poteva essere considerato completamente affidabile. All'insorgenza dell'arresto respiratorio hanno contribuito in maniera altrettanto importante, l'abbandono della stanza, senza adeguate contromisure, da parte dell'infermiere di sorveglianza, e la tardiva intubazione della vittima.

Accertate le cause oggettive alla base del decesso, è possibile procedere all'esame del ruolo e delle colpe imputabili ai due appellanti.

L'operato di AP 1

-di aver somministrato di propria iniziativa, senza prescrizione medica, il Propofolo al paziente;

-di essersi allontanato ingiustificatamente dal reparto cure continue, perdendo la possibilità di controllare direttamente lo stato del paziente VITT1, atto che non gli ha consentito di accorgersi tempestivamente dell'arresto respiratorio, così che vi è stato un ritardo nel prestare soccorso alla vittima;

-di non aver attivato l'allarme REA per tempo, fatto che ha comportato un ulteriore differimento dell'intervento dell'anestesista, della ventilazione e dell'intubazione del paziente.

## Somministrazione del Propofolo alla vittima

L'■imputato non si è quindi limitato a somministrare il farmaco, ma, non essendo stato preventivamente consultato alcun medico sulla questione nonostante in ospedale ve ne fosse sempre almeno uno presente (assistente) ed uno interpellabile telefonicamente (capo clinica), lo ha prescritto al paziente. Ma non solo, nemmeno dopo averlo fatto egli ha pensato di chiedere un controllo da parte del medico. Ne ha parlato con il dr. med. \_\_\_\_\_ solo poco prima del cambio del turno, quindi verso mezzanotte, ma semplicemente per dare l'■informazione, non con l'■intento di chiedere un parere o una verifica (■Quando ero sul corridoio, vicino all'■unità di cure continue, si è avvicinato l'■infermiere AP 1 che mi ha detto che aveva dovuto sedare VITT1 perché era agitato■, MP 29 maggio 2008, AI 42, pag. 5).

Come confermato dal perito giudiziario, la prescrizione rappresentava già a quel tempo, nel 2006, un atto medico, quindi di competenza esclusiva proprio di un medico e non di un infermiere.

Poiché né all'■interno dell'■Ospedale \_\_\_\_\_, né a quello dell'■Ospedale \_\_\_\_\_, esisteva, al momento dei fatti, una delega esplicita o implicita (consuetudine) agli infermieri per la prescrizione di medicinali, con speciale riguardo a quelli qui d'■interesse (AI 84, pag. 16 e MP 7 luglio 2008 di \_\_\_\_\_, primario di medicina dell'■Ospedale \_\_\_\_\_, AI 44, pag. 5), l'■accusato non aveva alcun diritto di procedere autonomamente alla somministrazione di Propofolo senza chiedere preventivamente una prescrizione al medico competente.

La dichiarazione rilasciata dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione del suo interrogatorio del 19 maggio 2006 (AI 16, pag. 4):

non scalfisce in alcun modo questo giudizio, considerato che egli ha parlato di somministrazione, ma non di prescrizione, di infermieri specializzati in cure intense o anestesia, formazione che l'■accusato non aveva terminato, e, appunto, di prassi vigente nel reparto di cure intense, che non può essere certamente paragonabile a quello di cure continue, sulle cui usanze egli non ha saputo dire nulla.

Indipendentemente dal fatto che fosse corretta o meno, già la sola prescrizione con conseguente somministrazione del Propofolo da parte di AP 1, infermiere, era contraria alle regole dell'■arte medica.

A ciò si aggiunge, poi, il fatto che nel caso specifico il ricorso all'■anestetico in questione ha costituito, scientificamente, un errore grave ed evitabile.

In primo luogo perché come precisato esaurientemente dal perito giudiziario, non era previsto da nessun protocollo terapeutico un uso del medicamento per il trattamento dell'■agitazione.

Poi, perché la somministrazione andava e va effettuata a precise condizioni: di norma su pazienti già intubati o, quantomeno, intubabili in brevissimo tempo e sotto stretta sorveglianza. Non essendo VITT1 intubato, ed avendo egli manifeste caratteristiche fisiche (obesità e collo taurino) che ne rendevano molto più complicata l'■intubazione, era evidente, soprattutto per un infermiere di lungo corso come il prevenuto, che questi presupposti non erano dati.

Oltre a ciò, il ricorso al Propofolo era nel caso specifico decisamente inadeguato poiché iniettato ad un degente del cui stato d'agitazione non erano state accertate le cause, sicché non era nemmeno possibile valutare seriamente le controindicazioni della terapia. Per tacere del fatto che l'accusato sapeva di trovarsi di fronte ad un caso di probabile abuso di benzodiazepine (Io sapevo che il paziente era lì per un abuso medicamentoso, per un tentamen medicamentoso, verbale 14 marzo 2013 del dib. di primo grado, interrogatorio degli imputati, pag. 1), cioè di psicofarmaci che influenzano il sistema respiratorio, rallentandolo e che, potenzialmente, possono interagire con altre sostanze chimiche, mettendo in pericolo di morte il soggetto. Così come sapeva o poteva apprendere da una semplice consultazione della cartella clinica, che nel pomeriggio VITT1 aveva presentato un problema di respirazione Cheynes-Stokes, sintomo tutt'altro che irrilevante, e che gli era già stato fatto assumere dai medici dell'Ospedale \_\_\_\_\_ un farmaco antagonista delle benzodiazepine.

D'altronde la vittima non era un normale degente per l'ospedale, ma era quello che si trovava in quel momento nello stato più critico di tutta la struttura e che necessitava di essere trattato con più cautela: in camera di cure continue - dove di certo non si viene collocati se la situazione non desta qualche preoccupazione - in effetti, erano solo in due e dei due lui era quello più grave.

Il rischio di arresti respiratori connesso alla somministrazione del farmaco era notorio già a quel tempo ed una semplice consultazione del compendio dei medicinali (<http://compendium.ch/prod/pnr/1118170/de>), sotto il capitolo messa in guardia e controindicazioni, chiarisce come fosse facile, anche per chi non ne conosceva le caratteristiche, recuperare informazioni circa le modalità d'uso, i pericoli e le precauzioni da adottare. Evidentemente il fatto di non conoscere le lingue (il compendio svizzero è in francese o tedesco) e non poter comprendere questi dati non solleva il prevenuto dalle proprie colpe ma, al limite, le aggrava, considerato che è ancor più grave somministrare medicinali senza una ricetta e senza conoscerne le caratteristiche nel dettaglio.

D'altronde lo stesso imputato, in occasione del suo primo interrogatorio del 24 maggio 2006, ha dimostrato di conoscere esattamente quali rischi corre la persona cui viene somministrato il farmaco: ipotensione, depressione cardiocircolatoria e depressione o arresto respiratorio (MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 3).

In un simile contesto clinico e logistico, all'infelice scelta del farmaco, si aggiunge l'altrettanto infausta decisione di procedere autonomamente all'individuazione del dosaggio per tentativi, in base agli effetti immediati sull'agitazione del paziente, ma senza contare su una valutazione scientifica approfondita di tutti i parametri clinici e senza chinarsi su possibili controindicazioni o sugli effetti che avrebbe potuto avere (ed ha avuto) sui parametri vitali del paziente.

Il ricorso al Propofolo è stato disposto d'urgenza, in un momento di difficoltà dell'infermiere nel gestire da solo un paziente corpulento agitato, all'unico scopo di sedarlo, e non è da lui più stato rimesso in discussione una volta ottenuto il risultato voluto, nonostante i rischi gli fossero conosciuti, sapesse di doverlo sorvegliare da solo e le difficoltà di procedere ad un'eventuale intubazione fossero evidenti.

Certo, se VITT1 si fosse alzato ed avesse strappato i cavi del monitoraggio e i tubi delle infusioni, si sarebbe potenzialmente messo in una situazione di pericolo, ma si sarebbe trattato di un pericolo decisamente inferiore a quello di vita, trovandosi egli in una struttura

ospedaliera e non soffrendo di patologie tali da poterne compromettere in maniera irrimediabile la salute.

La sua colpa per quanto commesso non viene sminuita dal fatto che egli non avesse tutte le competenze e le basi scientifiche per valutare esattamente la situazione del paziente e come procedere: sulla scorta della teoria del cosiddetto *Übernahmeverschulden* (Marcel Alexander Niggli/Stefan Maeder, in *Basler Kommentar, StGB I*, 3 ed., 2013, ad art. 12, n. 102) egli ne rimane pienamente responsabile, essendosi assunto scientemente mansioni non di pertinenza di un infermiere.

Nella fattispecie, poi, lo stesso prevenuto aveva constatato personalmente che il signor VITT1 non poteva essere lasciato solo, affidandone la sorveglianza agli apparecchi elettronici poiché, muovendosi, egli aveva più volte staccato i cavi del monitoraggio (MP 24 maggio 2006, AI 17, all. A, pag. 4 e 5).

Senza parlare del fatto che, essendosi recato in una stanza a una quindicina di metri dai monitor e dalla camera degli infermieri, era oggettivamente divenuto più difficile per l'■accusato poter sentire eventuali allarmi che, seppur non vi siano dati certi in proposito, non erano evidentemente rumorosi come delle sirene e nemmeno avevano un collegamento diretto sul telefono del personale.

L'■abbandono del paziente in queste condizioni è stato senza ombra di dubbio inopportuno e contrario ai doveri dell'■infermiere. Oltre a ciò si può concludere senza timore di smentita che, pur non essendo stato possibile determinarne con esattezza la durata - l'allarme bradicardia ha suonato alla 01:45/01:46, orario DECT, 01:39:40 orario monitor - esso è stato indubbiamente eccessivo, potendosi quantificare in circa 10 minuti, come a suo tempo indicato dalla dr.ssa AP 2 (AI 30, pag. 5, che riporta quanto scritto nelle osservazioni cliniche 22 aprile 2006 da lei allestite, classatore ■cartella clinica■, scomparto n. 10) e come risultando da un raffronto sommario degli orari sopraindicati. Fosse durata anche solo la metà, l'■assenza sarebbe stata comunque sia eccessiva.

L'infrazione alle regole è stata esplicitamente confermata, oltre che dalla perizia, dal primario dr.ssa \_\_\_\_\_ (MP 7 luglio 2008, AI 44, pag. 5):

Proprio durante la telefonata, alle ore 01:50 (orario DECT), 01:44 (orario monitor), l'■infermiere si è recato in prossimità del tasto per l'■allarme REA e lo ha premuto.

Ne è prova il fatto che quando la medico assistente è giunta al capezzale della vittima, stavano arrivando anche tutti gli altri infermieri allertati.

Pochissimi minuti dopo l'intubazione è arrivato al capezzale del paziente il medico anestesista di turno, dr. \_\_\_\_\_, giunto all'Ospedale \_\_\_\_\_ 7/8 minuti dopo il lancio dell'allarme, alle 01:58 (DECT), rispettivamente 01:52 (monitor). Dopo che questi gli ha attaccato un ventilatore, il signor VITT1 è stato ventilato manualmente per circa 10 minuti, fino a quando non ha ripreso la respirazione spontanea (AI 30, pag. 5; all. A a MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 6).

L'attivazione dell'allarme REA è stata così ritardata di circa 4 minuti rispetto a quando avrebbe potuto essere effettuata.

Partendo dal presupposto che, come dichiarato dal primario di Medicina \_\_\_\_\_, tutto il personale, anche quello non curante, era stato informato che l'allarme REA doveva essere attivato immediatamente non appena veniva constatata una situazione critica che richiedeva

una rianimazione (MO 7 luglio 2008, AI 44, pag. 5), si può ritenere accertata la violazione dei doveri di diligenza da parte di AP 1 anche per questa imputazione.

L'operato di AP 2

A tal proposito, come visto in precedenza, è provato che l'accusata ha, su richiesta di AP 1, prescritto la somministrazione di Propofolo in ragione di 100 mg/h, con la precisazione "secondo bisogno" (MP 29 maggio 2006, AI 41, all. B).

Il contesto nel quale la prescrizione è avvenuta è già stato illustrato in precedenza. E in primo luogo importante rilevare che anche per lei, di tutti i degenti presenti quella notte, la vittima era senza dubbio quella che si trovava nella situazione più critica.

Pure significativo è che la prevenuta era stata informata dall'infermiere del fatto che egli aveva dato Propofolo al paziente di sua iniziativa e che, prima di accogliere la richiesta di prescrizione, ha dato un'occhiata al foglio di sorveglianza di VITT1 e ne ha verificato i parametri vitali (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 2):

Appurato ciò, non si può sostenere, come vorrebbe l'appellante, che i medici intervenuti prima di lei avevano avallato la terapia con il Propofolo, soprattutto non nelle modalità con cui era in atto.

D'altronde, essendo la somministrazione iniziata da circa un'ora, il fatto che nessun medico avesse prescritto il farmaco avrebbe dovuto destare qualche dubbio anche nella dr.ssa AP 2.

La dr.ssa AP 2 ha pure dichiarato che la richiesta di prescrizione dell'infermiere è stata fatta dopo che ella era tornata in cure continue ed aveva trovato il paziente ancora agitato come lo era la prima volta che lo ha visto, e che a quel punto lui mi ha chiesto di fare la prescrizione del Propofolo visto che nessun medico prima lo aveva fatto e che la terapia era in corso da ore (MP

## **E. 25**

Un reato di evento (come quello di omicidio colposo) implica di regola un'azione. Una commissione per omissione è prospettabile laddove con la sua passività l'autore disattende un obbligo di agire (art. 11 CP). Quest'onere deve derivare da una posizione di garante ("status giuridico" riprendendo i termini dell'art. 11 cpv. 2 CP): l'autore deve trovarsi in una situazione che gli impone di salvaguardare e difendere dei beni giuridici determinati contro pericoli sconosciuti che possono minacciare tali beni (obbligo di protezione), o di impedire la realizzazione di rischi conosciuti ai quali sono esposti dei beni indeterminati (obbligo di controllo; DTF 134 IV 255 consid. 4.2.1). Gli obblighi giuridici in questione possono derivare dalla legge, da un contratto, da una comunità di rischi liberamente accettata o dalla creazione di un rischio, art. 11 cpv. 2 CP.

## **E. 26**

Tuttavia, non basta stabilire l'esistenza di un comportamento colpevole contrario ad un dovere di prudenza e la morte di una persona: la condotta dell'imputato e le lesioni della vittima devono trovarsi in rapporto di causalità naturale e adeguato (DTF 122 IV 17 consid. 2c). Sussiste un rapporto di causalità naturale tra un evento ed un comportamento colpevole, se quest'ultimo ne costituisce la "conditio sine qua non", ossia se non può essere tralasciato senza che pure l'evento verificatosi venga meno; non è tuttavia necessario che esso appaia come la causa unica dell'evento (STF 6S.297/2003 del 14 ottobre 2003 consid.

4, pag. 7; DTF 115 IV 199 consid. 5b e rinvii). Nel caso concreto la causalità naturale è data se la violazione delle norme e dei principi della scienza medica miranti la tutela della salute dei pazienti risulta essere una condizione necessaria per l'incidente, anche se non costituisce la causa unica e immediata: è sufficiente che essa abbia contribuito con altre a produrre l'evento (DTF 100 IV 279 consid. 3c, concernente un caso di circolazione stradale). Al proposito un alto grado di verosimiglianza è sufficiente (DTF 122 IV 17 consid. 2c/aa; 121 IV 207 consid. 2a; 118 IV 130 consid. 6a). La causalità naturale deve essere anche adeguata: è necessario stabilire se il comportamento dell'agente fosse idoneo, secondo l'andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale della vita, a cagionare o a favorire un evento simile a quello in concreto realizzatosi. Soltanto a queste condizioni si può affermare che l'evento verificatosi fosse prevedibile da parte dell'agente (DTF 130 IV 17 consid. 3.2; 127 IV 61 consid. 2d; 126 IV 13 consid. 7a/bb). Il rapporto di causalità adeguata tra il comportamento e l'evento può essere interrotto e l'agente non risultare punibile allorquando circostanze eccezionali, quali ad esempio la colpa di un terzo o della vittima, sopravvengano senza poter essere previste. Il carattere imprevedibile non è in sé sufficiente a spezzare il nesso di causalità: la causa concomitante deve avere un peso tale da risultare l'origine più probabile ed immediata dell'evento considerato, relegando così in secondo piano tutti gli altri fattori, segnatamente il comportamento dell'agente (DTF 130 IV 7 consid. 3.2; 127 IV 62 consid. 2d; 126 IV 13 consid. 7a/bb ). A tal proposito, in una sentenza del 2009 il Tribunale federale ha puntualizzato che il comportamento della vittima o quello di un terzo non sono di norma in grado interrompere il nesso di causalità adeguato. Questo vale persino nelle situazioni in cui la colpa della vittima o del terzo è maggiore di quella dell'imputato. Analogamente, quando subentrano, accanto alla causa principale, delle altre concause che mettono in secondo piano la prima, questa mantiene il suo carattere di causalità adeguata, fintanto che può essere ancora considerata rilevante nello svolgimento degli eventi, cioè fino a che un'altra causa può essere ritenuta talmente al di fuori della normalità, talmente assurda ed insensata, da non poter assolutamente essere pronosticata. Decisiva è l'intensità dei vari rapporti causali: se uno di essi risulta essere, dopo attenta valutazione, talmente intenso da indurre a considerare gli altri irrilevanti, si ha l'interruzione del rapporto causale tra quest'ultimi e l'evento (STF 6B\_601/2009 del 24 novembre 2009, consid. 1.5.2; DTF 116 II 519 consid. 4b). Oltre alla prevedibilità dell'evento va infine considerata la sua evitabilità. Attraverso il concetto di causalità ipotetica, occorre valutare se in caso di comportamento corretto dell'agente l'evento non si sarebbe verificato. Ciò presuppone, in base alla giurisprudenza, perlomeno un alto grado di probabilità, per cui non basta la semplice possibilità che, in caso di comportamento conforme ai doveri di prudenza, fosse evitabile: in questo senso l'evento è imputabile all'agente soltanto se, qualora quest'ultimo si fosse ipoteticamente comportato in maniera conforme ai suoi doveri di prudenza, l'evento sarebbe stato molto probabilmente o quasi sicuramente evitato (STF 6B\_517/2009 del 3 novembre 2009, consid. 3.3.2; DTF 130 IV 7 consid. 3.2 e rinvii, 118 IV 130 consid. 6a).

## **E. 27**

Nell'analisi del nesso di causalità occorre tenere in considerazione il fatto che spesso chi lavora in un ospedale (come pure, ad esempio, chi opera in un cantiere) lo fa affidando dei compiti a colleghi o subordinati. In simili evenienze l'imputabilità dei loro atti o delle loro omissioni, e quindi la punibilità di chi ha loro demandato determinate mansioni, deve essere soppesata applicando il noto principio dell'affidamento sviluppato inizialmente in ambito di circolazione stradale (STF 6B\_437/2008 del 24 luglio 2009, consid. 3.4). In base a questo

dogma ogni utente della strada che si comporta in maniera corretta può a sua volta confidare nel corretto comportamento degli altri utenti, nella misura in cui non vi siano indizi per ritenere il contrario ( DTF 124 IV 81 consid. 2b con rinvii). Alla stessa stregua, in caso di divisione orizzontale del lavoro, ogni lavoratore deve poter legittimamente contare, in mancanza di elementi che indichino l'opposto, sul fatto che il suo collega rispetti i propri doveri. In caso di divisione verticale del lavoro, la dottrina subordina il principio dell'affidamento al rispetto della cura in eligendo , in istruendo e in custodiendo : il superiore deve designare una persona ausiliaria qualificata, fornirle le necessarie istruzioni e sorvegliarla correttamente (Roth, *Le droit pénal face au risque et à l'accident individuels*, 1987, pag. 88 e segg.; Seelmann, in *Basler Kommentar, Strafrecht I*, 2a ed., ad art. 11, n. 38; STF 6B\_675/2007 del 20 giugno 2008, consid. 2.2.2.1). Presupposti oggettivi del reato

## **E. 28**

Gli accusati non contestano gli accertamenti peritali e della prima Corte in base ai quali le cause della morte di VITT1 sono da ricondurre alla somministrazione di Propofolo che ha portato all'arresto respiratorio e allo stato di coma vegetativo (AI 84, pag. 28, risposta n. 6). Contestate sono per contro le altre cause ritenute dall'accusa, e meglio che ci siano stati degli errori nella scelta della terapia di sedazione e nella sorveglianza del paziente, nonché, di riflesso, che i due prevenuti abbiano commesso delle negligenze penalmente rilevanti. In primo luogo AP 1 nega che l'aver lasciato per qualche minuto la camera di cure continue e quanto da lui fatto per rianimare il paziente una volta preso atto che non respirava più, possano avere giocato un ruolo nell'insorgere della grave encefalopatia post anossica di cui questi è stato vittima. A suo avviso, la sorveglianza continua di cui parlano i periti non impone la presenza fisica al capezzale del paziente, ma semplicemente un monitoraggio delle sue funzioni vitali e la possibilità di rapido intervento in caso di problemi. A questo va poi aggiunto che non vi è alcuna prova del momento in cui vi è stato l'ammacco di ossigeno al cervello, per cui non è nemmeno possibile sostenere che ciò sia successo quando l'appellante si è allontanato dalla stanza. Agli atti c'è solo la situazione alla 01:39 e a quel punto è assodato che egli è subito intervenuto ed ha intrapreso le misure corrette. Se non si può dimostrare che vi è stato un intervento ritardato, non si può nemmeno concludere che vi sia stato un comportamento illecito ascrivibile al prevenuto. Oltre a ciò, AP 1 sostiene che la somministrazione del farmaco da lui effettuata è stata avallata dai medici che, anche se arrabbiati, non ne hanno disposto l'interruzione, ammettendone di fatto l'utilizzo, e nemmeno hanno dato indicazioni precise sul dosaggio, ratificando così quello da lui scelto. Anche la dr.ssa AP 2, al suo arrivo, non ha fatto altro che approvare le scelte di AP 1. Di conseguenza, quanto rimproverato a quest'ultimo deve essere considerato subordinato alle decisioni dei suoi superiori, cioè dei medici. Il ritardo, negato, nell'attivare l'allarme REA non ha tutto sommato comportato differimenti dell'intubazione, che è avvenuta 3 min prima che arrivasse l'anestesista, fatto che annulla il ritardo addebitato a AP 1 nel dare l'allarme e ne esclude la rilevanza penale. Dal canto suo la dr.ssa AP 2 sostiene di non aver avallato alcunché, ma di essersi limitata a mantenere quanto già fatto dal collega più anziano (dr. \_\_\_\_\_) e dalla responsabile (dr.ssa \_\_\_\_\_). De facto l'imputata ha semplicemente completato la cartella clinica che non era a giorno. Non ha prescritto il medicamento ma ha messo su carta ciò che ha visto e sentito, ossia quanto prescritto da due medici prima di lei (appunto dr.ssa \_\_\_\_\_ e dr. \_\_\_\_\_). Ella poteva partire dal presupposto che la questione dell'adeguatezza del farmaco fosse stata verificata e che sia la somministrazione che il dosaggio fossero ormai questioni discusse e concordate tra il medico di guardia che l'aveva preceduta e l'infermiere, con il coinvolgimento della capo

clinica. Peraltro la prevenuta, prima di annotare il dosaggio nella cartella del paziente si era premunita di verificare nel compendio che esso fosse corretto e rientrante nei limiti accettati. Non va poi trascurato che a quel tempo, perlomeno in Ticino, l'uso del Propofolo era più largheggiante di quanto il perito giudiziario abbia ritenuto e di quanto avveniva in altri cantoni. A detta della dr.ssa AP 2, l'unica causa dell'arresto respiratorio di VITT1 è stato l'allontanamento dell'infermiere dalla stanza dove si trovava il paziente, poiché così facendo questi ha violato una regola base del reparto e della somministrazione del Propofolo, ossia la sorveglianza costante de visu del paziente. Questo agire non è imputabile al medico di guardia, che nemmeno era in reparto e che certamente non poteva prevederlo. In questo modo AP 1 ha interrotto il nesso di causalità adeguata tra l'agire della dr.ssa AP 2 e la morte del paziente. Le cause della morte

## E. 29

maggio 2008, AI 41, pag. 4).

L'imputata ha successivamente asserito che, malgrado sapesse che uno degli effetti collaterali del Propofolo è la depressione respiratoria e malgrado fino a quel momento avesse visto somministrare l'anestetico perlopiù a persone intubate, in casi molto gravi, aveva ritenuto che nel caso concreto fosse sufficiente la sorveglianza (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4).

Invero, come puntualizzato in prima sede, ella sapeva che secondo il compendio il medicamento poteva essere impiegato di principio come anestetico e solo su pazienti intubati o strettamente sorvegliati ma, avendo visto che all'Ospedale \_\_\_\_\_ esso veniva regolarmente utilizzato anche per sedare, il suo uso sul paziente in questione per i fini perseguiti da AP 1 era sostenibile (verbale di interrogatorio degli imputati del 14 marzo 2013, pag. 3). In altri termini, pur conoscendo le strette disposizioni della dottrina scientifica, aveva ritenuto che la prassi vigente al nosocomio luganese fosse sufficiente per giustificare la somministrazione del Propofolo a VITT1.

Sul compendio, la dr.ssa AP 2 ha verificato solo se il quantitativo da lei indicato sul foglio delle prescrizioni fosse nella norma:

Oltretutto l'imputata, per valutare l'adeguatezza del dosaggio di 100 mg/h, ha semplicemente verificato se corrispondeva a quanto previsto nel compendio, senza tener conto che i quantitativi ivi indicati sono relativi, perché solo così può essere, ad un uso del farmaco quale anestetico, non di certo per quello come sedativo di casi di agitazione.

La prescrizione, per i motivi già esposti al momento dell'analisi dell'analogo atto di AP 1, non andava fatta, poiché il medicamento non era idoneo al contenimento dell'agitazione, non vi erano i presupposti per la sua somministrazione (paziente intubato o facilmente e rapidamente intubabile), non erano note le cause dei problemi di salute del paziente e vi erano forti rischi di interazioni con i medicinali assunti in precedenza da quest'ultimo.

A maggior ragione la dr.ssa AP 2 ha agito in contrasto con i principi della scienza medica, non avendo proceduto ad un esame diretto del paziente per verificarne lo stato e appurare se fossero dati i presupposti per l'uso del farmaco, ma, in particolare, non essendosi rivolta al capo clinica di guardia, dr.ssa \_\_\_\_\_, soprattutto a fronte delle sue dichiarazioni in base alle quali non conosceva molto bene il farmaco e non aveva capito esattamente in base a quali presupposti era stato scelto quale terapia per il caso specifico:

Alla stessa conclusione si giungerebbe anche se l'imputata non fosse stata informata dal collega circa le disposizioni della capoclinica, poiché a fronte di una situazione così dubbia e critica, il minimo che si può pretendere da un medico che entra in servizio e non dispone di tutte le informazioni che gli consentano di capire il perché di una terapia, è che si faccia parte attiva con i colleghi medici per verificare cosa sia avvenuto e perché. Sentendo la dr.ssa \_\_\_\_\_ o il dr. \_\_\_\_\_ avrebbe immediatamente potuto apprendere quali fossero le direttive impartite.

Questo esito, inoltre, vale a prescindere dalla fondatezza dei decreti d'abbandono emanati dal ministero pubblico nei confronti dei dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_, qui non oggetto d'esame. Pur non essendo completamente comprensibile la scelta di ritenere solo la dr.ssa AP 2 e l'infermiere AP 1 penalmente colpevoli per quanto accaduto, in diritto penale non esiste compensazione delle colpe (Verschuldenskompensation) ed ognuno risponde delle proprie colpe, così che il fatto che altre persone che hanno avuto atteggiamenti analoghi non è stato preso in considerazione, non permette di per sé di scagionare chi è stato messo in stato d'accusa.

Nesso di causalità naturale ed adeguata

In modo particolare, è stata proprio l'errata somministrazione dell'anestetico in dosi eccessive e per un tempo prolungato ad aver provocato l'arresto respiratorio, per cui può esserne ritenuta la causa principale. In effetti, quando l'imputato infermiere ha abbandonato la camera di cure continue, verso la 01:35, la terapia con il Propofolo era già in atto da oltre due ore e venti (essendo iniziata verso le 23:15, con la prima iniezione in vena di 30 mg) ed il dosaggio di 100 mg/h era già stato raggiunto da almeno un'ora e mezza, se non di più. A quel momento, dunque, tutti i presupposti per l'insorgere della complicazione rivelatasi fatale erano dati, indipendentemente dal fatto che l'accusato fosse rimasto al capezzale del paziente o meno.

Se è vero che l'anestetico ha un'emivita breve, è altrettanto vero che i suoi effetti diminuiscono solo quando la somministrazione viene interrotta. Per contro, se la stessa dura per tanto tempo, come nel caso specifico, non può portare, già solo secondo un semplice ragionamento logico, che ad un accumulo della sostanza nel corpo, fatto che ne rende più lento lo smaltimento.

Inoltre era chiaro sin dall'inizio a chiunque che l'intubazione d'urgenza del signor VITT1 sarebbe stata difficoltosa a causa della sua costituzione fisica, per cui nessuno poteva assicurare la possibilità di un intervento immediato e di successo in caso di necessità.

Questi comportamenti colpevoli si trovano anche in un nesso di causalità adeguata con il decesso, poiché, come abbondantemente illustrato in precedenza, sono tutti atti o omissioni che, secondo l'andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale di vita, confermati da accertamenti scientifici e da dati notori già a quel tempo, possono essere all'origine di un arresto respiratorio che, in mancanza di un intervento immediato, può portare ad una interruzione del flusso d'ossigeno al cervello tale da causare il coma nella vittima e, di riflesso, non si sarebbe posta la questione di una rinuncia alle terapie volte a mantenerla in vita (analogamente a quanto concluso in STF 6B\_231/2008 del 27 aprile 2009, consid. 8.2.).

In effetti, un'attivazione tempestiva dell'allarme avrebbe come visto permesso di guadagnare 4 minuti e, dunque, consentito all'anestesista di arrivare in cure continue alla

01:48 (monitor), quindi mentre la dr.ssa AP 2 stava già tentando l'intubazione, riuscita alla 01:50 circa.

Non è dimostrato che giungendo con questo anticipo al capezzale della vittima, l'anestesista avrebbe potuto far guadagnare due (o tre) minuti sull'intubazione e quindi potuto riprendere l'ossigenazione del cervello del signor VITT1 in tempo per evitare danni neurologici come quelli da lui subiti.

Non permettendo le prove agli atti di appurare una simile circostanza, ed apparendo più che verosimile che nulla sarebbe cambiato nemmeno con l'intervento anticipato dello specialista, non si può che escludere che il nesso di causalità tra la tardiva richiesta d'aiuto tramite il servizio REA e l'evento sia stato sufficientemente dimostrato.

AP 1 era a quel tempo già attivo come infermiere da una decina d'anni e a detta dei medici interrogati, era un buon infermiere, per cui di principio si poteva considerarlo un professionista affidabile, che non necessitava di particolare sorveglianza, fintanto che si muoveva nell'ambito delle sue competenze di infermiere e non sconfinava in quelle proprie dei medici.

Le direttive del reparto cure continue erano chiare: era imperativa la presenza ininterrotta di un infermiere che sorvegliasse di persona i pazienti ivi degenti, o direttamente dalla stanza, o dal locale infermieri, attraverso la vetrata:

Pur trattandosi di una mera congettura, tenuto conto di quanto già precisato più sopra circa il ruolo delle varie cause, in applicazione del principio in dubio pro reo (riferito alla dr.ssa AP 2), si deve comunque sia ritenere che se l'infermiere fosse restato al suo posto e avesse potuto sorvegliare di persona la vittima, vi sarebbero state molte più possibilità di salvare la vita di quest'ultima.

Tuttavia agli atti vi sono elementi che consentono di concludere che la dr.ssa AP 2 dovesse prevedere che il signor AP 1 nel corso della nottata si sarebbe allontanato ed avrebbe lasciato incustoditi i degenti della camera di cure continue, contravvenendo alle regole ufficiali del reparto ed ai doveri impostigli da un adempimento secondo scienza del suo compito.

Di fatto, lo ha riconosciuto lei stessa:

Anche AP 1 ha riconosciuto che la presenza continua era mera teoria:

e, come già ricordato in precedenza, consid. 32,

Addirittura, quindi, la dr.ssa AP 2 sapeva che in caso di urgenza, sia lei che il coimputato avrebbero dovuto intervenire immediatamente, lasciando il loro posto, così come che se fosse suonato il campanello del pronto soccorso, entrambi avrebbero dovuto recarvisi subito.

Seppur l'abbandono del posto di sorveglianza - in una situazione di normale rispetto delle consegne, che all'Ospedale \_\_\_\_\_ è dimostrato non esisteva - avrebbe in teoria potuto costituire un atto a tal punto grave, insensato, al di fuori della normalità (visti i rischi notori già quel tempo di una somministrazione di Propofolo su un paziente non intubato e che aveva già presentato sintomi di un probabile abuso di benzodiazepine), da relegare in secondo piano, come vogliono la dottrina e la giurisprudenza, la colpa della dr.ssa AP 2, nel caso di specie una simile conclusione sarebbe errata, poiché era notorio, come testé dimostrato, che la prassi era del tutto differente e che non solo non era un comportamento

infrequente, ma era quasi inevitabile, vista la carenza di personale.

In base a quanto esposto più sopra, a maggior ragione si deve escludere un'interruzione del nesso di causalità adeguata a seguito della tardiva attivazione dell'allarme REA, ricordato che nemmeno è provato che essa abbia avuto un'incidenza sull'insorgere dell'arresto respiratorio. Ma anche se l'avesse avuta, la prevenuta non avrebbe potuto essere sollevata dalle proprie responsabilità, non dovendosi considerare per nulla imprevedibile che, di fronte ad un paziente che ha subito un arresto respiratorio e che, quindi, è in grave pericolo di vita, un infermiere o un medico, nella concitazione di quei frangenti, decida di tentare la rianimazione prima di dare l'allarme. Nelle situazioni di stress non sempre chi interviene sceglie la migliore soluzione, quella prevista dai manuali, ma spesso cerca la via più rapida per mantenere in vita il paziente. L'omissione di AP 1 non era perciò imprevedibile, soprattutto per un medico diplomato con una, seppur limitata, esperienza.

Di conseguenza l'agire dell'infermiere non ha interrotto il nesso di causalità adeguata tra la negligenza commessa da AP 2 e la morte del signor VITT1.

Incidenza della prassi della somministrazione di Propofolo all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_ sulla colpa degli imputati

Infine, l'accusato sostiene che i suoi atti sono stati ratificati dapprima dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, che non hanno ordinato l'immediata sospensione della somministrazione del medicamento, e poi dalla dr.ssa AP 2, sicché quanto da lui fatto deve essere subordinato alla decisione di ratifica da parte dei medici.

Di conseguenza, a suo dire, egli dovrebbe venire assolto da ogni accusa.

La considerazione di queste censure, ovviamente, non può limitarsi ad uno solo degli appellanti, ma deve essere estesa ad entrambi.

Il loro ordine di ridurre al minimo il quantitativo del sedativo così da mantenere sveglio il paziente, e di valutare l'interruzione della somministrazione, seppur non scervro da critiche (avrebbero dovuto pretendere l'interruzione immediata della terapia), imponeva a AP 1 d'agire in tal senso, cosa che egli non ha assolutamente fatto. Essi non hanno dunque in alcun modo avallato la cura da lui autonomamente scelta, poiché è stato chiarito che, seppur non immediatamente, l'uso del Propofolo avrebbe dovuto essere bloccato non appena possibile.

Neppure la prescrizione fatta dalla dr.ssa AP 2 può essere stata interpretata dal prevenuto come una ratifica del suo operato. Egli sapeva benissimo, e non può essere altrimenti, che si trattava di un errore dovuto ad un esame troppo superficiale della situazione da parte della giovane medico assistente, che non poteva in alcun modo sanare o sostituire gli ordini impartiti dal capo clinica di picchetto.

Il richiamo al principio dell'affidamento, e quindi sostenere ora la buona fede circa il cambiamento, in pochi minuti, di direzione in merito all'uso del Propofolo sul degente, non è fattibile. In effetti, per potersi prevalere di tale principio è indispensabile che non sussistano elementi che inducano o avrebbero dovuto indurre a dubitare del corretto comportamento del collega (o superiore o subordinato, STF 6B\_437/2008 del 24 luglio 2009, consid. 3.4.). In casu, come visto, AP 1 aveva appena ricevuto degli ordini chiari dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e non poteva oggettivamente pensare che una prescrizione effettuata da un medico assistente appena entrato in servizio, che non conosceva il paziente e nemmeno lo aveva visitato seriamente e che si era fidata delle sue parole senza verifiche,

costituisse un atto rispettoso dei crismi della scienza medica e rappresentasse una decisione in grado di sconfessare quella della capo clinica di picchetto.

L'eccezione sollevata non trova pertanto spazio alcuno.

Sapendo, come ha dichiarato di sapere (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4), che nessun medico prima di lei aveva proceduto alla prescrizione del medicamento, anche senza aver sentito quanto dettato dal dr. \_\_\_\_\_ al momento del passaggio delle consegne sugli ordini della dr.ssa \_\_\_\_\_, non poteva pensare che fosse stato dato il nulla osta alla terapia.

dall'altro questa prassi, errata e pericolosa, non solleva il prevenuto dalle proprie responsabilità, avendo egli agito di sua iniziativa e non su ordine medico.

Essa andrà tuttavia considerata nella commisurazione della pena.

Nulla muta a questa conclusione il fatto che i quantitativi di 100 mg/h non fossero, di per sé, eccessivi, avendo il dr. \_\_\_\_\_ dichiarato che rientrano nei dosaggi normali (MP 19 maggio 2006, AI 16, pag. 2), poiché da solo questo dato nulla dice e, soprattutto, non tiene conto né dello stato del signor VITT1 e della sua costituzione fisica, né delle interazioni con gli altri farmaci da lui precedentemente assunti.

Commisurazione della pena

Nonostante sia stato leso l'obbligo di motivazione, si prescinde qui per praticità ed economia procedurale dal rinvio alla Corte di prime cure, potendo la lacuna essere, eccezionalmente, colmata con il presente giudizio.

AP 1

Pure grave è, di principio, l'aver fatto ricorso, contrariamente a ogni protocollo scientifico ed a quanto indicato nel compendio svizzero dei medicinali, ad un prodotto non immaginato per il contenimento delle persone agitate, il cui uso comporta l'assunzione di grossi e seri rischi per il paziente, oltre ogni rapporto di proporzionalità con il risultato perseguito.

In un simile contesto, l'abbandono del capezzale di VITT1, per motivi non urgenti, ha costituito un atto irresponsabile, che pesa anche nella commisurazione della pena.

A ridurre la gravità oggettiva dell'infrazione contribuisce il fatto che, nonostante non fosse scientificamente corretto, l'uso del Propofolo all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (a anche di quello \_\_\_\_\_) per contenere pazienti particolarmente agitati era tollerato, sicché la scelta del medicamento, seppur sbagliata, non è da considerarsi, in un simile contesto, completamente decontestualizzata.

Parimenti, gioca un ruolo moderatamente alleviante il fatto che la decisione di ricorrere all'anestetico è stata presa in una situazione abbastanza difficile per l'imputato, che si è trovato, solo, a dover gestire l'involontaria agitazione della vittima, che, vista la sua imponente corporatura e lo stato confusionale, non rendeva certamente facile il compito.

AP 2

In effetti, come visto, se una simile soluzione avrebbe potuto al limite trovare uno spazio in un reparto di cure intense, ove i pazienti, oltre che essere intubati o facilmente intubabili, sono seriamente sorvegliati in continuazione, non era di certo praticabile in un semplice

reparto di cure continue con evidenti lacune nella sorveglianza (essendo noto che gli infermieri si allontanavano per svolgere altri compiti), mancando i presupposti che garantissero di poter gestire l'insorgere dei noti problemi connessi all'uso del farmaco.

Modera la gravità oggettiva dell'infrazione, come per AP 1, la pratica diffusa nel nosocomio luganese di ricorrere al Propofolo in situazioni come quella che ci ha qui occupato.

Un leggero influsso lo ha infine il fatto che, come rilevato in precedenza, i momenti determinanti per l'esito della vicenda hanno coinciso, sfortunatamente, con il cambio di turno, ostacolando in qualche modo, seppur in maniera rimediabile con un minimo di scrupolo professionale, la continuità e la coerenza degli interventi dei medici.

A suo favore giocano le modalità di reazione da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ alla notizia dell'impiego del medicamento sul signor VITT1, che avrebbero senza dubbio potuto e dovuto essere più drastiche e meno ambigue.

Violazione del principio di celerità e lungo tempo trascorso

Dal punto di vista della celerità della procedura, non si può mancare di osservare che dal 20 novembre 2008 (AI 49) al 30 maggio 2011 (AI 50) nulla è stato fatto.

Di conseguenza le pene inflitte devono imperativamente essere dimezzate e ridotte a 40 aliquote giornaliere dal fr. 110.-, per complessivi fr. 4'400.-, per AP 1, e a 30 aliquote giornaliere da fr. 130.-, per globali fr. 3'900.-, per AP 2. Nulla muta per contro in merito alla sospensione condizionale delle stesse.

12, 40, 42, 47, 48 lett. e, 117 CP;

### **E. 30**

L'accusa rimprovera fondamentalmente a AP 1: - d'aver somministrato di propria iniziativa, senza prescrizione medica, il Propofolo al paziente; - di essersi allontanato ingiustificatamente dal reparto cure continue, perdendo la possibilità di controllare direttamente lo stato del paziente VITT1, atto che non gli ha consentito di accorgersi tempestivamente dell'arresto respiratorio, così che vi è stato un ritardo nel prestare soccorso alla vittima; - di non aver attivato l'allarme REA per tempo, fatto che ha comportato un ulteriore differimento dell'intervento dell'anestesista, della ventilazione e dell'intubazione del paziente. Somministrazione del Propofolo alla vittima

### **E. 31**

E' assodato che poco dopo le 23:15 AP 1, senza consultare nessuno, di sua iniziativa, ha deciso di sedare VITT1 iniettandogli 30 mg di Propofolo in bolo e poi predisponendone l'infusione inizialmente a 50 mg/h, aumentando, sempre di propria iniziativa, le dosi sino a raggiungere i 100 mg/h già verso le 23:30 (scheda tecnica in classatore "cartella clinica", scomparto n. 10, ultimo documento). L'imputato non si è quindi limitato a somministrare il farmaco, ma, non essendo stato preventivamente consultato alcun medico sulla questione nonostante in ospedale ve ne fosse sempre almeno uno presente (assistente) ed uno interpellabile telefonicamente (capo clinica), lo ha prescritto al paziente. Ma non solo, nemmeno dopo averlo fatto egli ha pensato di chiedere un controllo da parte del medico. Ne ha parlato con il dr. med. \_\_\_\_\_ solo poco prima del cambio del turno, quindi verso mezzanotte, ma semplicemente per dare l'informazione, non con l'intento di chiedere un parere o una verifica ( "Quando ero sul corridoio, vicino all'unità di cure continue, si è

avvicinato l'infermiere AP 1 che mi ha detto che aveva dovuto sedare VITT1 perché era agitato” , MP 29 maggio 2008, AI 42, pag. 5). Come confermato dal perito giudiziario, la prescrizione rappresentava già a quel tempo, nel 2006, un atto medico, quindi di competenza esclusiva proprio di un medico e non di un infermiere. Poiché né all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_, né a quello dell'Ospedale \_\_\_\_\_, esisteva, al momento dei fatti, una delega esplicita o implicita (consuetudine) agli infermieri per la prescrizione di medicinali, con speciale riguardo a quelli qui d'interesse (AI 84, pag. 16 e MP 7 luglio 2008 di \_\_\_\_\_, primario di medicina dell'Ospedale \_\_\_\_\_, AI 44, pag. 5), l'accusato non aveva alcun diritto di procedere autonomamente alla somministrazione di Propofolo senza chiedere preventivamente una prescrizione al medico competente. La dichiarazione rilasciata dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione del suo interrogatorio del 19 maggio 2006 (AI 16, pag. 4): “ ADR che il Disprovan, in caso di indicazione, viene di prassi, presso il reparto di cure intense somministrato anche da infermieri. Non so quale sia la prassi presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_. (...) Desidero infine rilevare che in Svizzera si è sviluppata negli anni la prassi di delegare agli infermieri specializzati in cure intense o in anestesia determinati compiti di cura quali in particolare la rianimazione di base e avanzata, quindi inclusa anche l'intubazione, come pure la somministrazione di determinati medicinali che richiedono particolare attenzione nella somministrazione (cardiotonici o sedativi del tipo Propofolo), e ciò contrariamente a quanto si constata in altri Paesi dove tali azioni restano di spettanza esclusiva dei medici.” non scalfisce in alcun modo questo giudizio, considerato che egli ha parlato di somministrazione, ma non di prescrizione, di infermieri specializzati in cure intense o anestesia, formazione che l'accusato non aveva terminato, e, appunto, di prassi vigente nel reparto di cure intense, che non può essere certamente paragonabile a quello di cure continue, sulle cui usanze egli non ha saputo dire nulla. Independentemente dal fatto che fosse corretta o meno, già la sola prescrizione con conseguente somministrazione del Propofolo da parte di AP 1, infermiere, era contraria alle regole dell'arte medica. A ciò si aggiunge, poi, il fatto che nel caso specifico il ricorso all'anestetico in questione ha costituito, scientificamente, un errore grave ed evitabile. In primo luogo perché come precisato esaurientemente dal perito giudiziario, non era previsto da nessun protocollo terapeutico un uso del medicamento per il trattamento dell'agitazione. Poi, perché la somministrazione andava e va effettuata a precise condizioni: di norma su pazienti già intubati o, quantomeno, intubabili in brevissimo tempo e sotto stretta sorveglianza. Non essendo VITT1 intubato, ed avendo egli manifeste caratteristiche fisiche (obesità e collo taurino) che ne rendevano molto più complicata l'intubazione, era evidente, soprattutto per un infermiere di lungo corso come il prevenuto, che questi presupposti non erano dati. Oltre a ciò, il ricorso al Propofolo era nel caso specifico decisamente inadeguato poiché iniettato ad un degente del cui stato d'agitazione non erano state accertate le cause, sicché non era nemmeno possibile valutare seriamente le controindicazioni della terapia. Per tacere del fatto che l'accusato sapeva di trovarsi di fronte ad un caso di probabile abuso di benzodiazepine ( “Io sapevo che il paziente era lì per un abuso medicamentoso, per un tentamen medicamentoso” , verbale 14 marzo 2013 del dib. di primo grado, interrogatorio degli imputati, pag. 1), cioè di psicofarmaci che influenzano il sistema respiratorio, rallentandolo e che, potenzialmente, possono interagire con altre sostanze chimiche, mettendo in pericolo di morte il soggetto. Così come sapeva o poteva apprendere da una semplice consultazione della cartella clinica, che nel pomeriggio VITT1 aveva presentato un problema di respirazione Cheynes-Stokes, sintomo tutt'altro che irrilevante, e che gli era

già stato fatto assumere dai medici dell'Ospedale \_\_\_\_\_ un farmaco antagonista delle benzodiazepine. D'altronde la vittima non era un normale degente per l'ospedale, ma era quello che si trovava in quel momento nello stato più critico di tutta la struttura e che necessitava di essere trattato con più cautela: in camera di cure continue - dove di certo non si viene collocati se la situazione non desta qualche preoccupazione - in effetti, erano solo in due e dei due lui era quello più grave. Il rischio di arresti respiratori connesso alla somministrazione del farmaco era notorio già a quel tempo ed una semplice consultazione del compendio dei medicinali ( <http://compendium.ch/prod/pnr/1118170/de> ), sotto il capitolo "messa in guardia e controindicazioni", chiarisce come fosse facile, anche per chi non ne conosceva le caratteristiche, recuperare informazioni circa le modalità d'uso, i pericoli e le precauzioni da adottare. Evidentemente il fatto di non conoscere le lingue (il compendio svizzero è in francese o tedesco) e non poter comprendere questi dati non solleva il prevenuto dalle proprie colpe ma, al limite, le aggrava, considerato che è ancor più grave somministrare medicinali senza una ricetta e senza conoscerne le caratteristiche nel dettaglio. D'altronde lo stesso imputato, in occasione del suo primo interrogatorio del 24 maggio 2006, ha dimostrato di conoscere esattamente quali rischi corre la persona cui viene somministrato il farmaco: "ipotensione", "depressione cardiocircolatoria" e "depressione o arresto respiratorio" (MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 3). In un simile contesto clinico e logistico, all'infelice scelta del farmaco, si aggiunge l'altrettanto infausta decisione di procedere autonomamente all'individuazione del dosaggio per tentativi, in base agli effetti immediati sull'agitazione del paziente, ma senza contare su una valutazione scientifica approfondita di tutti i parametri clinici e senza chinarsi su possibili controindicazioni o sugli effetti che avrebbe potuto avere (ed ha avuto) sui parametri vitali del paziente. Il ricorso al Propofolo è stato disposto d'urgenza, in un momento di difficoltà dell'infermiere nel gestire da solo un paziente corpulento agitato, all'unico scopo di sedarlo, e non è da lui più stato rimesso in discussione una volta ottenuto il risultato voluto, nonostante i rischi gli fossero conosciuti, sapesse di doverlo sorvegliare da solo e le difficoltà di procedere ad un'eventuale intubazione fossero evidenti. Agendo come ha fatto, AP 1 ha infranto i principi cardine dell'arte medica ed ha assunto dei rischi decisamente sproporzionati rispetto allo scopo perseguito che si limitava a voler tenere calmo il paziente. Certo, se VITT1 si fosse alzato ed avesse strappato i cavi del monitoraggio e i tubi delle infusioni, si sarebbe potenzialmente messo in una situazione di pericolo, ma si sarebbe trattato di un pericolo decisamente inferiore a quello di vita, trovandosi egli in una struttura ospedaliera e non soffrendo di patologie tali da poterne compromettere in maniera irrimediabile la salute. La sua colpa per quanto commesso non viene sminuita dal fatto che egli non avesse tutte le competenze e le basi scientifiche per valutare esattamente la situazione del paziente e come procedere: sulla scorta della teoria del cosiddetto *Übernahmeverschulden* (Marcel Alexander Niggli/Stefan Maeder, in *Basler Kommentar, StGB I*, 3 ed., 2013, ad art. 12, n. 102) egli ne rimane pienamente responsabile, essendosi assunto scientemente mansioni non di pertinenza di un infermiere. Abbandono della camera di cure continue

## **E. 32**

cpv. 1 Cost.;

6 par. 2 CEDU;

14 cpv. 2 patto ONU II

e meglio, per avere,

in data 6 aprile 2006, verso le ore 23:15, a seguito di uno stato di agitazione indicato come incontrollabile del paziente VITT1, somministrato a quest'ultimo, progressivamente sino a raggiungere, alle ore 24:00 circa, il dosaggio 100 mg/h, di sua iniziativa e senza prescrizione medica, il farmaco anestetico Propofolo (Ansiven), farmaco controindicato nei casi di agitazione, oltretutto se somministrato a un paziente che presentava i sintomi di un'intossicazione da farmaci psicoattivi ed al quale erano stati somministrati degli antagonisti delle benzodiazepine, farmaci che predisponivano alla depressione respiratoria, non essendo inoltre nota la causa dell'agitazione, esame complesso, che doveva essere esperito da un medico competente;

nonché

dopo avere somministrato il farmaco Propofolo, per essersi allontanato dal reparto di cure continue per aiutare una collega, allontanamento ingiustificato che non ha permesso di sorvegliare de visu il paziente VITT1, non potendo bastare nel caso di somministrazione di tale farmaco e tenuto conto delle contingenze del caso specifico l'inserimento di un allarme sonoro, ciò che non ha permesso una tempestiva rianimazione, una corretta ventilazione e una rapida intubazione del paziente;

e meglio per avere, in data 6 aprile 2006, dopo che verso le ore 23:15, a seguito di uno stato di agitazione indicato come incontrollabile del paziente VITT1, l'infermiere AP 1 aveva somministrato a quest'ultimo progressivamente sino a raggiungere, alle ore 24:00 circa, il dosaggio 100 mg/h, di sua iniziativa e senza prescrizione medica, il farmaco anestetico Propofolo (Ansiven), farmaco controindicato nei casi di agitazione, oltretutto se somministrato a un paziente che presentava i sintomi di una intossicazione da farmaci psicoattivi ed al quale erano stati somministrati degli antagonisti delle benzodiazepine, farmaci che predisponivano alla depressione respiratoria, non essendo inoltre nota la causa dell'agitazione, esame complesso, che doveva essere esperito da un medico competente, avallato, continuando a prescriverlo in misura di 100 mg/h, il farmaco Propofolo, nonostante il medico di picchetto abbia disposto una riduzione del farmaco a bassi livelli, tali da permettere al paziente di restare sveglio, e comunque di valutare la cessazione della somministrazione;

-Sezione della popolazione, Ufficio della migrazione,

6501 Bellinzona

Per la Corte di appello e di revisione penale

Il presidente

La segretaria

### **E. 33**

Sentito suonare l'allarme del monitor ubicato nel locale infermieri alle 01:45/01:46 (orario DECT) rispettivamente 01:39:40 (monitor), dopo aver finito di posizionare la paziente della camera 109, AP 1 è corso immediatamente a verificare cosa stesse succedendo e, appurato che il segnale era riferito al paziente del letto n. 1, si è recato da lui, ha silenziato l'apparecchio acustico, ha visto che si era staccato un elettrodo, lo ha rimesso al suo posto ed ha atteso che l'apparecchiatura riprendesse a fornire i dati. Dati che non appena ricomparsi hanno segnalato l'arresto respiratorio: " A domanda dell'avv. DI 1 AP 1 dice che quella sera è suonato l'allarme rosso. Mi sono subito recato al monitor ed ho visto che vi era

una linea piatta. Questa poteva essere imputabile a una mancanza di segnale o a una asistolia. Sono quindi andato dal paziente e ho visto che un elettrodo era staccato per cui l'ho riattaccato ed il monitor dopo il normale periodo di latenza ha ricominciato a fornire i dati vitali. Da questi ho verificato che il battito era attorno ai 30 / 40 battiti per minuto.” (verbale dib. d'appello, pag. 4). “ (...) il messaggio d'allarme indicava un'asistolia, ma io verificai che l'elettrodo verde posizionato sull'emitorace sinistro del paziente si era staccato, lo riattaccai e mi accorsi che il sig. VITT1 era bradicardico con FC di 35 b/min e con la curva respiratoria piatta.” (AI 17, doc. A, pag. 5). Non appena preso atto della gravità della situazione del signor VITT1, AP 1 ha tentato infruttuosamente di ventilarlo con il pallone Ambu. Provate infruttuosamente due insufflazioni ha deciso di chiamare con il telefono in dotazione la dr.ssa AP 2, che, dopo avergli detto che avrebbe fatto meglio ad attivare l'allarme REA che telefonarle, è corsa alla camera di cure continue. Proprio durante la telefonata, alle ore 01:50 (orario DECT), 01:44 (orario monitor), l'infermiere si è recato in prossimità del tasto per l'allarme REA e lo ha premuto. Ne è prova il fatto che quando la medico assistente è giunta al capezzale della vittima, stavano arrivando anche tutti gli altri infermieri allertati. La dr.ssa AP 2, constatata la bassissima saturazione di ossigeno, ha a sua volta dapprima tentato la ventilazione con il pallone Ambu e, visto l'insuccesso, ha provato ad inserire una cannula al paziente. Non ottenendo risultati, è stata così decisa l'intubazione che, essendo come prevedibile ostacolata dalla corporatura del paziente, le è riuscita solo al terzo tentativo, dopo circa 3-5 minuti. Era circa la 01:50 (monitor). Pochissimi minuti dopo l'intubazione è arrivato al capezzale del paziente il medico anestesista di turno, dr. \_\_\_\_\_, giunto all'Ospedale \_\_\_\_\_ 7/8 minuti dopo il lancio dell'allarme, alle 01:58 (DECT), rispettivamente 01:52 (monitor). Dopo che questi gli ha attaccato un ventilatore, il signor VITT1 è stato ventilato manualmente per circa 10 minuti, fino a quando non ha ripreso la respirazione spontanea (AI 30, pag. 5; all. A a MP 24 maggio 2006, AI 17, pag. 6). L'attivazione dell'allarme REA è stata così ritardata di circa 4 minuti rispetto a quando avrebbe potuto essere effettuata. Partendo dal presupposto che, come dichiarato dal primario di Medicina \_\_\_\_\_, tutto il personale, anche quello non curante, era stato informato che l'allarme REA doveva essere attivato immediatamente non appena veniva constatata una situazione critica che richiedeva una rianimazione (MO 7 luglio 2008, AI 44, pag. 5), si può ritenere accertata la violazione dei doveri di diligenza da parte di AP 1 anche per questa imputazione. L'operato di AP 2

#### **E. 34**

A AP 2 è stato imputato d'avere, verso le 00:15 del 7 aprile 2006, non appena iniziato il suo turno quale medico assistente di guardia, avallato, continuando a prescriverlo in misura di 100 mg/h, la somministrazione di Propofolo al paziente VITT1, nonostante il medico di picchetto avesse ordinato la riduzione di tale farmaco a bassi livelli, in modo da consentire al paziente di restare sveglio, e di valutare l'interruzione completa dell'inoculazione. A tal proposito, come visto in precedenza, è provato che l'accusata ha, su richiesta di AP 1, prescritto la somministrazione di Propofolo in ragione di 100 mg/h, con la precisazione “secondo bisogno” (MP 29 maggio 2006, AI 41, all. B). Il contesto nel quale la prescrizione è avvenuta è già stato illustrato in precedenza. E' in primo luogo importante rilevare che anche per lei, di tutti i degenti presenti quella notte, la vittima era senza dubbio quella che si trovava nella situazione più critica. Pure significativo è che la prevenuta era stata informata dall'infermiere del fatto che egli aveva dato Propofolo al paziente di sua iniziativa e che, prima di accogliere la richiesta di prescrizione, ha dato un'occhiata al foglio di sorveglianza di VITT1 e ne ha verificato i parametri vitali (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 2): “ A

domanda dell'avv. DI 2, AP 2 dichiara che al momento in cui è entrata in servizio non era a conoscenza di quale patologia soffrisse la vittima. Pur non ricordando esattamente i contenuti della discussione ritiene di essere stata informata almeno succintamente da AP 1 e poi di aver verificato la situazione del paziente sulla cartella clinica. Non ricordando i dettagli rinvio a quanto già dichiarato su questo punto agli inquirenti. Ad ogni modo è evidente che avendo visto due pazienti in cure continue io abbia chiesto all'infermiere per quali motivi fossero stati ricoverati. Con riferimento al signor VITT1, avendo notato la pompa del Propofol, ho sicuramente chiesto per quale motivo gli fosse stato somministrato il medicamento. Pure è sicuro che io abbia guardato il foglio di terapia / sorveglianza che è sempre nella camera." (verbale dib. d'appello, pag. 5). L'imputata, inoltre, era stata informata dal dr. \_\_\_\_\_ che il signor VITT1 era arrivato all'Ospedale perché erano necessarie verifiche sullo stato confusionale di cui era stato vittima e che a quel momento si trovava in uno stato di agitazione che doveva essere controllato. Il collega le aveva riferito della telefonata che egli aveva appena avuto con la dr.ssa \_\_\_\_\_ sul tema della somministrazione del Propofolo, nonché che quest'ultima aveva detto di ridurne i quantitativi per evitare che il paziente si assopisse e di valutarne la sospensione (MP 29 maggio 2008 di \_\_\_\_\_, AI 42, pag. 5). Appurato ciò, non si può sostenere, come vorrebbe l'appellante, che i medici intervenuti prima di lei avevano avallato la terapia con il Propofolo, soprattutto non nelle modalità con cui era in atto. D'altronde, essendo la somministrazione iniziata da circa un'ora, il fatto che nessun medico avesse prescritto il farmaco avrebbe dovuto destare qualche dubbio anche nella dr.ssa AP 2. La dr.ssa AP 2 ha pure dichiarato che la richiesta di prescrizione dell'infermiere è stata fatta dopo che ella era tornata in cure continue ed aveva trovato il paziente ancora agitato come lo era la prima volta che lo ha visto, e che a quel punto lui "mi ha chiesto di fare la prescrizione del Propofolo visto che nessun medico prima lo aveva fatto e che la terapia era in corso da ore" (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4). L'imputata ha successivamente asserito che, malgrado sapesse che uno degli effetti collaterali del Propofolo è la depressione respiratoria e malgrado fino a quel momento avesse visto somministrare l'anestetico perlopiù a persone intubate, in casi molto gravi, aveva ritenuto che nel caso concreto fosse sufficiente la sorveglianza (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4). Invero, come puntualizzato in prima sede, ella sapeva che secondo il compendio il medicamento poteva essere impiegato di principio come anestetico e solo su pazienti intubati o strettamente sorvegliati ma, avendo visto che all'Ospedale \_\_\_\_\_ esso veniva regolarmente utilizzato anche per sedare, il suo uso sul paziente in questione per i fini perseguiti da AP 1 era sostenibile (verbale di interrogatorio degli imputati del 14 marzo 2013, pag. 3). In altri termini, pur conoscendo le strette disposizioni della dottrina scientifica, aveva ritenuto che la prassi vigente al nosocomio luganese fosse sufficiente per giustificare la somministrazione del Propofolo a VITT1. Ella ha pure precisato di non avere avuto a quel momento esperienza con il dosaggio di Propofolo e che di solito era sua abitudine iniziare con bassi quantitativi di sedativo, aumentandoli poi gradatamente sino ad ottenere l'effetto voluto; tenuto conto che era stata informata che l'infermiere aveva già aumentato a due riprese il dosaggio ed avendo notato che il paziente era ancora eccitato, aveva considerato che il dosaggio di 100 mg/h fosse corretto (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4). Sul compendio, la dr.ssa AP 2 ha verificato solo se il quantitativo da lei indicato sul foglio delle prescrizioni fosse nella norma: "A domanda dell'avv. DI 2 AP 2 conferma d'aver verificato sul compendio che si trova sempre sul bancone se i quantitativi somministrati di Propofol erano corretti. In effetti non avendo avuto esperienze dirette con il medicamento per usi come quello in discussione

aveva ritenuto doveroso verificare le prescrizioni del compendio svizzero dei medicinali. Ha potuto constatare che il dosaggio rientrava nei parametri previsti dal compendio.” (verbale dib. d’appello, pag. 5 seg.).

### **E. 35**

Annotando sul foglio delle prescrizioni quella del Propofolo a partire dalle ore 00:15, la dr.ssa AP 2 non ha semplicemente completato la cartella clinica che non era a giorno, come rivendica aver fatto. Ella ha effettuato una vera e propria prescrizione del medicamento e lo ha fatto per la prima volta, poiché in precedenza nessun medico ha ordinato la somministrazione del sedativo a VITT1 nei quantitativi e nelle modalità in essere, né tantomeno ha ratificato tacitamente o per atti concludenti quanto fatto dall’infermiere AP 1. Oltretutto l’imputata, per valutare l’adeguatezza del dosaggio di 100 mg/h, ha semplicemente verificato se corrispondeva a quanto previsto nel compendio, senza tener conto che i quantitativi ivi indicati sono relativi, perché solo così può essere, ad un uso del farmaco quale anestetico, non di certo per quello come sedativo di casi d’agitazione. La prescrizione, per i motivi già esposti al momento dell’analisi dell’analogo atto di AP 1, non andava fatta, poiché il medicamento non era idoneo al contenimento dell’agitazione, non vi erano i presupposti per la sua somministrazione (paziente intubato o facilmente e rapidamente intubabile), non erano note le cause dei problemi di salute del paziente e vi erano forti rischi di interazioni con i medicinali assunti in precedenza da quest’ultimo. A maggior ragione la dr.ssa AP 2 ha agito in contrasto con i principi della scienza medica, non avendo proceduto ad un esame diretto del paziente per verificarne lo stato e appurare se fossero dati i presupposti per l’uso del farmaco, ma, in particolare, non essendosi rivolta al capo clinica di guardia, dr.ssa \_\_\_\_\_, soprattutto a fronte delle sue dichiarazioni in base alle quali non conosceva molto bene il farmaco e non aveva capito esattamente in base a quali presupposti era stato scelto quale terapia per il caso specifico: “ (...) io conoscevo già il Propofolo poiché durante la mia formazione universitaria avevo effettuato uno stage in anestesia di tre mesi. In quel caso il Propofolo veniva utilizzato di regola per indurre un’anestesia totale in associazione a gas anestetici. Ho sempre assistito ad impieghi di Propofolo, durante il mio stage di anestesia, in casi analoghi. ADR che successivamente a tale stage in anestesia e sino ai fatti oggetto del procedimento non ho avuto altre esperienze connesse con il Propofolo. ADR che non ho ricevuto alcuna istruzione né informazione durante la mia attività presso l’Ospedale \_\_\_\_\_ sino ai fatti in merito all’impiego del Propofolo. (...) Non ricordo quando il dr. \_\_\_\_\_ se n’è andato. Comunque dichiaro che non avevo ben capito le peculiarità per la somministrazione di questo farmaco, penso che il suo uso in quel contesto fosse approvato nel caso concreto dal capo clinica e dal mio collega dr. \_\_\_\_\_.” (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 2 e pag. 3). La prescrizione di Propofolo a VITT1 in un simile contesto e con tali presupposti costituisce una grossolana violazione delle regole dell’arte medica ascrivibile all’imputata. Alla stessa conclusione si giungerebbe anche se l’imputata non fosse stata informata dal collega circa le disposizioni della capoclinica, poiché a fronte di una situazione così dubbia e critica, il minimo che si può pretendere da un medico che entra in servizio e non dispone di tutte le informazioni che gli consentano di capire il perché di una terapia, è che si faccia parte attiva con i colleghi medici per verificare cosa sia avvenuto e perché. Sentendo la dr.ssa \_\_\_\_\_ o il dr. \_\_\_\_\_ avrebbe immediatamente potuto apprendere quali fossero le direttive impartite. Questo esito, inoltre, vale a prescindere dalla fondatezza dei decreti d’abbandono emanati dal ministero pubblico nei confronti dei dr. \_\_\_\_\_ e dr.ssa \_\_\_\_\_, qui non oggetto d’esame. Pur non essendo completamente comprensibile la scelta di ritenere solo la

dr.ssa AP 2 e l'infermiere AP 1 penalmente colpevoli per quanto accaduto, in diritto penale non esiste compensazione delle colpe ( Verschuldenskompensation ) ed ognuno risponde delle proprie colpe, così che il fatto che altre persone che hanno avuto atteggiamenti analoghi non è stato preso in considerazione, non permette di per sé di scagionare chi è stato messo in stato d'accusa. Nesso di causalità naturale ed adeguata

### **E. 36**

Statuito che entrambi i prevenuti hanno compiuto atti medici che la situazione imponeva loro di evitare o di eseguire altrimenti, è necessario verificare se sussiste un nesso di causalità naturale ed adeguato tra i loro atti ed il tragico evento finale. Nei reati realizzati in campo medico, una simile valutazione si scontra regolarmente con la difficoltà scaturente dal fatto che non si deve procedere all'esame di un avvenimento reale (non avvenuto), bensì a quello di un'ipotesi, e meglio di cosa sarebbe successo se gli imputati avessero agito nel pieno rispetto delle regole dell'arte, e se ciò, secondo il normale andamento delle cose, avrebbe evitato l'insorgere del danno. Come già scritto al consid. n. 25, la causalità in questo senso non è quindi diretta, quanto piuttosto ipotetica. In altri termini, occorre accertare se l'imputato, agendo come avrebbe dovuto, avrebbe verosimilmente evitato l'evento dannoso o ne avrebbe quantomeno ridotto la gravità ( DTF 130 IV 7 consid. 3.2 e rinvii, 117 IV 130 consid. 2a pag. 133; 116 IV 306 consid. 2a pag. 310; Rep. 1999 pag. 106). Ciò presuppone, in base alla giurisprudenza, perlomeno un alto grado di probabilità ( "hohe Wahrscheinlichkeit" ), per cui non basta la semplice possibilità che in caso di comportamento conforme ai doveri di prudenza l'esito funesto sarebbe stato evitabile: in questo senso l'evento è imputabile all'agente soltanto se, qualora quest'ultimo si fosse ipoteticamente comportato in maniera conforme ai suoi doveri di prudenza, il risultato finale sarebbe stato molto probabilmente o quasi sicuramente evitato (teoria della probabilità, Wahrscheinlichkeitstheorie ; STF 6B\_342/2012 dell'8 gennaio 2013, consid. 6.3.; 6S.34/2006-6S.36/2006 del 28 agosto 2006, consid. 4.4.1 e 4.6.4; DTF 135 IV 56 consid. 2.1; 134 IV 193 consid. 7.3.; DTF 130 IV 7 consid. 3.2 e rinvii; sentenza dell'Obergericht di Zurigo del 19 settembre 2013, UE120253, consid. n. 4.2.). Il Tribunale federale ha stabilito, in altri termini, che il principio della causalità fondato sulla cosiddetta formula della conditio sine qua non , ossia sulla domanda "che cosa sarebbe successo altrimenti", deve essere attuato tenendo conto che il presunto svolgersi degli eventi non è dimostrabile con assoluta certezza. È quindi sufficiente che il comportamento negligente dell'autore sia all'origine dell'evento con alto, rispettivamente altissimo grado di verosimiglianza, se non addirittura con quasi certezza. Parte della dottrina sostiene per contro la teoria del rischio accresciuto ( "Risikoerhöhungstheorie" ; il Tribunale federale in DTF 116 IV 306 consid. 2a pag. 310 non sembra comunque scartarla a priori), secondo la quale il nesso di causalità va ammesso già quando esiste la possibilità che, compiendo l'atto omissivo, o agendo secondo le regole dell'arte, l'autore potesse evitare l'evento (in particolare: Stratenwerth, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, 3ª edizione, Berna 2005, § 14 n. 34-37; Walder, Die Kausalität im Strafrecht, in: ZStR/RPS 93/1977 pag. 159 segg.).

### **E. 37**

Sia per quanto fatto da AP 1 che per ciò che è imputato alla dr.ssa AP 2 si può concludere sussistere un nesso di causalità naturale con l'evento finale. Con l'eccezione dell'imputazione di tardata attivazione dell'allarme REA, come vedremo in seguito. Se, da un lato, non vi sono discussioni sul fatto che sia la somministrazione di Propofolo nelle

modalità in cui è stata effettuata, che l'interruzione temporanea della sorveglianza de visu del paziente, costituiscono delle condizioni necessarie che hanno portato alla morte del paziente (pur non essendone le uniche cause), dall'altro anche la prescrizione del medicamento fatta dall'imputata lo è, poiché se ella non avesse dato seguito alla richiesta dell'infermiere, questi sarebbe stato obbligato a prescindere dalla sedazione con il Propofolo. In modo particolare, è stata proprio l'errata somministrazione dell'anestetico in dosi eccessive e per un tempo prolungato ad aver provocato l'arresto respiratorio, per cui può esserne ritenuta la causa principale. In effetti, quando l'imputato infermiere ha abbandonato la camera di cure continue, verso la 01:35, la terapia con il Propofolo era già in atto da oltre due ore e venti (essendo iniziata verso le 23:15, con la prima iniezione in vena di 30 mg) ed il dosaggio di 100 mg/h era già stato raggiunto da almeno un'ora e mezza, se non di più. A quel momento, dunque, tutti i presupposti per l'insorgere della complicazione rivelatasi fatale erano dati, indipendentemente dal fatto che l'accusato fosse rimasto al capezzale del paziente o meno. Se è vero che l'anestetico ha un'emivita breve, è altrettanto vero che i suoi effetti diminuiscono solo quando la somministrazione viene interrotta. Per contro, se la stessa dura per tanto tempo, come nel caso specifico, non può portare, già solo secondo un semplice ragionamento logico, che ad un accumulo della sostanza nel corpo, fatto che ne rende più lento lo smaltimento. Inoltre era chiaro sin dall'inizio a chiunque che l'intubazione d'urgenza del signor VITT1 sarebbe stata difficoltosa a causa della sua costituzione fisica, per cui nessuno poteva assicurare la possibilità di un intervento immediato e di successo in caso di necessità. Questi comportamenti colpevoli si trovano anche in un nesso di causalità adeguata con il decesso, poiché, come abbondantemente illustrato in precedenza, sono tutti atti o omissioni che, secondo l'andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale di vita, confermati da accertamenti scientifici e da dati notori già a quel tempo, possono essere all'origine di un arresto respiratorio che, in mancanza di un intervento immediato, può portare ad una interruzione del flusso d'ossigeno al cervello tale da causare il coma nella vittima e, di riflesso, non si sarebbe posta la questione di una rinuncia alle terapie volte a mantenerla in vita (analogamente a quanto concluso in STF 6B\_231/2008 del 27 aprile 2009, consid. 8.2.).

### **E. 38**

Per quanto concerne la non immediata attivazione dell'allarme REA, per contro, non si può giungere alla stessa conclusione. In effetti, un'attivazione tempestiva dell'allarme avrebbe come visto permesso di guadagnare 4 minuti e, dunque, consentito all'anestesista di arrivare in cure continue alla 01:48 (monitor), quindi mentre la dr.ssa AP 2 stava già tentando l'intubazione, riuscita alla 01:50 circa. Non è dimostrato che giungendo con questo anticipo al capezzale della vittima, l'anestesista avrebbe potuto far guadagnare due (o tre) minuti sull'intubazione e quindi potuto riprendere l'ossigenazione del cervello del signor VITT1 in tempo per evitare danni neurologici come quelli da lui subiti. Non permettendo le prove agli atti di appurare una simile circostanza, ed apparendo più che verosimile che nulla sarebbe cambiato nemmeno con l'intervento anticipato dello specialista, non si può che escludere che il nesso di causalità tra la tardiva richiesta d'aiuto tramite il servizio REA e l'evento sia stato sufficientemente dimostrato.

### **E. 39**

La dr.ssa AP 2 sostiene che l'unica vera causa della morte del signor VITT1 sia l'allontanamento dell'infermiere AP 1 dalla stanza dove questi era ricoverato. Un simile atto rappresenta, a suo avviso, un errore gravissimo e per lei, che tra l'altro nemmeno si trovava

in reparto, certamente imprevedibile. Questa pesantissima colpa del coimputato sarebbe la causa diretta ed immediata del decesso della vittima e relegherebbe in secondo piano tutti gli altri fattori. AP 1 era a quel tempo già attivo come infermiere da una decina d'anni e a detta dei medici interrogati, era un buon infermiere, per cui di principio si poteva considerarlo un professionista affidabile, che non necessitava di particolare sorveglianza, fintanto che si muoveva nell'ambito delle sue competenze di infermiere e non sconfinava in quelle precipue dei medici. Le direttive del reparto cure continue erano chiare: era imperativa la presenza ininterrotta di un infermiere che sorvegliasse di persona i pazienti ivi degenti, o direttamente dalla stanza, o dal locale infermieri, attraverso la vetrata: " Dal profilo architettonico e organizzativo l'unità di cure continue è dal 2005 una stanza vetrata sul corridoio e sul locale infermieri composta di tre letti con corrispondente apparecchiatura di monitoraggio con una postazione di sorveglianza interna al locale complessiva di tutti i dati. Vi è poi un'identica postazione complessiva di controllo nel locale infermieri, come detto che dispone di una vetrata sul locale cure continue. (...) a partire dal 2005 vi è stata una riduzione di personale infermieristico addetto all'unità di cure continue rispetto a quanto vi era nel reparto cure continue. Se non erro gli effettivi sono passati da 8.5 persone a 5.4. Ciò comporta che in ogni caso nella stanza di cure continue vi è una presenza costante di un infermiere per turno. In caso di necessità di assentarsi l'infermiere presente fa una consegna infermieristica all'infermiere di reparto medicina 1 che è in parte composto da personale precedentemente attivo nel reparto di cure continue." (MP 7 luglio 2008 di \_\_\_\_\_, AI 44, pag. 3). Il perito giudiziario alla domanda a sapere se il signor VITT1 avrebbe potuto essere salvato se il signor AP 1 non si fosse assentato dalla stanza e fosse così intervenuto immediatamente, allarmando per tempo le persone adeguate, ha risposto che è probabile, seppur non certo, che una sorveglianza clinica stretta avrebbe permesso di accorgersi di qualche campanello d'allarme, quale ad esempio anomalie respiratorie o cardiache, di interrompere subito la somministrazione di Propofolo e di allertare i medici (AI 95, pag. 6, risposta n. 7.3.). Pur trattandosi di una mera congettura, tenuto conto di quanto già precisato più sopra circa il ruolo delle varie cause, in applicazione del principio in dubio pro reo (riferito alla dr.ssa AP 2), si deve comunque sia ritenere che se l'infermiere fosse restato al suo posto e avesse potuto sorvegliare di persona la vittima, vi sarebbero state molte più possibilità di salvare la vita di quest'ultima. Tuttavia agli atti vi sono elementi che consentono di concludere che la dr.ssa AP 2 dovesse prevedere che il signor AP 1 nel corso della nottata si sarebbe allontanato ed avrebbe lasciato incustoditi i degenti della camera di cure continue, contravvenendo alle regole ufficiali del reparto ed ai doveri impostigli da un adempimento secondo scienza del suo compito. Di fatto, lo ha riconosciuto lei stessa: " Per questo reparto di cure continue vi è un infermiere attribuito che vi si allontana unicamente se deve aiutare qualche altro infermiere in operazioni particolari, la cosa che succede più spesso è cambiare la posizione del paziente." (MP 29 maggio 2008, Ai 41, pag. 2). Anche AP 1 ha riconosciuto che la presenza continua era mera teoria: " Il fatto di uscire dalla camera è determinato da una necessità che spesso si verifica. Oggi però alcune cose sono cambiate, ad esempio non c'è più il pager che ci collegava alla porta del PS obbligandoci ad intervenire se arrivava qualcuno, e questo per maggiore sicurezza. Di questa situazione tutti ne erano consapevoli, sia il Primario che il capo clinica." (MP 3 maggio 2011, AI 55, pag. 5). e, come già ricordato in precedenza, consid. 32, " A domanda dell'avv. DI 1 AP 1 precisa che dopo la riqualificazione del reparto vi erano due infermieri responsabili per 23 pazienti (20 in medicina e 3 nella camera di cure continue). Per organizzazione interna uno dei due infermieri si occupa delle cure

continue mentre l'altro della medicina. Quello che si occupa di cure continue deve disporre di una formazione specifica. Vi erano comunque delle attività che venivano svolte da entrambi gli infermieri, quali il controllo del reparto, le ordinazioni per la farmacia e il magazzino, l'intervento in caso in cui i campanelli suonavano. A tal proposito precisa che se ne suonavano più contemporaneamente un infermiere doveva andare da una parte e l'altro dall'altra. Pure compito dell'infermiere di cure continue era il test da fare ogni notte del defibrillatore e dell'apparecchio per la respirazione che si trovano nella camera indicata con il numero 6. L'infermiere di cure continue doveva poi controllare le telemetrie che si trovavano nella stanza 5 degli infermieri nell'angolo. Inoltre qualora diventava necessario recuperare materiale o farmaci chi si trovava in cure continue doveva recarsi nella camera indicata con il numero 5. Capitava poi di doversi assentare per recarsi alla camera indicata con il numero 4 per svuotare le padelle o semplicemente di recarsi al bagno degli infermieri. Quale ultima cosa sia io che la dr.ssa AP 2 avevamo la responsabilità della rianimazione di tutto l'ospedale, per cui in caso di necessità dovevamo intervenire immediatamente, e quella del pager, cioè l'obbligo di rispondere al campanello nel pronto soccorso che dalle 23.00 alle 07.00 aveva le porte chiuse." (verbale dib. d'appello, pag. 4). Addirittura, quindi, la dr.ssa AP 2 sapeva che in caso di urgenza, sia lei che il coimputato avrebbero dovuto intervenire immediatamente, lasciando il loro posto, così come che se fosse suonato il campanello del pronto soccorso, entrambi avrebbero dovuto recarvisi subito. Seppur l'abbandono del posto di sorveglianza - in una situazione di normale rispetto delle consegne, che all'Ospedale \_\_\_\_\_ è dimostrato non esisteva - avrebbe in teoria potuto costituire un atto a tal punto grave, insensato, al di fuori della normalità (visti i rischi noti già quel tempo di una somministrazione di Propofolo su un paziente non intubato e che aveva già presentato sintomi di un probabile abuso di benzodiazepine), da relegare in secondo piano, come vogliono la dottrina e la giurisprudenza, la colpa della dr.ssa AP 2, nel caso di specie una simile conclusione sarebbe errata, poiché era notorio, come testé dimostrato, che la prassi era del tutto differente e che non solo non era un comportamento infrequente, ma era quasi inevitabile, vista la carenza di personale. In base a quanto esposto più sopra, a maggior ragione si deve escludere un'interruzione del nesso di causalità adeguata a seguito della tardiva attivazione dell'allarme REA, ricordato che nemmeno è provato che essa abbia avuto un'incidenza sull'insorgere dell'arresto respiratorio. Ma anche se l'avesse avuta, la prevenuta non avrebbe potuto essere sollevata dalle proprie responsabilità, non dovendosi considerare per nulla imprevedibile che, di fronte ad un paziente che ha subito un arresto respiratorio e che, quindi, è in grave pericolo di vita, un infermiere o un medico, nella concitazione di quei frangenti, decida di tentare la rianimazione prima di dare l'allarme. Nelle situazioni di stress non sempre chi interviene sceglie la migliore soluzione, quella prevista dai manuali, ma spesso cerca la via più rapida per mantenere in vita il paziente. L'omissione di AP 1 non era perciò imprevedibile, soprattutto per un medico diplomato con una, seppur limitata, esperienza. Di conseguenza l'agire dell'infermiere non ha interrotto il nesso di causalità adeguata tra la negligenza commessa da AP 2 e la morte del signor VITT1. Incidenza della prassi della somministrazione di Propofolo all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_ sulla colpa degli imputati

#### **E. 40**

Secondo la difesa, nella valutazione delle colpe di AP 1 va considerato che ai tempi esisteva una prassi di tolleranza circa l'uso senza prescrizione medica da parte degli infermieri di determinati medicamenti. Inoltre deve essere pure tenuto conto che il ricorso al Propofolo

su pazienti agitati era una terapia usuale all'interno del nosocomio in cui i fatti sono avvenuti. Infine, l'accusato sostiene che i suoi atti sono stati ratificati dapprima dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, che non hanno ordinato l'immediata sospensione della somministrazione del medicamento, e poi dalla dr.ssa AP 2, sicché quanto da lui fatto deve essere subordinato alla decisione di ratifica da parte dei medici. Di conseguenza, a suo dire, egli dovrebbe venire assolto da ogni accusa. La considerazione di queste censure, ovviamente, non può limitarsi ad uno solo degli appellanti, ma deve essere estesa ad entrambi.

#### **E. 41**

In merito a quelle che AP 1 definisce ratifiche del suo operato, l'eccezione non può trovare accoglimento. In effetti, come già a più riprese illustrato, egli stesso ha potuto prendere atto personalmente del fatto che sia il dr. \_\_\_\_\_ che la dr.ssa \_\_\_\_\_ si sono molto infastiditi non appena hanno saputo che al paziente VITT1 era stato iniettato del Propofolo. Il loro ordine di ridurre al minimo il quantitativo del sedativo così da mantenere sveglio il paziente, e di valutare l'interruzione della somministrazione, seppur non scevro da critiche (avrebbero dovuto pretendere l'interruzione immediata della terapia), imponeva a AP 1 d'agire in tal senso, cosa che egli non ha assolutamente fatto. Essi non hanno dunque in alcun modo avallato la cura da lui autonomamente scelta, poiché è stato chiarito che, seppur non immediatamente, l'uso del Propofolo avrebbe dovuto essere bloccato non appena possibile. Neppure la prescrizione fatta dalla dr.ssa AP 2 può essere stata interpretata dal prevenuto come una ratifica del suo operato. Egli sapeva benissimo, e non può essere altrimenti, che si trattava di un errore dovuto ad un esame troppo superficiale della situazione da parte della giovane medico assistente, che non poteva in alcun modo sanare o sostituire gli ordini impartiti dal capo clinica di picchetto. Il richiamo al principio dell'affidamento, e quindi sostenere ora la buona fede circa il cambiamento, in pochi minuti, di direzione in merito all'uso del Propofolo sul degente, non è fattibile. In effetti, per potersi prevalere di tale principio è indispensabile che non sussistano elementi che inducano o avrebbero dovuto indurre a dubitare del corretto comportamento del collega (o superiore o subordinato, STF 6B\_437/2008 del 24 luglio 2009, consid. 3.4.). In casu, come visto, AP 1 aveva appena ricevuto degli ordini chiari dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e non poteva oggettivamente pensare che una prescrizione effettuata da un medico assistente appena entrato in servizio, che non conosceva il paziente e nemmeno lo aveva visitato seriamente e che si era fidata delle sue parole senza verifiche, costituisse un atto rispettoso dei crismi della scienza medica e rappresentasse una decisione in grado di sconfessare quella della capo clinica di picchetto. L'eccezione sollevata non trova pertanto spazio alcuno.

#### **E. 42**

In quest'ottica, come detto, neppure la dr.ssa AP 2 può giustificare il suo errore con la teoria che i medici che l'hanno preceduta avrebbero convalidato le scelte dell'infermiere. Sapendo, come ha dichiarato di sapere (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 4), che nessun medico prima di lei aveva proceduto alla prescrizione del medicamento, anche senza aver sentito quanto dettato dal dr. \_\_\_\_\_ al momento del passaggio delle consegne sugli ordini della dr.ssa \_\_\_\_\_, non poteva pensare che fosse stato dato il nulla osta alla terapia.

#### **E. 43**

Stesso esito deve avere l'eccezione circa il fatto che in base agli usi vigenti a quel tempo all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_, il Propofolo aveva un suo spazio quale medicamento per il trattamento dell'agitazione. Se da un lato, in effetti, da tutto l'incarto e dalle testimonianze emerge che si facesse ricorso al farmaco per calmare i pazienti esagitati: “Oltre ai pazienti intubati a cui veniva somministrato il Propofolo vi erano pazienti intubati (recte: non intubati) a cui veniva somministrato tale farmaco siccome erano molto agitati e non sedabili con altri farmaci più leggeri, tipo Benzodiazepine. (...) Lo si sceglie per sedare pazienti molto agitati poiché ha un'emivita molto breve, vale a dire se si interrompe la somministrazione il paziente si sveglia subito.” (MP 29 maggio 2008 di \_\_\_\_\_, AI 43, pag. 2) dall'altro questa prassi, errata e pericolosa, non solleva il prevenuto dalle proprie responsabilità, avendo egli agito di sua iniziativa e non su ordine medico. Essa andrà tuttavia considerata nella commisurazione della pena. Nulla muta a questa conclusione il fatto che i quantitativi di 100 mg/h non fossero, di per sé, eccessivi, avendo il dr. \_\_\_\_\_ dichiarato che rientrano nei dosaggi normali (MP 19 maggio 2006, AI 16, pag. 2), poiché da solo questo dato nulla dice e, soprattutto, non tiene conto né dello stato del signor VITT1 e della sua costituzione fisica, né delle interazioni con gli altri farmaci da lui precedentemente assunti.

#### **E. 44**

Sulla scorta di tutto quanto precede, le condanne della dr.ssa med. AP 2 e quella di AP 1 per omicidio colposo devono essere confermate ed i rispettivi appelli conseguentemente respinti. Commisurazione della pena

#### **E. 45**

Nella sua sentenza il giudice della Pretura penale ha ommesso di chinarsi sulla commisurazione della pena, limitandosi ad un laconico “la condanna deve essere confermata”. Non è quindi dato a sapere per quali motivi egli abbia deciso di sanzionare l'imputato AP 1 con una pena pecuniaria di 80 aliquote giornaliere da fr. 110.- l'una, per un totale di fr. 8'800.-, e la dr.ssa AP 2 con una pena pecuniaria di 60 aliquote giornaliere da fr. 130.- per complessivi fr. 7'800.-, entrambe sospese condizionalmente per un periodo di prova di due anni. L'obbligo di motivazione previsto dall'art. 50 CP, impone al giudice di esporre nella sentenza anche le circostanze rilevanti per la commisurazione della pena e la loro ponderazione. Questo significa che nella stesura della decisione motivata, il giudice deve inserire tutti gli elementi che consentono alle parti ed all'autorità di ricorso di verificare il rispetto dei criteri da applicare nella fissazione della pena. La motivazione deve quindi giustificare la sanzione inflitta e permettere di seguire il ragionamento del giudice, senza che questi sia tenuto ad esprimersi in cifre o in percentuali su ogni singolo fattore citato (DTF 134 IV 17 consid. 2.1; STF 6B\_281/2013 del 16 luglio 2013, consid. 5.1.; STF 6B\_293/2011 del 12 ottobre 2011 ; STF 6B\_648/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 3.2.; STF 6B.14/2007 del 17 aprile 2007, consid. 5.3). Un mero elenco di elementi pro e contro l'imputato non è, comunque sia, sufficiente (STF 6S.390/2005 del 27 febbraio 2005, consid. 3). Nonostante sia stato leso l'obbligo di motivazione, si prescinde qui per praticità ed economia procedurale dal rinvio alla Corte di prime cure, potendo la lacuna essere, eccezionalmente, colmata con il presente giudizio.

#### **E. 46**

Per l'art. 47 cpv. 1 CP, il giudice commisura la pena alla colpa dell'autore. Tiene conto della vita anteriore e delle condizioni personali dell'autore, nonché dell'effetto che la pena

avrà sulla sua vita. Il cpv. 2 dello stesso disposto precisa che la colpa è determinata secondo il grado di lesione o esposizione a pericolo del bene giuridico offeso, secondo la repressibilità dell'offesa, i moventi e gli obiettivi perseguiti nonché, tenuto conto delle circostanze interne ed esterne, secondo la possibilità che l'autore aveva di evitare l'esposizione a pericolo o la lesione.

#### **E. 47**

a. L'art. 47 cpv. 1 CP stabilisce che la pena deve essere commisurata essenzialmente in funzione della colpa dell'autore (DTF 136 IV 55 consid. 5.4). In applicazione dell'art. 47 cpv. 2 CP - che codifica la giurisprudenza anteriore fornendo un elenco esemplificativo di criteri da considerare - la colpa va determinata partendo dalle circostanze legate all'atto stesso (Tatkomponenten). In questo ambito, va considerato, dal profilo oggettivo, il grado di lesione o di esposizione a pericolo del bene giuridico offeso e la repressibilità dell'offesa (objektive Tatkomponenten), elementi che la giurisprudenza sviluppata nell'ambito del precedente diritto designava con le espressioni "risultato dell'attività illecita" e "modo di esecuzione" (DTF 129 IV 6 consid. 6.1). Vanno, poi, considerati, dal profilo soggettivo (subjektive Tatkomponenten) i moventi e gli obiettivi perseguiti - che corrispondono ai motivi a delinquere del vecchio diritto (art. 63 vCP) - e la possibilità che l'autore aveva di evitare l'esposizione a pericolo o la lesione, cioè la libertà dell'autore di decidersi a favore della legalità e contro l'illegalità nonché l'intensità della volontà delinquenziale (cfr. DTF 127 IV 101 consid. 2a; STF 6B\_1092/2009, 6B\_67/2010 del 22 giugno 2010, consid. 2.1). In relazione alla libertà dell'autore, occorre tener conto delle "circostanze esterne", e meglio della situazione concreta dell'autore in relazione all'atto, per esempio situazioni d'emergenza o di tentazione che non siano così pronunciate da giustificare un'attenuazione della pena ai sensi dell'art. 48 CP (Messaggio del 21 settembre 1998 concernente la modifica del codice penale svizzero e del codice penale militare nonché una legge federale sul diritto penale minorile, FF 1999, pag. 1745; STF 6B\_370/2007 del 12 marzo 2008, consid. 2.2). b. Determinata, così, la colpa globale dell'imputato (Gesamtverschulden), il giudice deve indicarne in modo chiaro la gravità su una scala e, quindi, determinare, nei limiti del quadro edittale, la pena ipotetica adeguata. Così come indicato dall'art. 47 cpv. 1 CP in fine e precisato dal Tribunale federale (in particolare, DTF 136 IV 55 consid. 5.7), il giudice deve, poi, procedere ad una ponderazione della pena ipotetica in considerazione dei fattori legati all'autore (Täterkomponenten), ovvero della sua vita anteriore (antecedenti giudiziari o meno), della reputazione, della situazione personale (stato di salute, età, obblighi familiari, situazione professionale, rischio di recidiva, ecc.), del comportamento tenuto dopo l'atto e nel corso del procedimento penale così come dell'effetto che la pena avrà sulla sua vita (DTF 136 IV 55 consid. 5.7; 129 IV 6 consid. 6.1; STF 6B\_1092/2009, 6B\_67/2010 del 22 giugno 2010 consid. 2.2.2; cfr. anche STF 6B\_585/2008 del 19 giugno 2009 inc. consid. 3.5). Con riguardo a quest'ultimo criterio, il legislatore ha precisato che la misura della pena delimitata dalla colpevolezza non deve essere sfruttata necessariamente per intero se una pena più tenue potrà presumibilmente trattenere l'autore dal compiere altri reati (Messaggio del 21 settembre 1998 concernente la modifica del codice penale svizzero e del codice penale militare nonché una legge federale sul diritto penale minorile, FF 1999, pag. 1744; DTF 128 IV 73 consid. 4; STF 6B\_78/2008, inc. 6B\_81/2008, inc. 6B\_90/2008 del 14 ottobre 2008, consid. 3.2; 6B\_370/2007 del 12 marzo 2008, consid. 2.2). La legge ha, così, codificato la giurisprudenza secondo cui occorre evitare di pronunciare sanzioni che ostacolano il reinserimento del condannato (DTF 128 IV 73 consid. 4c; 127 IV 97 consid. 3). Questo criterio di prevenzione speciale permette tuttavia soltanto di eseguire correzioni

marginali, la pena dovendo in ogni caso essere proporzionata alla colpa (STF 6B\_78/2008, 6B\_81/2008, 6B\_90/2008 del 14 ottobre 2008, consid. 3.2.; STF 6B\_370/2007 del 12 marzo 2008, consid. 2.2; STF 6B\_14/2007 del 17 aprile 2007, consid. 5.2 e riferimenti).

#### **E. 48**

La pena comminata dalla pena per il reato di omicidio colposo è la detenzione sino a tre anni o la pena pecuniaria, art. 117 CP . AP 1

#### **E. 49**

Qualificante, dal profilo oggettivo, la colpa di AP 1, è avantutto il fatto che una persona ha perso la vita per delle cause evitabili e pertanto inaccettabili, che, in un contesto ospedaliero come quello ticinese - tecnicamente evoluto e ben organizzato, nel quale pazienti e famigliari si mettono con completa fiducia nelle mani dei sanitari - risultano essere ancor meno comprensibili e giustificabili. Pure grave è, di principio, l'aver fatto ricorso, contrariamente a ogni protocollo scientifico ed a quanto indicato nel compendio svizzero dei medicinali, ad un prodotto non immaginato per il contenimento delle persone agitate, il cui uso comporta l'assunzione di grossi e seri rischi per il paziente, oltre ogni rapporto di proporzionalità con il risultato perseguito. In un simile contesto, l'abbandono del capezzale di VITT1, per motivi non urgenti, ha costituito un atto irresponsabile, che pesa anche nella commisurazione della pena. A ridurre la gravità oggettiva dell'infrazione contribuisce il fatto che, nonostante non fosse scientificamente corretto, l'uso del Propofolo all'interno dell'Ospedale \_\_\_\_\_ (a anche di quello \_\_\_\_\_) per contenere pazienti particolarmente agitati era tollerato, sicché la scelta del medicamento, seppur sbagliata, non è da considerarsi, in un simile contesto, completamente decontestualizzata. Parimenti, gioca un ruolo moderatamente alleviante il fatto che la decisione di ricorrere all'anestetico è stata presa in una situazione abbastanza difficile per l'imputato, che si è trovato, solo, a dover gestire l'involontaria agitazione della vittima, che, vista la sua imponente corporatura e lo stato confusionale, non rendeva certamente facile il compito. Nemmeno il fatto che nei momenti cruciali vi sia stato il cambio di turno dei medici assistenti ha aiutato, poiché nel passaggio delle consegne vi sono state sicuramente delle falle che hanno portato ulteriore disordine in un momento in cui era necessario intervenire dall'alto in maniera ferma. Ciò posto, la colpa oggettiva dell'imputato può essere considerata di grado medio.

#### **E. 50**

Passando alla valutazione della colpa dal profilo soggettivo, con riferimento al criterio della libertà dell'autore di decidere fra legalità ed illegalità, va ribadito che egli avrebbe facilmente potuto rivolgersi direttamente al medico di guardia ed a quello di picchetto prima di decidere come calmare VITT1 e che l'allontanamento della camera poteva essere evitato senza conseguenze di sorta. Queste mancanze, sanabili senza sforzo alcuno, non possono essere, considerate insignificanti. La valutazione degli aspetti soggettivi del reato, non può tuttavia prescindere dal tenere in debito conto, poiché non irrilevante, che l'intervento dei medici di riferimento (dr.ssa \_\_\_\_\_, in primis, e dr. \_\_\_\_\_) non è stato deciso e chiaro come ci si sarebbe dovuti aspettare da loro, non avendo essi disposto l'interruzione immediata del medicamento e proceduto ad un esame diretto dello stato del paziente. Agendo secondo i dettami della scienza medica, essi avrebbero potuto impedire a AP 1 di perseverare nel suo errore ed evitare l'insorgere delle complicazioni respiratorie, sicché - a prescindere dall'esito delle procedure penali avviate nei loro confronti e ricordato che in diritto penale non si può procedere ad una ripartizione delle colpe come avviene in

quello civile (art. 50 CO) - egli si è trovato in qualche modo confrontato con ordini contraddittori che non lo hanno certamente aiutato. A suo carico pesa d'altro canto il fatto di non aver proceduto a chiarire con i superiori gli esatti estremi delle loro indicazioni. Pertanto, anche la colpa soggettiva è da situare al livello medio. 51. A fronte di simili circostanze, la colpa del prevenuto per il reato di omicidio colposo può essere considerata, nel complesso, mediamente grave. Preso atto della giurisprudenza in materia di omicidi colposi, tenuto conto di questi presupposti, è così corretto fissare la pena base attorno alle 90 aliquote giornaliere. Con riferimento ai fattori legati all'autore, gioca un ruolo positivo il fatto che, nella sua lunga carriera professionale, quanto qui oggetto d'esame risulta essere un evento unico per un infermiere che ha sempre potuto contare sul rispetto e l'apprezzamento dei colleghi e dei medici. Prova ne è il fatto che non ha subito ripercussioni dal punto di vista professionale e che, anzi, ha potuto fare carriera. Tutto ciò ben vagliato, appare di principio corretta la pena inflitta in prima sede di 80 aliquote giornaliere. La stessa può venire sospesa condizionalmente per un periodo di prova di due anni, essendo adempiti i presupposti dell'art. 42 CP e non essendo la questione controversa. Nemmeno l'ammontare delle aliquote giornaliere è stato posto in discussione, così che può essere confermato quello fissato in prima sede. AP 2 52. A connotare oggettivamente la colpa della dr.ssa AP 2, interviene in primo luogo, come per il coimputato, il bene leso con i suoi atti, che è il più importante nello spettro di quelli protetti dal codice penale (e non solo lì): la vita umana. Centrale è poi il fatto che il decesso avrebbe potuto essere evitato semplicemente dimostrando maggiore coscienziosità nell'affrontare il caso e nel vagliare la terapia per calmare il paziente. I rischi assunti con la prescrizione del Propofolo erano sproporzionati rispetto al risultato perseguito. In effetti, come visto, se una simile soluzione avrebbe potuto al limite trovare uno spazio in un reparto di cure intense, ove i pazienti, oltre che essere intubati o facilmente intubabili, sono seriamente sorvegliati in continuazione, non era di certo praticabile in un "semplice" reparto di cure continue con evidenti lacune nella sorveglianza (essendo noto che gli infermieri si allontanavano per svolgere altri compiti), mancando i presupposti che garantissero di poter gestire l'insorgere dei noti problemi connessi all'uso del farmaco. Modera la gravità oggettiva dell'infrazione, come per AP 1, la pratica diffusa nel nosocomio luganese di ricorrere al Propofolo in situazioni come quella che ci ha qui occupato. Un leggero influsso lo ha infine il fatto che, come rilevato in precedenza, i momenti determinanti per l'esito della vicenda hanno coinciso, sfortunatamente, con il cambio di turno, ostacolando in qualche modo, seppur in maniera rimediabile con un minimo di scrupolo professionale, la continuità e la coerenza degli interventi dei medici. Detto questo, la colpa oggettiva dell'imputata è di grado medio, ma comunque inferiore a quella del coimputato. 53. Dal profilo soggettivo la colpa è parimenti di livello medio, preso atto che sarebbe bastato poco per non commettere l'errore o per prendere le dovute precauzioni, rispettivamente per correggerlo. La stessa imputata ha in effetti ammesso che a quel tempo non conosceva bene il Propofolo, sedativo con il quale non aveva dimestichezza, e di averlo prescritto dopo che l'infermiere AP 1 le aveva detto che veniva impiegato regolarmente e dopo aver controllato sul compendio solo il dosaggio (MP 29 maggio 2008, AI 41, pag. 3). Le sarebbe bastato contattare la capo clinica di guardia per sapere come comportarsi. Questo agire, definibile anche come superficiale, non può essere scusato completamente con l'inesperienza. A suo favore giocano le modalità di reazione da parte della dr.ssa \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ alla notizia dell'impiego del medicamento sul signor VITT1, che avrebbero senza dubbio potuto e dovuto essere più drastiche e meno ambigue. 54. Tutto sommato, quindi, la colpa dell'imputata essendo di

grado medio, ma meno pesante di quella degli atti commessi da AP 1, appare equo fissare la pena base sulle 70 aliquote giornaliere. Con riferimento ai fattori legati all'autore, non si può omettere di rilevare come, a parte nel caso in disamina, il curriculum professionale e personale dell'imputata sia impeccabile. Tutto ciò ben vagliato, appare di principio corretta la pena inflitta in prima sede di 60 aliquote giornaliere, sospesa condizionalmente per un periodo di prova di due anni, preso atto che quest'ultima non è nemmeno stata contestata dall'accusa e che ne sono certamente dati gli estremi. L'ammontare delle aliquote giornaliere, non criticato, può essere confermato in fr. 130.-. Violazione del principio di celerità e lungo tempo trascorso 55. Giusta l'art. 48 lett. e CP, il giudice attenua la pena se questa ha manifestamente perso di senso visto il tempo trascorso dal reato e se da allora l'autore ha tenuto buona condotta. L'attenuazione della pena in funzione della circostanza di cui all'art. 48 lett. e CP risponde allo stesso principio che sottintende alla prescrizione dell'azione penale: l'effetto guaritore del passare del tempo, che diminuisce la necessità e il senso di una punizione, deve poter essere preso in considerazione anche quando la prescrizione dell'azione penale non è ancora data, se il reato è stato commesso in tempi sufficientemente lontani e se l'autore si è ben comportato nell'intervallo. Secondo giurisprudenza ormai consolidata, è data applicazione di quest'attenuante specifica quando i 2/3 del termine di prescrizione sono trascorsi, senza che al giudice rimangano margini di apprezzamento. Per l'accertamento del tempo trascorso il giudice deve riferirsi, quando il condannato ha proposto appello, al momento in cui è reso il giudizio di secondo grado (DTF 132 IV 1 consid. 6.2.1.; STF 6B\_10/2010 del 10 maggio 2010). Per tener conto di casi particolari (natura e gravità dei reati), il giudice può ridurre questo termine (DTF 132 IV 1 consid. 6.2.; STF 6B\_705/2010 del 2 dicembre 2010; 6B\_10/2010 del 10 maggio 2010; 6B\_622/2007 dell'8 gennaio 2008; 6B.496/2007 del 9 aprile 2008). Quanto indicato dall'art. 48 lett. e CP si realizza per esempio quando sono trascorsi i due terzi del periodo di prescrizione dell'azione penale, soprattutto quando essa si prescrive in quindici anni (STF 6B\_10/2010 del 10 maggio 2010, consid. 2.4; DTF 132 IV 1 consid. 6.2.1). Tale circostanza attenuante coincide con la logica della prescrizione (e della perdita di senso della sanzione) e presuppone che l'accusato abbia tenuto buona condotta nel periodo in questione (ovvero, secondo la dottrina dominante, non abbia compiuto altre infrazioni nel frattempo, cfr. Pellet, in Commentaire romand CP I, 2009, ad art. 48 n. 44): essa si differenzia dunque dalla violazione del principio della celerità (DTF 130 IV 54; Wiprächtiger, in Basler Kommentar, Strafrecht I, ad art. 48 CP, n. 39 e 43). Il principio della celerità impone alle autorità penali di procedere con la dovuta speditezza non appena l'imputato è informato dei sospetti che pesano su di lui al fine di non lasciarlo inutilmente nello stato di angoscia che una tale procedura suscita (art. 29 cpv. 1 Cost., 6 n. 1 CEDU e 14 n. 3 lett. c Patto ONU II; DTF 130 IV 54 e 124 I 139). Di nessuna rilevanza per l'accertamento di una violazione del principio della celerità è la responsabilità delle autorità e vi può essere violazione di questo principio anche se alle autorità penali non è imputabile nessuna colpa (DTF 130 IV 54). La questione a sapere se il principio della celerità sia stato violato va decisa soprattutto in base ad un apprezzamento globale del lavoro effettuato, in cui va tenuto conto in particolare della complessità del procedimento, del comportamento dell'interessato e delle autorità penali. Tempi morti sono inevitabili e se nessuno di essi ha avuto una durata scioccante è l'apprezzamento globale ad essere decisivo, fermo restando che - affinché sussista una violazione di questo principio - non è di per sé sufficiente che un atto processuale potesse essere compiuto anticipatamente. La giurisprudenza ha giudicato inaccettabili e costitutivi di una violazione del principio di celerità un'inattività di tredici o quattordici mesi in fase di

istruttoria, un periodo di quattro anni per statuire su di un ricorso contro l'atto di accusa, un periodo di dieci o undici mesi prima di trasmettere l'incarto all'autorità di ricorso, un periodo di più di tre anni tra l'atto di accusa e la sentenza di prima istanza ed, infine, un periodo di quattro anni intercorso tra la promozione dell'accusa e l'emanazione dell'atto d'accusa (STF 6S.37/2006 del 8 giugno 2006, consid. 2.1.2). Siccome i ritardi nella procedura penale non possono più essere sanati, il Tribunale Federale ha fatto derivare dalla violazione del principio della celerità delle conseguenze a livello di pena. La violazione di tale principio comporterà, nei casi più frequenti, una riduzione oppure addirittura la rinuncia ad una pena o anche l'abbandono del procedimento (STF 6S.37/2006 dell'8 giugno 2006, DTF 130 IV 54, 124 I 139 e 117 IV 124). Secondo la giurisprudenza del Tribunale Federale, laddove sono date le condizioni per applicare sia l'art. 48 lett. e CP sia il principio della celerità occorre tenere conto di entrambi i fattori di riduzione, tenendo presente sia l'entità del ritardo che l'intensità della violazione (STF 6S.37/2006 dell'8 giugno 2006). Il momento decisivo per determinare l'adeguatezza della durata del procedimento è costituito dal giorno in cui viene emanata l'ultima decisione, atteso che vanno pure computate le procedure davanti ad un'autorità di ricorso, inclusi rinvii e cassazioni (DTF 117 IV 126 consid. 3). 56. Nel caso che ci occupa entrambi i principi sono stati violati in maniera crassa. In effetti, il dibattimento di primo grado si è svolto a due settimane dallo scadere del termine di prescrizione di 7 anni dell'art. 97 cpv. 1 lett. d CP (nella sua ultima versione, lett. c in quella precedente il 1. gennaio 2014), mentre la sentenza motivata è giunta alle parti oltre tale termine. Dal punto di vista della celerità della procedura, non si può mancare di osservare che dal 20 novembre 2008 (AI 49) al 30 maggio 2011 (AI 50) nulla è stato fatto. Di conseguenza le pene inflitte devono imperativamente essere dimezzate e ridotte a 40 aliquote giornaliere dal fr. 110.-, per complessivi fr. 4'400.-, per AP 1, e a 30 aliquote giornaliere da fr. 130.-, per globali fr. 3'900.-, per AP 2. Nulla muta per contro in merito alla sospensione condizionale delle stesse. Vista la conferma delle condanne, le richieste di riconoscimento di indennità per ingiusto procedimento decadono di conseguenza. 57. Sulle spese Gli oneri processuali dei due gravami seguono la soccombenza (art. 428 cpv. 1 CPP) e vanno, pertanto, caricati ai condannati, soccombenti nonostante la riduzione della pena decretata. L'attribuzione degli oneri di prima sede rimane invariata, essendo di principio state confermate le condanne. Per questi motivi, visti gli art. 5, 10, 77, 80, 81, 84, 182 e segg., 348 e segg., 379 e segg., 398 e segg. CPP; 12, 40, 42, 47, 48 lett. e, 117 CP; 32 cpv. 1 Cost.; 6 par. 2 CEDU; 14 cpv. 2 patto ONU II nonché, sulle spese e sulle ripetibili, l'art. 428 CPP e la LTG dichiara e pronuncia: 1. L'appello di AP 1 è parzialmente accolto. 2. L'appello di AP 2 è parzialmente accolto. 3. Di conseguenza: 3.1. AP 1 è 3.1.1. dichiarato autore colpevole di omicidio colposo per avere, a Lugano, in data 6 e 7 aprile 2006, nella sua qualità di infermiere presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, incaricato della cura del paziente VITT1 (\_\_\_\_\_), cagionato per negligenza ed in violazione delle regole dell'arte medica, in concorso con la dr.ssa AP 2, la morte di VITT1, ricoverato dapprima, in data 6 aprile 2006, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_, poi presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ed in seguito, in data 7 aprile 2006, presso il reparto di cure intense dell'Ospedale \_\_\_\_\_, dove, a causa delle complicazioni dell'arresto respiratorio sopraggiunto verso le ore 01:45 del 7 aprile 2006 presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, è deceduto in data 9 gennaio 2007, e meglio, per avere, in data 6 aprile 2006, verso le ore 23:15, a seguito di uno stato di agitazione indicato come incontrollabile del paziente VITT1, somministrato a quest'ultimo, progressivamente sino a

raggiungere, alle ore 24:00 circa, il dosaggio 100 mg/h, di sua iniziativa e senza prescrizione medica, il farmaco anestetico Propofolo (Ansiven), farmaco controindicato nei casi di agitazione, oltretutto se somministrato a un paziente che presentava i sintomi di un'intossicazione da farmaci psicoattivi ed al quale erano stati somministrati degli antagonisti delle benzodiazepine, farmaci che predisponavano alla depressione respiratoria, non essendo inoltre nota la causa dell'agitazione, esame complesso, che doveva essere esperito da un medico competente; nonché dopo avere somministrato il farmaco Propofolo, per essersi allontanato dal reparto di cure continue per aiutare una collega, allontanamento ingiustificato che non ha permesso di sorvegliare "de visu" il paziente VITT1, non potendo bastare nel caso di somministrazione di tale farmaco e tenuto conto delle contingenze del caso specifico l'inserimento di un allarme sonoro, ciò che non ha permesso una tempestiva rianimazione, una corretta ventilazione e una rapida intubazione del paziente; 3.1.2. condannato alla pena pecuniaria di 40 aliquote giornaliere da fr. 110.- ciascuna (pari a complessivi fr. 4'400.-); 3.1.3. l'esecuzione della pena è sospesa condizionalmente per un periodo di prova di 2 anni; 3.1.4. condannato al pagamento della tassa di giustizia e dei disborsi di prima sede secondo quanto stabilito nella sentenza impugnata. 3.1.5. Gli oneri processuali dell'appello presentato da AP 1, consistenti in: - tassa di giustizia fr. 1'000.- - altri disborsi fr. 200.- fr. 1'200.- sono posti a carico dell'appellante. 3.2. AP 2 è 3.2.1. dichiarata autore colpevole di omicidio colposo per avere, a Lugano, in data 6 e 7 aprile 2006, nella sua qualità di medico assistente presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, incaricata della cura del paziente VITT1 (\_\_\_\_\_), cagionato per negligenza ed in violazione delle regole dell'arte medica, in concorso con l'infermiere AP 1, la morte di VITT1, ricoverato dapprima, in data 6 aprile 2006, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale \_\_\_\_\_, poi presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ed in seguito, in data 7 aprile 2006, presso il reparto di cure intense dell'Ospedale \_\_\_\_\_, dove, a causa delle complicazioni dell'arresto respiratorio sopraggiunto verso le ore 01:45 del 7 aprile 2006 presso il reparto di cure continue dell'Ospedale \_\_\_\_\_, è deceduto in data 9 gennaio 2007, e meglio per avere, in data 6 aprile 2006, dopo che verso le ore 23:15, a seguito di uno stato di agitazione indicato come incontrollabile del paziente VITT1, l'infermiere AP 1 aveva somministrato a quest'ultimo progressivamente sino a raggiungere, alle ore 24:00 circa, il dosaggio 100 mg/h, di sua iniziativa e senza prescrizione medica, il farmaco anestetico Propofolo (Ansiven), farmaco controindicato nei casi di agitazione, oltretutto se somministrato a un paziente che presentava i sintomi di una intossicazione da farmaci psicoattivi ed al quale erano stati somministrati degli antagonisti delle benzodiazepine, farmaci che predisponavano alla depressione respiratoria, non essendo inoltre nota la causa dell'agitazione, esame complesso, che doveva essere esperito da un medico competente, avallato, continuando a prescriberlo in misura di 100 mg/h, il farmaco Propofolo, nonostante il medico di picchetto abbia disposto una riduzione del farmaco a bassi livelli, tali da permettere al paziente di restare sveglio, e comunque di valutare la cessazione della somministrazione; 3.2.2. condannata alla pena pecuniaria di 30 aliquote giornaliere da fr. 130.- ciascuna (pari a complessivi fr. 3'900.-); 3.2.3. l'esecuzione della pena è sospesa condizionalmente per un periodo di prova di 2 anni; 3.2.4. condannata al pagamento della tassa di giustizia e dei disborsi di prima sede secondo quanto stabilito nella sentenza impugnata. 3.2.5. Gli oneri processuali dell'appello presentato da AP 2, consistenti in: - tassa di giustizia fr. 1'000.- - altri disborsi fr. 200.- fr. 1'200.- sono posti a carico dell'appellante. 4. Intimazione a: 5. Comunicazione a: -

Pretura penale, 6501 Bellinzona - Comando della Polizia cantonale, 6500 Bellinzona - Ministero pubblico SERCO, 6501 Bellinzona - Ufficio del Giudice dei provvedimenti coercitivi, 6900 Lugano - Sezione della popolazione, Ufficio della migrazione, 6501 Bellinzona - Dipartimento sanità e socialità, 6501 Bellinzona P\_GLOSS\_TERZI Per la Corte di appello e di revisione penale Il presidente La segretaria Rimedi giuridici

Contro decisioni finali, contro decisioni parziali, contro decisioni pregiudiziali e incidentali sulla competenza e la ricsuzione e contro altre decisioni pregiudiziali e incidentali (art. 90 a 93 LTF) è dato, entro trenta giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF), il ricorso in materia penale al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, per i motivi previsti dagli art. 95 a 98 LTF (art. 78 LTF). La legittimazione a ricorrere è disciplinata dall'art. 81 LTF. Laddove non sia ammissibile il ricorso in materia penale è dato, entro lo stesso termine, il ricorso sussidiario in materia costituzionale al Tribunale federale per i motivi previsti dall'art. 116 LTF (art. 113 LTF). La legittimazione a ricorrere è disciplinata in tal caso dall'art. 115 LTF.

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