

TI_GERICHTE 17.2015.56 vom 30. Mai 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_17.2015.56

FR: TI_GERICHTE 17.2015.56 du 30 mai 2016

IT: TI_GERICHTE 17.2015.56 del 30 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

è ritornata dalla paziente accompagnata dall'infermiera anestesista _____ (detta _____), che aveva portato con sé un altro apparecchio per trasfondere e scaldare il sangue. Proprio quest'ultima ha provveduto ad aprire una seconda via venosa.

Dal foglio di sorveglianza (AI 9) risulta che la prima sacca è stata trasfusa alle 09:38 e la seconda sacca di eritrociti è stata somministrata alle ore 10:00. Già in base agli accertamenti sull'orario delle telefonate, ma anche per quanto verrà detto in seguito, questi orari non appaiono affidabili. Anzi sono errati.

Nel giornale di laboratorio, invece, quale ora del ritiro delle prime due sacche, sono indicate le 10:00 (AI 9).

In base a queste prove, si può dare per accertato che il trasferimento è avvenuto attorno alle ore 11:00. Il rapporto speciale allestito dal prevenuto il 27 marzo 2008 (AI 9) indica proprio in quest'orario il momento dell'arrivo in cure continue e la scheda Centro cure continue Clinica _____ (AI 9), riporta che la paziente è stata solo 10 minuti in cure continue.

A questo punto, visto il persistere della problematica, l'imputato ha deciso di procedere ad un intervento di isterectomia (asportazione dell'utero), facendo ricondurre immediatamente la paziente in sala operatoria.

Alle 11:10 CO 1 è giunta in sala operatoria (cartella servizio di sala operatoria, AI 9), alle 11:22 è stata avviata l'anestesia da parte del dr. med. _____. L'intervento chirurgico vero e proprio, effettuato dall'imputato con l'assistenza del dr. _____, ha avuto inizio poco dopo, alle 11:30, con l'asportazione dell'utero.

Durante l'operazione sono stati somministrati 3 flaconi di plasma e 3 sacche di eritrociti: le prime due dosi di eritrociti sono arrivate in sala operatoria dalle cure continue, con la paziente, mentre i 3 flaconi di plasma fresco sono stati consegnati verso le 11:50 e verso le 12:00 è stato somministrato il terzo sacchetto di eritrociti (rapporto anestesiologicalo, AI 8, pag. 1).

Nei 30 minuti dall'inizio dell'operazione, la paziente è stata sempre emodinamicamente stabile, con una pressione attorno a 95/50 mmHg e un polso di 90 b/min.

Qualche minuto dopo le 12:00, mentre l'intervento era ancora in corso, l'anestesista è stato chiamato nella sala operatoria vicina perché quello ivi effettuato era terminato. Alle 12:10 egli ha dovuto tuttavia rientrare d'urgenza al capezzale della signora CO 1 poiché l'infermiera _____, arrivata per portare due sacche di plasma, guardando il monitor aveva notato che erano apparsi valori da ipocapnia, essendo il tasso di anidride carbonica

passato da 34 a 17 mmHg (rapporto anestesilogico, AI 8, pag. 1). In quel momento l'utero era già stato estratto e si stava per dare inizio alla chiusura della laparotomia (Rapporto operatorio dell'isterectomia addominale, AI 9, pag. 2)

Il dr. med. _____ ha proceduto a far cambiare il tubicino del capnografo, onde scongiurare la presenza di vapore nello stesso, e ha subito avvisato i medici presenti che se non fosse stato quello il problema, vi era la possibilità di un'embolia in corso. Alle 12:15 ha aumentato la dose di ossigeno al 100% e ha somministrato in endovenosa alla paziente medicinali per l'anestesia.

Alle 12:17 è stato sostituito il tubo del capnografo ma nonostante ciò l'ipocapnia è peggiorata. Un minuto dopo i colleghi hanno segnalato all'anestesista che la donna si stava svegliando e iniziava a spingere con l'addome, per cui egli ha proceduto subito alla ventilazione manuale e le ha somministrato un miorellassante.

Alle 12:25 il dr. med. _____ ha notato sull'elettrocardiogramma un allargamento del QRS (onde dello schema) e quindi un abbassamento della frequenza cardiaca (bradicardia), seguita dopo pochi secondi da un arresto cardiaco (asistolia).

A quel punto, l'anestesista ed il dr. med. _____, giunto nel frattempo in sala operatoria, hanno iniziato la rianimazione: quest'ultimo ha effettuato il massaggio cardiaco, mentre il primo ha continuato a ventilarla ed ha proceduto a somministrarle medicinali appositi quali adrenalina e atropina (rapporto anestesilogico, AI 8, pag. 2).

Dal canto suo, il dr. med. _____, chirurgo presente in clinica ed entrato, per puro caso, in sala per vedere come stava la paziente (conoscendone bene i famigliari), ha preso atto dell'emergenza e si è prestato a dar manforte, procedendo ad un clampaggio dell'aorta addominale sotto l'arteria mesenterica inferiore, per aumentare il flusso ematico negli organi vitali.

Nonostante tutti i tentativi, comprese un paio di defibrillazioni, il cuore di CO 1 ha avuto solo dei timidissimi rilanci e lei non si è mai ripresa realmente. Il sospetto di un'embolia trombotica si è fatto pian piano largo tra i presenti. Volendo tentare il tutto per tutto per salvare la vita alla neomamma, verso le 13:00, il dr. med. _____ ha preso contatto con il dr. med. _____, del _____ di _____, per verificare se vi fosse la possibilità di intervenire chirurgicamente. Essendo la disponibilità del nosocomio a prendersi carico della paziente subordinata all'esecuzione di un esame econtranstoracito, è stato chiesto al dr. med. _____, cardiologo, di procedere in tal senso. Da tale verifica è risultata la conferma di una embolia polmonare massiccia, con dilatazione del ventricolo sinistro. Di conseguenza è stato subito organizzato un trasporto a _____ con l'elicottero della REGA, partito alle 14:41 (AI 12, doc. 5).

Nel frattempo, non essendo stato portato a termine l'intervento, in vista del trasporto, si è proceduto ad inserire delle garze laparotomiche per tamponare l'addome, nonché a riavvicinarlo con dei punti di Donati ed un foglio adesivo Ioban a chiusura dell'incisione (AI 12, doc. 1, lettera di decesso del 27 marzo 2008).

Purtroppo tutti gli sforzi per riattivare il miocardio e la circolazione, nonostante qualche segnale all'apparenza positivo come la risalita dei valori (compreso quello dell'emoglobina, riportato a 7.9 Hb alle 16.10, AI 12, doc. 20) sono risultati vani e la paziente è deceduta alle ore 16:45.

Prima del dibattimento di fronte alla Pretura penale, con scritto 21 gennaio 2015 (doc. PP 15), la difesa ha prodotto un complemento di perizia allestito dal dr. med. _____ e dalla sua collega, nonché una perizia di parte stilata dal prof. Dott. _____ e dal dr. med. _____ su incarico della compagnia di assicurazioni _____, assicuratore RC dell'■accusato.

Come indicato in entrata di sentenza, degli addebiti mossi al prevenuto dall'■accusa, solo due hanno resistito al processo di primo grado, conclusosi con la sentenza del 17 marzo 2015 qui in disamina. In effetti egli è stato condannato unicamente per avere ■omesso di compensare adeguatamente la perdita di sangue con insufficiente trasfusione di sangue e di plasma per la grave emorragia in corso ■e per avere ■omesso di trasferire rapidamente la paziente in un reparto di cure intensive visto il persistere della perdita ematica e dell'■ipotensione associata a tachicardia, attendendo invece le ore 10:50 circa e limitandosi ad un trasferimento in cure continue ■. È stata invece esclusa una sua responsabilità causale per aver omesso di procedere ai necessari controlli conseguenti alla difficoltà di estrarre la placenta, per avere omesso di ripetere le analisi di laboratorio per il controllo dei valori dell'■emoglobina dopo le 09:30, per avere omesso di intervenire tempestivamente con terapie e/o operazioni chirurgiche per fermare l'■emorragia, per avere proceduto all'■isterectomia solo alle 11:00 e per avere omesso di eseguire esami di laboratorio per valutare lo stato della coagulazione.

L'■appello

Essendo stato interposto appello unicamente dalla difesa, in questa sede ci si chinerà solo sull'■aspetto formale sollevato e sulle omissioni che hanno fondato la decisione di condanna.

Violazione del principio accusatorio

Il principio accusatorio è espressione del diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. Può inoltre essere dedotto dall'art. 32 cpv. 2 Cost (diritto di essere informato il più presto possibile e compiutamente sulle imputazioni contestate all'accusato) e dall'art. 6 n. 3 lett. a CEDU (diritto di essere informato della natura e dei motivi dell'accusa), che non hanno tuttavia portata distinta.

In caso di opposizione, il decreto d'accusa è considerato come atto d'accusa (art. 356 cpv. 1 CPP). Secondo l'art. 353 cpv. 1 lett. c CPP, il decreto d'accusa deve indicare i fatti contestati all'imputato. La descrizione dei fatti deve adempiere le esigenze di un atto d'accusa, deve dunque essere concisa, ma precisa (STF 6B_92/2014 del 31 marzo 2015, consid. 4.2; DTF 140 IV 188 consid.

E. 1.4

pag. 190). Giusta l'art. 325 cpv. 1 CPP, l'atto d'accusa indica in modo quanto possibile succinto, ma preciso, i fatti contestati all'imputato, specificando dove, quando, come e con quali effetti sono stati commessi (lett. f), nonché le fattispecie penali che il pubblico ministero ritiene adempite, con indicazione delle disposizioni di legge applicabili (lett. g) (STF 6B_91/2014 del 31 marzo 2015, 6B_779/2014 dell'■11 dicembre 2014, consid. 1.1; 6B_127/2014 del 23 settembre 2014, consid. 6.2; sentenza CARP 17.2015.72 del 26 ottobre 2015, consid. 2).

A norma dell'■art. 333 cpv. 2 CPP, se durante il dibattimento il giudice viene a conoscenza di altri reati dell'■imputato, può consentire al pubblico ministero di estendere l'■accusa. Il

giudice può poi fondare la sua sentenza su un'accusa modificata o estesa soltanto se sono stati salvaguardati i diritti delle parti, art. 333 cpv. 4 CPP.

Nonostante abbia agito richiamandosi all'art. 344 CPP e quindi sbagliando, poiché esso concerne unicamente un apprezzamento giuridico differente degli stessi fatti, tale modo di procedere può essere considerato de facto conforme a quanto stabilito dall'art. 333 CPP. In effetti la proposta di modifica dei fatti formulata dal giudice è stata accettata esplicitamente da tutte le parti, accusa e difesa comprese. Seppure il tribunale non abbia proceduto formalmente come prescritto dalla legge, quindi chiedendo al magistrato inquirente di modificare il suo decreto, l'assenso di quest'ultimo alla proposta ha valenza di ratifica e, dunque, de facto, è come se la stessa fosse pervenuta dal procuratore.

Ciò posto, il consenso della difesa e persino degli accusatori privati alla mutazione ne avvalorano la validità e attesta che un simile modo di procedere non ha leso il diritto delle parti di essere sentite.

D'altronde la nuova imputazione è stata comunicata ad istruttoria inoltrata, ma ancora prima dell'ultimo interrogatorio dell'imputato e quando era ancora possibile introdurre istanze probatorie sulla questione, cosa che nessuno ha fatto (verbale del dibattimento di primo grado, pag. 7 e 8). Nella discussione finale la difesa ha avuto modo di determinarsi compiutamente sull'omissione addebitata al prevenuto nella sua nuova formula.

Pertanto non sussiste alcuna violazione del principio accusatorio, rispettivamente del diritto di essere sentito dell'imputato.

A titolo abbondanziale, non si può mancare di osservare come nella sostanza quanto prospettato dal pretore con la sua modifica ha sempre, sin dall'inizio, costituito per tutte le parti uno degli errori che era stato rimproverato al dr. med. AP 1, cioè quello di non aver compensato adeguatamente le perdite di sangue della paziente. La modifica non ha fatto altro che precisare e correggere una descrizione dei fatti contenuta nel decreto d'accusa imprecisa e finanche sbagliata, che non si conciliava con quanto era stato sino a quel punto discusso. Per le parti questo non ha comportato dunque alcun nocimento, poiché esse hanno sempre sostenuto, rispettivamente contestato, quello che la modifica del decreto d'accusa ha imputato al prevenuto.

L'eccezione formale è dunque da respingere. Pur essendo inequivocabile a quale tipo di omissione faccia riferimento, il testo proposto dal pretore ed accettato dalle parti è, linguisticamente, sbagliato e confuso, per cui necessita di essere corretto in questa sede come segue, evidentemente, nel rispetto dei principi appena esposti: omesso di compensare adeguatamente la perdita di sangue dovuta alla grave emorragia in corso con sufficienti trasfusioni di sangue e plasma.

Omicidio colposo, art. 117 CP

Il medico 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

L'■imputazione di non aver compensato adeguatamente l'■emoraggia

Sostanzialmente, quindi, il ritardo addebitato al prevenuto dalla giudice della Pretura penale è, sì, generalizzato, ma si fonda preminentemente sul mancato ordine di sangue supplementare (oltre alle due sacche predisposte dal giorno prima) già alle ore 09:30, in modo che potesse essere trasfuso per le 10:30, cioè almeno 45/60 minuti prima delle trasfusioni effettivamente eseguite.

A fondamento della sua conclusione, il pretore ha posto l'■accertamento in base al quale, essendo più attendibili gli orari indicati sul giornale del laboratorio (AI 9) rispetto alle annotazioni del foglio di sorveglianza, compilato dall'■ostetrica unicamente durante il pomeriggio ricopiando i dati da un altro foglio bianco presente in camera della paziente (sentenza impugnata, consid. 15.2.1. pag. 25), la prima trasfusione di eritrociti alla paziente è stata effettuata non prima delle ore 10:00, orario in cui l'■infermiera TE 1 ha ritirato le sacche dal laboratorio.

Così facendo, la giudice si è discostata dalle perizie in atti, che si sono in effetti riferite proprio al foglio di sorveglianza.

_____ ha riferito che sono dapprima state richiamate le sacche che erano state predisposte a titolo cautelativo il 24 marzo 2008 e che le stesse sono state ritirate dall'■infermiera che le ha portate in stanza per essere infuse immediatamente. Pur non fornendo orari su quando ciò è avvenuto ha precisato che verso le 10:30/10:40 la paziente era stata stabilizzata e che, se ben ricorda, il dr. AP 1 aveva chiesto di mettere 4 sacche di sangue in riserva ed anche 3 di plasma (PP _____ 6 febbraio 2009, AI 70 pag. 4).

Al processo di primo grado ha precisato:

Sugli orari TE 1 ha dapprima dichiarato che l'■orario indicato sul formulario per l'■ordinazione delle quattro sacche in atti, cioè le 09:45 corrisponde a quello in cui ha fatto il prelievo, poi ha riferito che quando il medico ha firmato lo stesso erano passati 5 minuti ed erano quindi le 09:50 e poi che, tenuto conto dei 5 minuti che ci vogliono per andare a prendere le sacche e controllarle in reparto, la trasfusione è iniziata alle 09:55. In seguito, sollecitata dalla PP, ha ammesso di non poter invece dire quando è iniziata la trasfusione della seconda sacca, poiché in quei concitati frangenti non ha guardato l'■orologio (verb. dib. d'■appello, pag. 9).

La responsabile del laboratorio, TE 2, ha vigorosamente confermato che la tabella del laboratorio per il ritiro del sangue è compilata, per quanto concerne l'■orario di ritiro, solo quando arriva l'■infermiera, sicché quello indicato corrisponde esattamente al momento della consegna delle sacche (verb. dib. d'■appello, pag. 5).

Il medico anestesista _____ ha ricordato che verso le 09:30/09:35 è stato chiamato dalla levatrice per essere informato sui valori del sangue della paziente, conosciuti i quali le ha chiesto di procedere immediatamente con le due sacche di eritrociti fatte testare precauzionalmente il giorno prima. La levatrice gli ha riferito di aver chiamato anche il dr. AP 1 per informarlo. È poi risultato che anche quest'■ultimo aveva dato ordine di trasfondere la donna. Verso le 09:50/10:00 la sua infermiera anestesista gli ha chiesto se potevano consegnare il riscalda infusione perché c'■era del sangue da riscaldare e si voleva

aprire una seconda via venosa. Verso le 11:00, poi, il prevenuto gli ha chiesto di prepararsi per l'intervento di isterectomia. Verso le 11:22 è iniziata l'anestesia e verso le 11:30 l'operazione. Nella mezz'ora precedente la signora CO 1 aveva ricevuto altri tre sacchi di sangue e poi tre flaconi di plasma. In sostanza, alla vittima sono stati trasfusi due sacchi di eritrociti in reparto e 8 in sala operatoria (PP _____ 13 ottobre 2008, AI 34, pag. 4 seg.).

L'imputato, dal canto suo ha dichiarato di essere stato chiamato verso le 09:30/09:35 dalla levatrice per informarlo della perdita ematica importante e dei valori dell'emoglobina, al che egli ha reagito lasciando la sala operatoria e recandosi in reparto per valutare la situazione. Egli ha precisato poi che prima dell'intervento di parto cesareo la donna presentava valori di emoglobina leggermente bassi per cui lui già in precedenza aveva ordinato due sacche di eritrociti in accordo con l'anestesista:

■ Sacche che sono state poi utilizzate a parto avvenuto durante quell'ora che io sono rimasto con la paziente. In pratica queste sacche sono state utilizzate immediatamente e ho fatto anche aprire una seconda via venosa in modo da somministrare i liquidi che erano andati persi con l'emorragia. Sono poi stati comandati altri flaconi di sangue e di plasma fresco congelato che sono stati utilizzati in seguito. Da rilevare che la consegna di queste sacche ha impiegato circa un'ora. Il mio scopo era tenere controllata la tonalità uterina così da poter evitare ulteriori perdite ematiche.

() Le due sacche di eritrociti, comandati in precedenza, sono state trasfuse dalle 09:35 in avanti. ■ (PP AP 1 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 2 seg. e pag. 4).

■ Quando sono stato chiamato dalla levatrice che mi ha informato del valore così basso dell'emoglobina sono andato subito verso la paziente. Un valore così basso (3.2 Hb) dell'emoglobina significa che la paziente ha perso molto sangue. Sono andato dalla paziente e ho cercato la causa di questo sanguinamento che ho individuato in un'atonìa uterina. L'utero era anormalmente disteso. Ho quindi preso quello che normalmente si fa, vale a dire delle misure immediate, tutta una serie di misure per bloccare l'emorragia. La prima è quella di riassicurare la contrattilità dell'utero, ho spremuto l'utero manualmente, verificando l'uscita di parecchi coaguli, cosicché l'utero si è contratto; ho poi cercato di mantenere il tono uterino col massaggio. Contemporaneamente ho ordinato la posa di una seconda via venosa per poter aumentare l'apporto di liquidi, liquidi che la paziente già stava ricevendo dal momento del parto. Quando parlo di liquidi significa liquidi e sangue. A quel momento, contemporaneamente con la spremitura e il massaggio, ho ordinato la trasfusione del sangue e ho ordinato di comandare altro sangue e plasma. Quando parlo di sangue intendo eritrociti.

() Non sono assolutamente d'accordo sul fatto che c'è stato ritardo con la trasfusione del sangue. Le due sacche ci mettono 10-15 minuti per essere trasfuse. Al momento in cui ho ordinato di procedere con la trasfusione ho pure ordinato altre sacche, più veloce non potevo andare. Non posso dire con precisione quanto tempo è rimasta la paziente senza ricevere il sangue. Se ci fosse stato nell'immediato altro sangue dopo la seconda sacca avremmo proceduto con le successive trasfusioni. A me era chiaro che queste perdite di due litri dovevano essere compensate, per questo che abbiamo comandato altro sangue. ■ (verbale di audizione dell'imputato, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2 seg. e pag. 4).

In base alle prime, una sacca di eritrociti è stata infusa alle 09:38, mentre la seconda alle 10:00 (AI 9).

Sulla tabella, per contro, le prime due sacche di sangue sono state ritirate dal laboratorio dall'infermiera TE 1, che ha controfirmato l'operazione, alle ore 10:00 (AI 9). In seguito sono state ritirate ulteriori due sacche alle ore 11:00, 3 alle 11:50, una alle 12:00, una alle 12:25, 2 alle 12:55, 2 alle 13:45 e altre 2 dopo, senza che fosse indicato esattamente l'orario.

Oggettivo è pure l'orario indicato dal macchinario per i risultati degli esami del sangue effettuati dal laboratorio, che come detto al consid. n. 7 a pag. 11, è quello delle 09:37:33.

Ciò che sembra più in ritardo nel trattamento è la somministrazione del sangue, invece di soluti cristalloidi o colloidali. Questa somministrazione ha potuto determinare un mantenimento della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco, pur non assicurando in maniera ottimale l'ossigenazione e la coagulazione della paziente. In seguito la compensazione dei globuli rossi e dei fattori di coagulazione (plasma fresco congelato) era in ritardo rispetto agli avvenimenti ed è divenuta difficile da recuperare. (controperizia, AI 128, pag. 2)

e

A mio avviso il solo errore che è stato fatto (ma esso è assai frequente in questo genere di situazioni) è la sottovalutazione delle perdite di sangue, che ha determinato un ritardo nella trasfusione di sangue e dei suoi derivati. (controperizia, AI 128, pag. 5).

Il decreto d'accusa, a tal proposito, conteneva la descrizione di un'omissione non limitata ad un arco temporale ben preciso, ma genericamente riferita a tutto il periodo dall'inizio dell'emorragia sino al decesso. Lo stesso vale per la completazione prospettata in aula che concerne il rimprovero di non aver compensato adeguatamente la perdita di sangue con insufficiente trasfusione di prodotti ematici a fronte dell'importante emorragia in corso. Di conseguenza l'esame non deve limitarsi solo a quanto avvenuto nella prima fase, quella che segue le 09:30 e precede il trasferimento nelle cure continue, ma nell'insieme a tutto quanto fatto o non fatto dall'imputato.

Di centrale importanza è dunque comprendere quali informazioni aveva a disposizione il dr. med. AP 1 per valutare correttamente il da farsi e in quale momento le ha ottenute.

Sulla scorta di quanto chiarito nei considerandi precedenti, il dr. med. AP 1 è stato avvertito alle 09:37/09:38 dei risultati delle analisi, che avevano confermato che il tasso di emoglobina della signora CO 1 era di 3.2 Hb, l'ematocrito di 0.10 Hct, gli eritrociti erano 1.18 tera/l, MCHC 308 g/l e i trombociti (piastrine) 79 g/l.

Simili risultati erano senza ombra di dubbio allarmanti, ricordato già solo che, come ben precisato dal perito di parte dr. med. _____: avere un'emoglobina del 3.2 comporta un pericolo di vita (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 9).

I periti giudiziari hanno sostenuto che il passaggio da 10.1 Hb a 3.2 Hb corrisponde ad una perdita del 70% del quantitativo di sangue presente nel corpo della paziente, il che, considerata una certa diluizione quale conseguenza della somministrazione di liquidi durante l'anestesia, significa una perdita ematica tra i 4'000 ml ed i 5'000 ml (AI 86, pag. 51; AI 138, pag. 6).

A questi dati, non si può dimenticarlo, vanno collegati i riscontri diretti dei sanitari sulla paziente. Nonostante sia stato detto che al momento del parto non era stato facile quantificare le perdite ematiche, non si può non far riferimento alle chiare annotazioni che si trovano sul foglio di sorveglianza n. 1 del 25 marzo 2009 (AI 9) e meglio:

-ore 09:20: alla spremitura fuoriuscita di abbondanti coaguli

-ore 09:30: avvisato d. AP 1, le perdite continuano abbondanti si massaggia l'utero

-dalle 09:38 sino alle 10:40 vi è l'indicazione IDEM riferita all'ultima frase delle 09:30.

-10:40 sino 11:15: Presente dott. AP 1 si continua massaggio del F.U. le perdite continuano abbondanti si decide di andare in cure.

Indubbiamente l'utilizzo del termine abbondanti con riferimento alle perdite ematiche non può che essere interpretato come una conferma che le stesse erano al fuori della norma.

Sul foglio A3 della paziente del centro cure continue, in corrispondenza delle ore 11:00, in rosso, si legge: pz perde tanto tanto sangue vaginale (AI 9).

Analogamente, sul partogramma (AI 9), è stato annotato: 11:20: dott. AP 1 decide di trasferire la pz in cure sono sempre presenti abbondanti perdite ematiche.

A questi fattori andava poi aggiunto quello per il quale, nonostante la somministrazione di efedrina, la pressione era rimasta bassa, cosa che avviene quando è già stato perso molto sangue (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 3).

È così accertato che alle 09:38 al più tardi la gravità dello stato clinico della signora CO 1 a seguito delle forti perdite di sangue subite era nota a tutte le persone che si stavano occupando di lei ed in particolare al dr. med. AP 1.

Il medico anestesista _____, dal canto suo, è rimasto sorpreso, sempre in negativo, dai valori, essendo stato tratto in inganno dall'apparente stato della paziente: Io sono rimasto sorpreso perché da come avevo visto la signora non mi aspettavo dei valori così bassi. (PP _____ 13 ottobre 2008, AI34, pag. 4).

Che anche al dr. med. AP 1 sia stato subito chiaro che si trattava di una situazione a rischio è confermato dal fatto che non appena è venuto a conoscenza dei livelli dell'emoglobina e dell'ematocrito, è immediatamente corso al capezzale della vittima e non l'ha praticamente più lasciata (PP _____)

E. 2

In mancanza di prove dirette, un giudizio può fondarsi anche su prove indirette, cioè su indizi (Rep. 1990 pag. 353 con richiami, 1980 pag. 405 consid. 4b). L'indizio, per consolidata dottrina e giurisprudenza, è una circostanza di fatto certa dalla quale si può trarre, dopo un processo di induzione condotto con un metodo rigorosamente logico e preciso sulla base di una loro valutazione d'insieme, una conclusione circa la sussistenza del fatto da provarsi (Hauser/Schweri Hartmann, Schweizerisches Strafprozessrecht, 6a edizione, Basilea 2005, § 59 n. 12 a 15 con richiami). In assenza di prove tranquillanti e sicure, si può, dunque, fondare un giudizio di condanna soltanto se vi sono più indizi - cioè fatti certi - che, correlati logicamente nel loro insieme, consentano deduzioni precise e rigorose così da far concludere che l'esistenza dei fatti ritenuti nell'atto di accusa non può essere ragionevolmente posta in dubbio (cfr. Hans Walder, Der Indizienbeweis in

Strafprozess, in RPS 108 (1991) pag. 309 cit., in part., in STF 6P.37/2003 del 7 maggio 2003 consid. 2.2.).

E. 2.1

AP 1 è dichiarato autore colpevole di omicidio colposo per avere, nella sua qualità di medico accreditato presso la Clinica _____, _____, per imprevidenza colpevole, violando le regole dell'arte medica, cagionato la morte di CO 1 (_____) avvenuta il 25 marzo 2008 presso il _____, _____ (dove era stata trasportata via elicottero dalla REGA), e meglio per avere dopo l'esecuzione del parto cesareo gemellare con complicanze dovute alla presenza di ritenzione per placenta accreta e di abbondanti perdite ematiche post-intervento con bassi valori di emoglobina (Hb 3,2), in particolare: - ommesso di compensare adeguatamente la perdita di sangue dovuta alla grave emorragia in corso con sufficienti trasfusioni di sangue e plasma, - ommesso di trasferire rapidamente la paziente in un reparto di cure intensive visto il persistere della perdita ematica e dell'ipotensione associata a tachicardia, attendendo invece le ore 10:50 circa e limitandosi ad un trasferimento in cure continue, così che CO 1, durante l'intervento di isterectomia, iniziato verso le ore 11:30 circa, ha presentato l'insorgenza di un'ipocapnia seguita da arresto cardiaco e successivo decesso. 2.2. AP 1 è condannato: 2.2.1. alla pena pecuniaria di 20 aliquote giornaliere da fr. 430.- ciascuna, per un totale di fr. 8'600.- (ottomilaseicento); 2.2.2. al pagamento della multa di fr. 1'800.- (milleottocento), con l'avvertenza che in caso di mancato pagamento per colpa, sarà sostituita con una pena detentiva di 5 (cinque) giorni; 2.2.3. l'esecuzione della pena pecuniaria è sospesa condizionalmente per un periodo di prova di 2 (due) anni; 2.2.4. al pagamento della tassa di giustizia e dei disborsi di prima sede secondo quanto stabilito nella sentenza impugnata. 3. AP 1 è condannato a versare fr. 5'850.- a ogni accusatore privato, e meglio a PC 1, PC 2 e PC 3, per complessivi fr. 17'550.- quale risarcimento delle spese legali da loro sopportate nella procedura penale di primo grado (art. 433 CPP). Gli importi sono comprensivi dell'IVA. 4. AP 1 è condannato a versare, in solido, agli accusatori privati, e meglio a PC 1, PC 2 e PC 3, fr. 3'899.90 quale risarcimento delle spese legali da loro sopportate nella procedura penale di secondo grado (art. 433 CPP). L'importo è comprensivo dell'IVA. 5. Gli accusatori privati PC 1, PC 2 e PC 3 sono rinviati al competente foro per le pretese di natura civile (art. 353 cpv. 2 CPP). 6. Non si assegnano indennità ex art. 429 CPP. 7. Gli oneri processuali dell'appello, consistenti in: - tassa di giustizia fr. 1'500.- - altri disborsi fr. 200.- fr. 1'700.- sono posti a carico dell'appellante. 8. Intimazione a: 9. 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

P_GLOSS_TERZI Per la Corte di appello e di revisione penale Il giudice presidente

La segretaria Rimedi giuridici Contro decisioni finali, contro decisioni parziali, contro decisioni pregiudiziali e incidentali sulla competenza e la ricusazione 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.

E. 3

Il principio della presunzione d'innocenza - garantito dagli art. 32 cpv. 1 Cost., 6 par. 2 CEDU e 14 cpv. 2 patto ONU II e ricordato nell'art. 10 cpv. 1 CPP - oltre a comportare l'attribuzione dell'onere della prova alla pubblica accusa, disciplina la valutazione delle prove nel senso che il giudice penale non può dirsi convinto di una fattispecie più sfavorevole all'imputato quando, dopo una valutazione del materiale probatorio conforme ai principi suindicati, permangono dubbi insormontabili sul modo in cui si è verificata la fattispecie medesima (fra le altre, STF 6B.230/2008 del 13 maggio 2008, consid. 2.1.; STF 1P.20/2002 del 19 aprile 2002, consid. 3.2; DTF 127 I 38 consid. 2a). In questi casi - così come ricordato dall'art 10 cpv. 3 CPP - il giudice deve fondarsi sulla situazione più favorevole all'imputato. 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.). Con riferimento alla valutazione delle prove, quindi, il principio della presunzione di innocenza si confonde con il divieto generale dell'arbitrio di cui all'art. 9 Cost. (DTF 138 V 74 consid. 7 pag. 82).
L'imputato

E. 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 necessario 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 ("Risikoeerhöhungstheorie"; 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 omesso, o agendo secondo le regole dell'arte, l'autore potesse evitare l'evento (in particolare: Stratenwerth, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, 3^a edizione, Berna 2005, § 14 n. 34-37; Walder, Die Kausalität im Strafrecht, in: ZStR/RPS 93/1977 pag. 159 segg.).

E. 4

Il dr. med. AP 1 si è laureato in medicina nel 1984 all'Università di Ginevra, città presso il cui ospedale universitario ha poi proseguito la formazione con la specializzazione in ginecologia e ostetricia, dapprima come assistente e poi come capo clinica del relativo reparto, concludendola nel 1990. All'inizio dell'anno seguente è rientrato in Ticino per aprire uno studio privato a _____. Parallelamente a questa attività egli è da tempo medico accreditato presso la Clinica _____, sempre di _____ e ha fatto parte del CdA della _____, società che controlla il nosocomio, sino all'aprile 2011. Sulla sua attività professionale, al dibattimento di primo grado, si è così espresso: "Si può dire

che da circa 30 anni lavoro come ginecologo. Posso quantificare in circa 2000 parti che ho fatto io come ginecologo negli ultimi 25 anni in Ticino. Nei primi 6 anni a Ginevra è difficile quantificare il numero di parti a cui ho assistito. All'anno faccio quindi tra i 70 e i 120 parti, di cui un 30-35% sono dei parti cesarei. Più o meno al 4% dei tagli cesarei seguono delle complicazioni più o meno gravi. Posso dire che nella mia statistica ho fatto circa 1-2 gravidanze gemellari all'anno, e di questi l'80% sono parti cesarei e il resto parti normali." (verbale di audizione dell'imputato, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 1). In appello ha poi corretto l'ultimo dato, asserendo che i parti cesarei sono il 35% del totale, ed ha puntualizzato che nella sua carriera si è trovato confrontato pochissime volte con delle situazioni di placenta accreta, trattandosi di una patologia molto rara, con una frequenza di un caso su mille (verb. dib. d'appello, pag. 2). I fatti

E. 5

La vittima, CO 1, nata _____ il _____, sposata con PC 1, era già paziente dell'imputato sin dal 1995. Al momento dei fatti, all'età di 39 anni, era alla sua prima gestazione. Pur trattandosi di una gravidanza gemellare di una donna di mezza età, quindi di una situazione più a rischio rispetto alla norma, sino al momento del parto non vi erano state particolari complicazioni, eccetto un ricovero in clinica alla 33a settimana, dal 26 al 28 febbraio 2008, per una maturazione polmonare fetale, effettuata secondo protocollo senza problemi di sorta (rapporto d'uscita 12 marzo 2008, AI 9).

E. 5.2

e riferimenti).

E. 6

par. 2 CEDU;

14 cpv. 2 patto ONU II

2.2. AP 1è condannato:

2.2.2.al pagamento della multa di fr. 1■800.- (milleottocento), con l■avvertenza che in caso di mancato pagamento per colpa, sarà sostituita con una pena detentiva di 5 (cinque) giorni;

Per la Corte di appello e di revisione penale

Il giudice presidente

La segretaria

E. 7

Dopo la nascita delle due bambine, sono sorte delle difficoltà nell'estrazione della placenta, che è risultata essere molto aderente anteriormente (cosiddetta placenta accreta), al punto da rendere necessario un raschiamento: "In seguito estrazione placentare manuale che si rivela estremamente difficile a causa di uno stato aderenziale estremamente importante della placenta alla parete uterina, situazione compatibile con una placenta accreta. Revisione approfondita della cavità uterina con raschiamento onde eliminare possibili resti placentari, la contrattilità uterina è fin dall'inizio mediocre ma soddisfacente." (rapporto operatorio 25 marzo 2008, pag. 2, AI 9). In seguito l'uterotomia è stata suturata. Per poter ottenere una contrattura soddisfacente dell'utero e poter iniziare la chiusura della parete addominale si sono dovuti effettuare, oltre a un'iniezione di 5 unità per via endovenosa e una perfusione di 20 unità di Syntocinone, un'iniezione di Méthérgine in vena ed una a livello miometriale (in

utero), accompagnate da un massaggio diretto dell'utero (rapporto operatorio 25 marzo 2008, pag. 2, AI 9). In base alla scheda clinica, le perdite ematiche sino a questo momento sono state stimate in 500 ml (AI 9). L'anestesista ha tuttavia dichiarato che esse erano quantificabili in 1'200 ml (VI _____ 13 ottobre 2008, AI 34, pag. 3). A posteriori, anche l'imputato ha stimato in 1'000-1'200 ml la perdita, correggendo quanto aveva concluso al momento del parto (verbale di audizione dell'imputato, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 2). I periti giudiziari, come vedremo, hanno quantificato le perdite in quantitativi circa quattro volte superiori. terminate le operazioni di sutura, la paziente è stata affidata alla levatrice _____ per essere portata in reparto e il dr. med. _____ ha dato ordine di effettuare un esame dei valori dell'emoglobina, in base al quale si sarebbe potuto sapere con maggior esattezza se vi era stata un'importante perdita di sangue (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2). A quel momento CO 1 era vigile e presente, rispondeva alle domande, ma tendeva ad addormentarsi facilmente, pur essendo sempre svegliabile (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 1; foglio di sorveglianza 25.3.2008, AI 9). Una volta giunta in reparto, alle 09:15 (foglio di sorveglianza, AI 9), _____ ha subito effettuato anche un controllo ostetrico, notando che la neo mamma aveva un fondo uterino contratto, con perdite ematiche che inizialmente apparivano nella norma, ma soprattutto, fattore allarmante, che soffriva di ipotensione arteriosa. informato di questo fatto l'anestesista, l'ostetrica ha ricevuto l'indicazione somministrare 1 ml di Efredina (che aumenta la pressione), di procedere ad aumentare i liquidi in endovena, di posizionare la donna con le gambe in alto (posizione Trendelenburg) e di fornire ossigeno (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 1). Non potendo fare tutto da sola, _____ ha chiesto aiuto alla collega TE 1. Nel frattempo il laboratorio _____ dell'Ospedale ha effettuato un'analisi dei campioni di sangue prelevati alla paziente, dalla quale sono risultati dei valori dell'emoglobina allarmanti, 3.1 Hb, accompagnati da un ematocrito dello 0.10 Hct (a fronte di un valore di riferimento generico tra 0.35 e 0.45 Hct), eritrociti 1.17 tera/l (valore di riferimento tra 3.90 e 5.25), MCHC (concentrazione cellulare media di emoglobina) 298 g/l (valore di riferimento tra 315 e 360), e trombociti (piastrine) a 80 g/l (valore di riferimento tra 160 e 370). I dati sono risultati talmente bassi da far ipotizzare un malfunzionamento dell'apparecchio e indurre la responsabile del laboratorio, TE 2, a ripetere il test: "A domanda dell'avv. DI 1 rispondo che ho controllato due volte il primo risultato dei valori dell'emoglobina perché non avevo mai visto un valore così basso. Io ricordo di aver passato due volte il campione sull'apparecchio perché poteva anche darsi che fosse passata una bolla e avesse influenzato negativamente il risultato." (verb. dib. d'appello, pag. 4 seg.). L'analisi di controprova ha portato ad un esito analogo, confermando i primi dati: emoglobina 3.2 Hb, ematocrito dello 0.10 Hct, eritrociti 1.18 tera/l, MCHC 308 g/l e trombociti (piastrine) a 79 g/l. Non appena ricevuti i secondi risultati, TE 2 ha chiamato in reparto per darne notizia. Non è appurato chi abbia risposto alla chiamata, ma è certo che _____ ne è stata immediatamente informata (PP _____ 6 febbraio 2009, AI 70, pag. 3). A detta della capo laboratorio, questo è avvenuto verso le 09:39 (verb. dib. d'appello, pag. 5). Gli orari indicati sugli estratti dell'apparecchio sono delle 09:35:49 per il primo screening e 09:37:33 per il secondo (doc. dib. d'appello n. 1). La stessa TE 2 ha comunque precisato che questi sono dati temporali meno precisi rispetto a quelli dei documenti che si ritrovano all'AI 9, che indicano le 09:35 come momento dell'esame. Non vi è dunque chiarezza circa il momento della telefonata con la segnalazione del tenore di emoglobina. In virtù del principio in dubio

pro reo, questa Corte ritiene quindi di dover accertare che questa è avvenuta subito dopo l'ottenimento dei risultati delle 09:37:33, unico dato certo. In effetti, nonostante l'affermazione della teste che ha parlato delle 09:39, non vi è alcun elemento concreto per considerare provato un simile orario. D'altro canto, come vedremo in seguito, un paio di minuti di differenza non hanno alcuna influenza sull'esito della vertenza. Subito dopo essere stata avvisata dei risultati dell'emoglobina, _____ ha preso contatto con l'anestesista, ed ha chiesto alla collega TE 1 di avvertire il dr. med. AP 1, che in quel momento era in sala operatoria, che i valori dell'emoglobina erano molto bassi, che la paziente era ipotesa e che presentava importanti perdite ematiche. A questa notizia, il medico ha subito dato ordine di trasfondere le due sacche di sangue che erano state riservate dal giorno prima. Al processo d'appello, ella ha avuto modo di chiarire cosa esattamente le è stato ordinato dall'imputato: "A domanda dell'avv. DI 1 dichiaro di ricordare di aver chiamato il dottor AP 1 su delega dell'ostetrica non appena ricevuti i risultati dell'emoglobina. Il dottor AP 1 mi ha risposto ordinando di partire subito con la somministrazione delle due sacche già riservate e di ordinarne altre quattro." (verb. dib. d'appello, pag. 8). Analogamente, nello stesso tempo, poco dopo le 09:37 (sempre in base a quanto accertato in precedenza), anche il dr. med. _____, contattato dalla levatrice, ha dato l'ordine di trasfondere la paziente con due sacche (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2). TE 1 è così uscita per andare in camera della donna a prendere la tessera con il gruppo sanguigno e poi in ufficio a recuperare i formulari. Nel percorso da lì al laboratorio, davanti all'ascensore, ella ha incrociato il dr. med. AP 1 che le ha firmato il formulario d'ordinazione delle 4 sacche supplementari. Anche questo fatto ha potuto essere acclarato solo in sede ricorsuale, poiché fino a quel momento, dalle dichiarazioni, sembrava che ad essere stato firmato fosse solo un documento per la richiesta delle due sacche già riservate il 24 marzo 2008: "Ricordo, come ho già dichiarato, di avere incrociato il dottor AP 1 davanti ascensore mentre mi stavo recando in laboratorio per ritirare le prime due sacche. Ricordo pure che, in quell'occasione, egli ha sottoscritto il formulario per l'ordinazione delle quattro sacche di sangue non riservate. Al momento in cui il laboratorio mi aveva chiesto di prelevare un altro campione di sangue per rifare l'esame dell'emoglobina, io ho pure prelevato delle fiale aggiuntive in modo da poter guadagnare tempo qualora fosse stato necessario ordinare più sangue. Queste provette servono per testare la compatibilità del sangue della paziente con quella da trasfondere. Al presidente preciso che per ritirare le sacche di sangue riservate il giorno prima non era necessaria più alcuna firma da parte del dottor AP 1." (verb. dib. d'appello, pag. 8). L'infermiera si è recata quindi in laboratorio, ha lasciato le provette con i campioni dell'ultimo prelievo ed ha preso le due dosi di eritrociti già disponibili. Dalla documentazione prodotta (doc. dib. d'appello 1), risulta che poi, alle 09:52:54, è stata effettuata un'ulteriore verifica dei valori, in esito alla quale il tenore dell'emoglobina è stato ancor più basso, 2.8 Hb. Questo esame è stato fatto su un nuovo campione, richiesto a _____ dal laboratorio e prelevato dalla paziente dall'infermiera TE 1 (PP TE 1 6 febbraio 2009, AI 71, pag. 2).

E. 8

Pochi minuti dopo la telefonata che è stato ora accertato essere stata fatta a ridosso delle 09:37/09:38 l'imputato è giunto dalla signora CO 1 (PP AP 1 del 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 2, ove parla delle 09:30/09:35), che è sempre rimasta sveglia e vigile, e subito l'ha messa in posizione supina, constatando che c'erano dei coaguli di sangue molto abbondanti, nonché che l'utero era ipoteso e ingrandito. In altri termini l'utero presentava un'atonìa

secondaria e si era riempito di sangue. Il prevenuto ha così proceduto ad un massaggio manuale esterno con lo scopo di espellere i coaguli sanguigni e mantenere la pressione uterina (PP AP 1 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 2). Nel frattempo, l'infermiera TE 1 è rientrata in reparto con le sacche di eritrociti, la trasfusione della prima delle quali è subito iniziata, agevolata dall'utilizzo dell'apparecchio spremi sacche. Alcuni minuti dopo, l'infermiera TE 1 è ritornata dalla paziente accompagnata dall'infermiera anestesista _____ (detta _____), che aveva portato con sé un altro apparecchio per trasfondere e scaldare il sangue. Proprio quest'ultima ha provveduto ad aprire una seconda via venosa. Dal foglio di sorveglianza (AI 9) risulta che la prima sacca è stata trasfusa alle 09:38 e la seconda sacca di eritrociti è stata somministrata alle ore 10:00. Già in base agli accertamenti sull'orario delle telefonate, ma anche per quanto verrà detto in seguito, questi orari non appaiono affidabili. Anzi sono errati. Nel giornale di laboratorio, invece, quale ora del ritiro delle prime due sacche, sono indicate le 10:00 (AI 9).

E. 9

Il dr. med. AP 1 è rimasto vicino alla paziente, massaggiandola, sino al momento in cui è risultata essere, a suo dire, emodiamicamente stabilizzata e la pressione è leggermente aumentata. A quel punto ha deciso di trasferirla nel reparto cure continue, dove è stata portata verso le 10:40, secondo le sue dichiarazioni iniziali (PP AP 1 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 3). Al processo d'appello egli ha poi puntualizzato come le 10:40 sarebbe l'orario in cui egli ha dato l'ordine di trasferimento (verb. dib. d'appello, pag. 11). Sul foglio di sorveglianza, invero, è stato registrato come orario di arrivo in cure continue le 11:20 (AI 9), mentre la teste _____ ha precisato che il ginecologo, una volta presa la decisione di trasferimento della paziente, è uscito dal reparto per recarsi in sala operatoria per un piccolo intervento, mentre lei è rimasta vicina alla donna per prepararla e poi l'ha accompagnata nel nuovo reparto; il tutto certamente vari minuti dopo le 10:40/10:45 (PP _____ 6 febbraio 2009, AI 70, pag. 4). Sulla stessa linea si è espressa la teste TE 1, che ha detto di essere rientrata in camera verso le 10:45, dove ha trovato la levatrice sola in attesa della chiamata delle cure continue per il nulla osta allo spostamento, arrivato circa 5 minuti dopo ed in seguito al quale la collega ha preparato la paziente per salire (PP TE 1 6 febbraio 2009, AI 71, pag. 3). In base a queste prove, si può dare per accertato che il trasferimento è avvenuto attorno alle ore 11:00. Il "rapporto speciale" allestito dal prevenuto il 27 marzo 2008 (AI 9) indica proprio in quest'orario il momento dell'arrivo in cure continue e la scheda "Centro cure continue Clinica _____" (AI 9), riporta che la paziente è stata solo 10 minuti in cure continue.

E. 10

In cure continue CO 1 è riuscita a sistemarsi da sola sul nuovo letto. Nonostante un miglioramento della pressione arteriosa, _____ ha riscontrato, massaggiando il fondo dell'utero, nuovi coaguli di sangue. Come le era stato chiesto dall'imputato, ha invitato l'infermiera che era con lei a chiamarlo e informarlo del persistere delle perdite ematiche. Il medico è arrivato quasi subito (a suo dire alle 11:00, PP AP 1 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 3) ed ha potuto constatare di persona che le fuoriuscite erano considerevoli e del tutto anomale. A questo punto, visto il persistere della problematica, l'imputato ha deciso di procedere ad un intervento di isterectomia (asportazione dell'utero), facendo ricondurre immediatamente la paziente in sala operatoria. Alle 11:10 CO 1 è giunta in sala operatoria (cartella servizio di sala operatoria, AI 9), alle 11:22 è stata avviata l'anestesia da parte del dr. med. _____. L'intervento chirurgico vero e proprio, effettuato dall'imputato con

l'assistenza del dr. _____, ha avuto inizio poco dopo, alle 11:30, con l'asportazione dell'utero. Durante l'operazione sono stati somministrati 3 flaconi di plasma e 3 sacche di eritrociti: le prime due dosi di eritrociti sono arrivate in sala operatoria dalle cure continue, con la paziente, mentre i 3 flaconi di plasma fresco sono stati consegnati verso le 11:50 e verso le 12:00 è stato somministrato il terzo sacchetto di eritrociti (rapporto anestesiologicalo, AI 8, pag. 1). Nei 30 minuti dall'inizio dell'operazione, la paziente è stata sempre emodinamicamente stabile, con una pressione attorno a 95/50 mmHg e un polso di 90 b/min. Qualche minuto dopo le 12:00, mentre l'intervento era ancora in corso, l'anestesista è stato chiamato nella sala operatoria vicina perché quello ivi effettuato era terminato. Alle 12:10 egli ha dovuto tuttavia rientrare d'urgenza al capezzale della signora CO 1 poiché l'infermiera _____, arrivata per portare due sacche di plasma, guardando il monitor aveva notato che erano apparsi valori da ipocapnia, essendo il tasso di anidride carbonica passato da 34 a 17 mmHg (rapporto anestesiologicalo, AI 8, pag. 1). In quel momento l'utero era già stato estratto e si stava per dare inizio alla chiusura della laparotomia (Rapporto operatorio dell'isterectomia addominale, AI 9, pag. 2) Il dr. med. _____ ha proceduto a far cambiare il tubicino del capnografo, onde scongiurare la presenza di vapore nello stesso, e ha subito avvisato i medici presenti che se non fosse stato quello il problema, vi era la possibilità di un'embolia in corso. Alle 12:15 ha aumentato la dose di ossigeno al 100% e ha somministrato in endovenosa alla paziente medicinali per l'anestesia. Alle 12:17 è stato sostituito il tubo del capnografo ma nonostante ciò l'ipocapnia è peggiorata. Un minuto dopo i colleghi hanno segnalato all'anestesista che la donna si stava svegliando e iniziava a spingere con l'addome, per cui egli ha proceduto subito alla ventilazione manuale e le ha somministrato un miorilassante. Alle 12:25 il dr. med. _____ ha notato sull'elettrocardiogramma un allargamento del QRS (onde dello schema) e quindi un abbassamento della frequenza cardiaca (bradicardia), seguita dopo pochi secondi da un arresto cardiaco (asistolia). A quel punto, l'anestesista ed il dr. med. _____, giunto nel frattempo in sala operatoria, hanno iniziato la rianimazione: quest'ultimo ha effettuato il massaggio cardiaco, mentre il primo ha continuato a ventilarla ed ha proceduto a somministrarle medicinali appositi quali adrenalina e atropina (rapporto anestesiologicalo, AI 8, pag. 2). Dal canto suo, il dr. med. _____, chirurgo presente in clinica ed entrato, per puro caso, in sala per vedere come stava la paziente (conoscendone bene i famigliari), ha preso atto dell'urgenza e si è prestato a dar manforte, procedendo ad un clampaggio dell'aorta addominale sotto l'arteria mesenterica inferiore, per aumentare il flusso ematico negli organi vitali. Nonostante tutti i tentativi, comprese un paio di defibrillazioni, il cuore di CO 1 ha avuto solo dei timidissimi rilanci e lei non si è mai ripresa realmente. Il sospetto di un'embolia trombotica si è fatto pian piano largo tra i presenti. Volendo tentare il tutto per tutto per salvare la vita alla neomamma, verso le 13:00, il dr. med. _____ ha preso contatto con il dr. med. _____, del _____ di _____, per verificare se vi fosse la possibilità di intervenire chirurgicamente. Essendo la disponibilità del nosocomio a prendersi carico della paziente subordinata all'esecuzione di un esame econtranstoracito, è stato chiesto al dr. med. _____, cardiologo, di procedere in tal senso. Da tale verifica è risultata la conferma di una embolia polmonare massiccia, con dilatazione del ventricolo sinistro. Di conseguenza è stato subito organizzato un trasporto a _____ con l'elicottero della REGA, partito alle 14:41 (AI 12, doc. 5). Nel frattempo, non essendo stato portato a termine l'intervento, in vista del trasporto, si è proceduto ad inserire delle garze laparotomiche per tamponare l'addome, nonché a riavvicinarlo con dei punti di Donati ed un foglio adesivo Ioban a chiusura dell'incisione (AI 12, doc. 1, "lettera di decesso" del 27

marzo 2008). La paziente è giunta al _____ alle 14:45 circa ed è subito stata portata in cure intense per fare il punto della situazione, apparsa immediatamente disperata (“ipercapnia marcata”, “acidosi metabolica” e “anemia estrema”, con, tra gli altri, 4.3 Hb, AI 12, doc. 1 e 2), ed essere preparata per l’intervento. In particolare le è stata istituita una via venosa mediante cannulazione della vena femorale con induttore F8, con somministrazione di volume con cristalloidi e sangue e contemporaneo proseguimento delle manovre rianimatorie (AI 12, doc. 2) e le è stato effettuato un elettrocardiogramma ranseofageo, sotto massaggio cardiaco esterno, che ha evidenziato una severa disfunzione ventricolare destra compatibile con una pregressa embolia polmonare (AI 12, doc. 2). In seguito è stata trasferita in sala operatoria, sotto la responsabilità del dr. med. _____, ove alle 15:15 si è proceduto ad un intervento di embolectomia polmonare in CEC, al quale ha fatto seguito tutta una serie di altri provvedimenti nel disperato tentativo di salvare la vita alla donna. Purtroppo tutti gli sforzi per riattivare il miocardio e la circolazione, nonostante qualche segnale all’apparenza positivo come la risalita dei valori (compreso quello dell’emoglobina, riportato a 7.9 Hb alle 16.10, AI 12, doc. 20) sono risultati vani e la paziente è deceduta alle ore 16:45.

E. 11

Il giorno seguente, 26 marzo 2008, la vittima è stata sottoposta ad autopsia presso l’Istituto cantonale di patologia di _____ (AI 21). In data 18 maggio 2009, il procuratore pubblico incaricato delle indagini ha dato mandato ai prof. _____ e _____, dell’Università di Genova, di allestire una perizia medico legale. Il relativo referto è stato redatto il 25 settembre 2009 (AI 86). Pur non essendovi una domanda diretta, in merito alle cause della morte di CO 1, i due esperti si sono così espressi: “Il caso della sig.ra CO 1 riguarda, dunque, il decesso di una donna per emorragia post cesareo eseguito per gravidanza gemellare a cui era stata riscontrata una placenta parzialmente accreta. Il decesso è avvenuto nel postpartum a causa della massiva perdita ematica nonostante l’esecuzione di procedure per fermare la perdita ematica e di pratiche rianimatorie. (...) Nel caso della sig.ra CO 1 la perdita ematica alla fine dell’intervento era stata del 70% circa della massa di sangue, tenendo conto dei valori iniziali di 10.1 g/dl e del valore ottenuto alle 09:20 di 3.2 g/dl dopo la fine del cesareo. Anche se è necessario considerare una certa quota di diluizione come conseguenza della somministrazione di liquidi durante l’anestesia, la perdita ematica a quel momento era stata di circa 4000-5000 ml. (...) La paziente è stata trasferita in sala operatoria per l’isterectomia (...). Durante l’intervento non è stata considerata la possibile insorgenza di una coagulazione intravasale disseminata (CID) da patologia da consumo, che ha portato a shock e quindi ipocapnia ed arresto cardiocircolatorio: tale condizione era da ritenersi più probabile in una situazione di CID rispetto ad un’embolia polmonare. (...) Nel caso della signora CO 1 la non adeguata interpretazione della situazione ha portato ad un intervento cardiocirurgico non utile, ma quando ormai la paziente si trovava in una situazione disperata. (...) L’intervento di isterectomia è stato deciso quando ormai la patologia coagulatoria da consumo era già in atto in maniera irreversibile.” (AI 86, pag. 51-54). Al dibattito di primo grado, sono stati messi a confronto i periti giudiziari ed i due periti incaricati dalla difesa. Tutti si sono trovati d’accordo nell’individuare la causa del decesso nello shock emorragico (o ipovolemico), cioè nella diminuzione acuta della massa sanguigna circolante imputabile a emorragia, che ha portato tutti i tessuti in ipossia, compresi gli organi nobili quali il cuore ed il fegato (multiple organ failure) ed ha dato origine ad una coagulazione intravascolare disseminata (cosiddetta CID), cioè a una sindrome caratterizzata dalla presenza disseminata

di numerosi trombi. Tale quadro clinico ha portato all'arresto cardiaco ed alla morte di CO 1 (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 8 seg.). Questa Corte ritiene di poter condividere le conclusioni testé riassunte e di ascrivere la morte alle suddette complicanze. In altri termini, la vittima ha perso la vita a seguito delle gravi complicazioni insorte a causa delle importanti perdite di sangue subite a partire dalla nascita delle sue piccole gemelle.

E. 12

Immediatamente dopo l'inausto evento, il Ministero pubblico ha dato avvio alle indagini per l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Oltre al recupero della documentazione relativa al caso in disamina e all'interrogatorio degli operatori sanitari coinvolti, è stata fatta allestire la summenzionata perizia giudiziaria, alla quale ha fatto seguito un complemento di data 17 ottobre 2009 (AI 104). Dal canto suo, la difesa ha commissionato al prof. dr. med. _____, del Servizio d'ostetricia dell'Ospedale universitario di Ginevra, una contro perizia, il cui esito è stato formalizzato nel rapporto trasmesso agli inquirenti il 6 ottobre 2011 (AI 119 nella versione francese e AI 128 in quella tradotta). Lo stesso è stato inviato poi ai periti giudiziari, che hanno allestito una "relazione di chiarimenti sulla relazione del prof. _____" del 1° dicembre 2012 (AI 138). In data 13 ottobre 2014, il procuratore pubblico ha emanato il decreto d'accusa nei confronti del dr. med. AP 1, mentre per gli altri medici e infermieri intervenuti è stata esclusa una responsabilità di natura penale e sono stati così prolati dei decreti di non luogo a procedere, regolarmente passati in giudicato. Prima del dibattimento di fronte alla Pretura penale, con scritto 21 gennaio 2015 (doc. PP 15), la difesa ha prodotto un complemento di perizia allestito dal dr. med. _____ e dalla sua collega, nonché una perizia di parte stilata dal prof. Dott. _____ e dal dr. med. _____ su incarico della compagnia di assicurazioni _____, assicuratore RC dell'accusato. Come indicato in entrata di sentenza, degli addebiti mossi al prevenuto dall'accusa, solo due hanno resistito al processo di primo grado, conclusosi con la sentenza del 17 marzo 2015 qui in disamina. In effetti egli è stato condannato unicamente per avere "omesso di compensare adeguatamente la perdita di sangue con insufficiente trasfusione di sangue e di plasma per la grave emorragia in corso" e per avere "omesso di trasferire rapidamente la paziente in un reparto di cure intensive visto il persistere della perdita ematica e dell'ipotensione associata a tachicardia, attendendo invece le ore 10:50 circa e limitandosi ad un trasferimento in cure continue". È stata invece esclusa una sua responsabilità causale per aver omesso di procedere ai necessari controlli conseguenti alla difficoltà di estrarre la placenta, per avere omesso di ripetere le analisi di laboratorio per il controllo dei valori dell'emoglobina dopo le 09:30, per avere omesso di intervenire tempestivamente con terapie e/o operazioni chirurgiche per fermare l'emorragia, per avere proceduto all'isterectomia solo alle 11:00 e per avere omesso di eseguire esami di laboratorio per valutare lo stato della coagulazione. L'appello

E. 13

Con il suo appello, l'imputato chiede il suo proscioglimento da ogni accusa, eccependo in primo luogo una violazione del principio accusatorio in punto alla condanna relativa alla prima omissione di cui è stato ritenuto colpevole e contestando, poi, che le omissioni a lui imputate dall'accusa e confermate dal primo giudice costituiscano una violazione dell'arte medica tale da giustificare la condanna per omicidio colposo. A suo modo di vedere, egli non poteva agire in modo differente da quanto fatto per cui il decesso della signora CO 1 non può essergli addebitato. Essendo stato interposto appello unicamente dalla difesa, in

questa sede ci si chinerà solo sull'aspetto formale sollevato e sulle omissioni che hanno fondato la decisione di condanna. Violazione del principio accusatorio

E. 14

a. L'imputato sostiene che la sua condanna per omicidio colposo "per avere omesso di compensare adeguatamente la perdita di sangue con insufficiente trasfusione di sangue e di plasma per la grave emorragia in corso" costituisce una evidente lesione del principio accusatorio e del suo diritto di essere sentito, essendo una fattispecie diversa da quella contenuta nel DA 4773/2014 del 13 ottobre 2014, che recita "per avere omesso di compensare adeguatamente il deficit della coagulazione con insufficiente trasfusione di emazie per la grave emorragia in corso". b. Secondo l'art. 9 CPP, che concretizza il principio accusatorio, un reato può essere sottoposto a giudizio soltanto se, per una fattispecie oggettiva ben definita, il pubblico ministero ha promosso l'accusa contro una determinata persona dinanzi al giudice competente. L'atto d'accusa determina quindi l'oggetto del procedimento giudiziario (funzione delimitativa) implicando che l'imputato sappia con la necessaria precisione, quali fatti gli sono rimproverati e a quali pene e misure rischia di essere condannato, affinché possa adeguatamente far valere le sue ragioni e preparare efficacemente la sua difesa (DTF 126 I 19 consid. 2a pag. 21). Il giudice può scostarsi dalla qualificazione giuridica data ai fatti indicati nell'atto d'accusa (art. 350 cpv. 1 CPP), purché ne informi le parti presenti dando loro l'opportunità di pronunciarsi (art. 344 CPP). Tuttavia, in forza del principio dell'immutabilità dell'atto d'accusa, egli non può scostarsi da questi fatti. Il principio accusatorio è espressione del diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. Può inoltre essere dedotto dall'art. 32 cpv. 2 Cost (diritto di essere informato il più presto possibile e compiutamente sulle imputazioni contestate all'accusato) e dall'art. 6 n. 3 lett. a CEDU (diritto di essere informato della natura e dei motivi dell'accusa), che non hanno tuttavia portata distinta. In caso di opposizione, il decreto d'accusa è considerato come atto d'accusa (art. 356 cpv. 1 CPP). Secondo l'art. 353 cpv. 1 lett. c CPP, il decreto d'accusa deve indicare i fatti contestati all'imputato. La descrizione dei fatti deve adempiere le esigenze di un atto d'accusa, deve dunque essere concisa, ma precisa (STF 6B_92/2014 del 31 marzo 2015, consid. 4.2; DTF 140 IV 188 consid.

E. 15

L'art. 117 CP punisce con la pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria chi, per negligenza, cagiona la morte di una persona. Giusta l'art. 12 cpv. 3 CP commette un crimine o un delitto per negligenza colui che, per un'imprevidenza colpevole, non ha scorto le conseguenze del suo comportamento o non ne ha tenuto conto. L'imprevidenza è colpevole se l'autore non ha usato le precauzioni alle quali era tenuto secondo le circostanze e le sue condizioni personali. La negligenza presuppone così l'adempimento di due condizioni: da un lato, l'autore deve aver violato le regole della prudenza, ossia il dovere generale di diligenza istituito dalla legge penale, che vieta qualsiasi comportamento che espone a pericolo beni altrui protetti penalmente da lesioni involontarie. Un comportamento che oltrepassa i limiti del rischio ammissibile viola il dovere di prudenza quando l'autore, considerate la sua formazione e le sue capacità, avrebbe dovuto rendersi conto della messa in pericolo altrui (STF 6B_437/2008 del 24 luglio 2009, consid. 2; DTF 135 IV 56 consid. 2.1; 134 IV 255 consid. 4.2.3; 130 IV 10 consid. 3.2). Per determinare i limiti del dovere di prudenza, occorre domandarsi se una persona ragionevole, nella medesima situazione e con le stesse attitudini dell'autore, avrebbe potuto prevedere almeno nelle grandi linee il corso

degli eventi - questione esaminata alla luce della teoria della causalità adeguata se l'autore non è un esperto dal quale ci si poteva aspettare di più - e, se del caso, quali misure poteva adottare per evitare la realizzazione dell'evento dannoso. Per determinare precisamente quali siano i doveri imposti dalla prudenza occorre riferirsi alle disposizioni di legge emanate a salvaguardia della sicurezza e per evitare incidenti (DTF 135 IV 56 consid. 2.1; 134 IV 255 consid. 4.2.3; 130 IV 10 consid. 3.3; 129 IV 119 consid. 2.1). Se non sussistono, è possibile fare riferimento per analogia a regole analoghe fissate da associazioni o categorie professionali private o semiprivato, se comunemente riconosciute (STF 6B_408/2013 del 18 dicembre 2013, consid. 4.2.; DTF 127 IV 62 consid. 2d). Inoltre, perché vi sia negligenza, la violazione del dovere di prudenza deve essere colpevole, in altre parole si deve poter rimproverare all'autore, considerate le sue condizioni personali, una mancata attenzione o una riprensibile mancanza di sforzi (DTF 134 IV 255 consid. 4.2.1).

E. 16

Secondo la giurisprudenza sviluppata dal Tribunale federale, i doveri di diligenza di un medico devono essere stabiliti tenendo conto delle circostanze concrete del singolo caso, e cioè considerando il tipo di intervento o di terapia, i rischi ad essi collegati, il margine di valutazione di cui godeva in quella situazione l'accusato, così come i mezzi a disposizione e l'urgenza d'intervento (STF 6B_408/2013 del 18 dicembre 2013, consid. 4.2.). Il medico 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).

E. 17

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. 18

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 allorché 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). Presupposti oggettivi del reato

E. 19

L'accusato non contesta come detto l'accertamento peritale sulle cause della morte della signora CO 1, fatte proprie anche dal primo giudice. Respinge per contro che lo si possa ritenere colpevole per non aver adeguatamente compensato le perdite ematiche della paziente e per non averla trasferita rapidamente in un reparto di cure intensive.

L'imputazione di non aver compensato adeguatamente l'emorragia

_____ : si, se avesse conosciuto l'esito l'avrebbe sicuramente fatto _____ : si, ma non aveva la possibilità di fare la trasfusione prima siccome doveva aspettare che arrivava il sangue. La trasfusione con sangue 0- teoricamente è possibile ma comporta dei rischi e quindi si evita per quanto possibile di farlo. Anni fa si faceva ma adesso non si fa più. _____ : noi ce l'abbiamo all'ospedale ma si usa raramente. Suppongo che in questo caso alla fine sia stato utilizzato del sangue 0-, come del resto in quelle situazioni che si manifestano quando non c'è più sangue del gruppo sanguigno interessato. In casi rari ed estremi si può anche utilizzare il sangue 0-. Tutti i periti sono d'accordo nell'affermare che il sangue 0 negativo non si distribuisce sempre ma solo quando necessario e bisogna comunque tipizzarlo, viene comunque fatto con la stessa sicurezza della trasfusione abituale." (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 9).

E. 22

Sulla questione determinante a sapere se vi è stata una carenza nell'ordinazione e nella somministrazione di prodotti ematici alla vittima, i sanitari implicati si sono espressi come segue. _____ ha riferito che sono dapprima state richiamate le sacche che erano state predisposte a titolo cautelativo il 24 marzo 2008 e che le stesse sono state ritirate dall'infermiera che le ha portate in stanza per essere infuse immediatamente. Pur non fornendo orari su quando ciò è avvenuto ha precisato che verso le 10:30/10:40 la paziente era stata stabilizzata e che, se ben ricorda, il dr. AP 1 aveva chiesto di mettere 4 sacche di sangue in riserva ed anche 3 di plasma (PP _____ 6 febbraio 2009, AI 70 pag. 4). Al processo di primo grado ha precisato: "Mi ricordo che il dr. AP 1 ha ordinato altre sacche di sangue, oltre alle 2 che erano già presenti grazie al dr. _____, al momento in cui la paziente è stata trasferita in cure continue. Non ricordo se già al momento della prima trasfusione è partito questo ordine. Posso dire di essere sicura che prima di partire per le cure continue questo ordine era partito, per il resto siccome io mi occupavo attivamente della paziente con il dott. AP 1, può essere che egli abbia ordinato alla mia collega TE 1 questa comanda. Ci sono comunque dei documenti da firmare. (...) Io un utero non contratto non l'ho mai valutato sulla paziente, l'ho sempre visto contratto. Dopo l'arrivo del dr. AP 1, che ha posizionato la paziente in posizione supina, e ha iniziato a spremere l'utero molto più forte di come l'avevo spremuto io e sono usciti dei coaguli di sangue. Da lì ricordo che il dr. AP 1 ha ordinato le sacche che erano già pronte in laboratorio che sono arrivate subito perché erano già pronte; il laboratorio era in attesa della chiamata. Ricordo che è arrivata anche una collega della sala operatoria ad aiutarci. Siccome c'era anche uno spremi sacche che ha portato la collega dalla sala operatoria, abbiamo trasfuso le due sacche velocemente, prima una e poi l'altra, non saprei dire in quanto tempo ma comunque velocemente. Da quel momento fino al momento in cui la paziente è stata trasferita alle cure continue, la paziente non ha più avuto delle trasfusioni di sangue." (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 1 e 2). TE 1 ha dichiarato di aver visto per la prima volta la signora CO 1 il 25 marzo 2008 alle ore 09:15 o poco dopo, essendo stata chiamata dalla collega per portare una bombola e aiutare a sistemare la paziente. In seguito, dopo essere uscita e rientrata dalla stanza, ha effettuato il secondo prelievo di sangue alla donna. Dopo il prelievo ha chiamato al telefono, dalla sala parto, il dr. med. AP 1 e gli ha riferito che i valori dell'emoglobina erano molto bassi, che la paziente era ipotesa e che le perdite ematiche erano molto importanti. Il medico le ha detto di procedere alla trasfusione delle due sacche riservate il giorno precedente e di ordinarne altre quattro. Pertanto è uscita dalla sala parto per andare in camera della signora CO 1 a prendere il

tesserino del gruppo sanguigno e, poi, nel locale infermieristico a prelevare i necessari formulari e le provette di sangue. Mentre attendeva l'ascensore per recarsi al laboratorio è giunto l'imputato che le ha firmato immediatamente i formulari per la richiesta delle quattro confezioni supplementari per le trasfusioni (verb. dib. d'appello, pag. 8), dopodiché è scesa al laboratorio, ha lasciato le provette e preso le due sacche di sangue già pronte, è di nuovo andata nel locale infermieristico per verificare la compatibilità del sangue in questione e, infine, è tornata nella camera della paziente (PP TE 1 del 6 febbraio 2009, AI 71, pag. 2). Sugli orari TE 1 ha dapprima dichiarato che l'orario indicato sul formulario per l'ordinazione delle quattro sacche in atti, cioè le 09:45 corrisponde a quello in cui ha fatto il prelievo, poi ha riferito che quando il medico ha firmato lo stesso erano passati 5 minuti ed erano quindi le 09:50 e poi che, tenuto conto dei 5 minuti che ci vogliono per andare a prendere le sacche e controllarle in reparto, la trasfusione è iniziata alle 09:55. In seguito, sollecitata dalla PP, ha ammesso di non poter invece dire quando è iniziata la trasfusione della seconda sacca, poiché in quei concitati frangenti non ha guardato l'orologio (verb. dib. d'appello, pag. 9). La responsabile del laboratorio, TE 2, ha vigorosamente confermato che la tabella del laboratorio per il ritiro del sangue è compilata, per quanto concerne l'orario di ritiro, solo quando arriva l'infermiera, sicché quello indicato corrisponde esattamente al momento della consegna delle sacche (verb. dib. d'appello, pag. 5). Il medico anestesista _____ ha ricordato che verso le 09:30/09:35 è stato chiamato dalla levatrice per essere informato sui valori del sangue della paziente, conosciuti i quali le ha chiesto di procedere immediatamente con le due sacche di eritrociti fatte testare precauzionalmente il giorno prima. La levatrice gli ha riferito di aver chiamato anche il dr. AP 1 per informarlo. È poi risultato che anche quest'ultimo aveva dato ordine di trasfondere la donna. Verso le 09:50/10:00 la sua infermiera anestesista gli ha chiesto se potevano consegnare il riscalda infusione perché c'era del sangue da riscaldare e si voleva aprire una seconda via venosa. Verso le 11:00, poi, il prevenuto gli ha chiesto di prepararsi per l'intervento di isterectomia. Verso le 11:22 è iniziata l'anestesia e verso le 11:30 l'operazione. Nella mezz'ora precedente la signora CO 1 aveva ricevuto altri tre sacchi di sangue e poi tre flaconi di plasma. In sostanza, alla vittima sono stati trasfusi due sacchi di eritrociti in reparto e 8 in sala operatoria (PP _____ 13 ottobre 2008, AI 34, pag. 4 seg.). _____ L'imputato, dal canto suo ha dichiarato di essere stato chiamato verso le 09:30/09:35 dalla levatrice per informarlo della perdita ematica importante e dei valori dell'emoglobina, al che egli ha reagito lasciando la sala operatoria e recandosi in reparto per valutare la situazione. Egli ha precisato poi che prima dell'intervento di parto cesareo la donna presentava valori di emoglobina leggermente bassi per cui lui già in precedenza aveva ordinato due sacche di eritrociti in accordo con l'anestesista: "Sacche che sono state poi utilizzate a parto avvenuto durante quell'ora che io sono rimasto con la paziente. In pratica queste sacche sono state utilizzate immediatamente e ho fatto anche aprire una seconda via venosa in modo da somministrare i liquidi che erano andati persi con l'emorragia. Sono poi stati comandati altri flaconi di sangue e di plasma fresco congelato che sono stati utilizzati in seguito. Da rilevare che la consegna di queste sacche ha impiegato circa un'ora. Il mio scopo era tenere controllata la tonalità uterina così da poter evitare ulteriori perdite ematiche. (...) Le due sacche di eritrociti, comandati in precedenza, sono state trasfuse dalle 09:35 in avanti." (PP AP 1 13 ottobre 2008, AI 33, pag. 2 seg. e pag. 4). Al dibattimento di primo grado ha dichiarato: "Quando sono stato chiamato dalla levatrice che mi ha informato del valore così basso dell'emoglobina sono andato subito verso la paziente. Un valore così basso (3.2 Hb) dell'emoglobina significa che la paziente ha perso molto sangue. Sono

andato dalla paziente e ho cercato la causa di questo sanguinamento che ho individuato in un'atonía uterina. L'utero era anormalmente disteso. Ho quindi preso quello che normalmente si fa, vale a dire delle misure immediate, tutta una serie di misure per bloccare l'emorragia. La prima è quella di riassicurare la contrattibilità dell'utero, ho spremuto l'utero manualmente, verificando l'uscita di parecchi coaguli, cosicché l'utero si è contratto; ho poi cercato di mantenere il tono uterino col massaggio. Contemporaneamente ho ordinato la posa di una seconda via venosa per poter aumentare l'apporto di liquidi, liquidi che la paziente già stava ricevendo dal momento del parto. Quando parlo di liquidi significa liquidi e sangue. A quel momento, contemporaneamente con la spremitura e il massaggio, ho ordinato la trasfusione del sangue e ho ordinato di comandare altro sangue e plasma. Quando parlo di sangue intendo eritrociti. (...) Non sono assolutamente d'accordo sul fatto che c'è stato ritardo con la trasfusione del sangue. Le due sacche ci mettono 10-15 minuti per essere trasfuse. Al momento in cui ho ordinato di procedere con la trasfusione ho pure ordinato altre sacche, più veloce non potevo andare. Non posso dire con precisione quanto tempo è rimasta la paziente senza ricevere il sangue. Se ci fosse stato nell'immediato altro sangue dopo la seconda sacca avremmo proceduto con le successive trasfusioni. A me era chiaro che queste perdite di due litri dovevano essere compensate, per questo che abbiamo comandato altro sangue." (verbale di audizione dell'imputato, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 2 seg. e pag. 4).

E. 23

I riscontri oggettivi sono le note sul foglio di sorveglianza, fatte da _____ nel pomeriggio del

E. 25

Appurato ciò, è necessario chiarire a partire da quale momento vi erano tutti gli indizi per poter capire che era necessario procedere ad una compensazione del sangue perso, rispettivamente stabilire quando il prevenuto ha dato ordine di preparare nuove sacche per l'infusione, quante sacche ha ordinato di preparare e se ciò era sufficiente. Il decreto d'accusa, a tal proposito, conteneva la descrizione di un'omissione non limitata ad un arco temporale ben preciso, ma genericamente riferita a tutto il periodo dall'inizio dell'emorragia sino al decesso. Lo stesso vale per la completazione prospettata in aula che concerne il rimprovero di non aver compensato adeguatamente la perdita di sangue con insufficiente trasfusione di prodotti ematici a fronte dell'importante emorragia in corso. Di conseguenza l'esame non deve limitarsi solo a quanto avvenuto nella prima fase, quella che segue le 09:30 e precede il trasferimento nelle cure continue, ma nell'insieme a tutto quanto fatto o non fatto dall'imputato.

E. 26

È provato che sin da subito dopo il parto vi sono state delle importanti fuoriuscite ematiche. Più complicato è per contro sapere se vi erano elementi a sufficienza per poter comprendere che queste erano superiori alla norma e che vi erano dei rischi accresciuti per la vita della paziente per cui si imponeva un'immediata reazione volta a garantire la disponibilità di materiale trasfusionale a sufficienza per controbilanciare gli scompensi. Di centrale importanza è dunque comprendere quali informazioni aveva a disposizione il dr. med. AP 1 per valutare correttamente il da farsi e in quale momento le ha ottenute. Sulla scorta di quanto chiarito nei considerandi precedenti, il dr. med. AP 1 è stato avvertito alle 09:37/09:38 dei risultati delle analisi, che avevano confermato che il tasso di emoglobina

della signora CO 1 era di 3.2 Hb, l'ematocrito di 0.10 Hct, gli eritrociti erano 1.18 tera/l, MCHC 308 g/l e i trombociti (piastrine) 79 g/l. Simili risultati erano senza ombra di dubbio allarmanti, ricordato già solo che, come ben precisato dal perito di parte dr. med.

_____ : "avere un'emoglobina del 3.2 comporta un pericolo di vita" (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 9). I periti giudiziari hanno sostenuto che il passaggio da 10.1 Hb a 3.2 Hb corrisponde ad una perdita del 70% del quantitativo di sangue presente nel corpo della paziente, il che, considerata una certa diluizione quale conseguenza della somministrazione di liquidi durante l'anestesia, significa una perdita ematica tra i 4'000 ml ed i 5'000 ml (AI 86, pag. 51; AI 138, pag. 6). A questi dati, non si può dimenticarlo, vanno collegati i riscontri diretti dei sanitari sulla paziente. Nonostante sia stato detto che al momento del parto non era stato facile quantificare le perdite ematiche, non si può non far riferimento alle chiare annotazioni che si trovano sul foglio di sorveglianza n. 1 del 25 marzo 2009 (AI 9) e meglio: - ore 09:20: "alla spremitura fuoriuscita di abbondanti coaguli" - ore 09:30: "avvisato d. AP 1, le perdite continuano abbondanti si massaggia l'utero" - dalle 09:38 sino alle 10:40 vi è l'indicazione IDEM riferita all'ultima frase delle 09:30. - 10:40 sino 11:15: "Presente dott. AP 1 si continua massaggio del F.U. le perdite continuano abbondanti si decide di andare in cure" . Indubbiamente l'utilizzo del termine "abbondanti" con riferimento alle perdite ematiche non può che essere interpretato come una conferma che le stesse erano al fuori della norma. Sul foglio A3 della paziente del centro cure continue, in corrispondenza delle ore 11:00, in rosso, si legge: "pz perde tanto tanto sangue vaginale" (AI 9). Analogamente, sul partogramma (AI 9), è stato annotato: "11:20: dott. AP 1 decide di trasferire la pz in cure sono sempre presenti abbondanti perdite ematiche." . A questi fattori andava poi aggiunto quello per il quale, nonostante la somministrazione di efedrina, la pressione era rimasta bassa, cosa che avviene quando è già stato perso molto sangue (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 3). È così accertato che alle 09:38 al più tardi la gravità dello stato clinico della signora CO 1 a seguito delle forti perdite di sangue subite era nota a tutte le persone che si stavano occupando di lei ed in particolare al dr. med. AP 1.

E. 27

Che fossero dati molto preoccupanti è avvalorato innanzitutto dal fatto che la responsabile del laboratorio ha voluto ripetere l'analisi una seconda volta, non avendo mai visto un valore così basso e ipotizzando di conseguenza, addirittura, l'influsso di un problema meccanico sull'esito (bolla d'aria, verb. dib. d'appello, pag. 4 seg.). Il medico anestesista _____, dal canto suo, è rimasto sorpreso, sempre in negativo, dai valori, essendo stato tratto in inganno dall'apparente stato della paziente: "Io sono rimasto sorpreso perché da come avevo visto la signora non mi aspettavo dei valori così bassi." (PP _____ 13 ottobre 2008, AI34, pag. 4). Che anche al dr. med. AP 1 sia stato subito chiaro che si trattava di una situazione a rischio è confermato dal fatto che non appena è venuto a conoscenza dei livelli dell'emoglobina e dell'ematocrito, è immediatamente corso al capezzale della vittima e non l'ha praticamente più lasciata (PP _____ 6 febbraio 2009, AI 70, pag. 3). Egli stesso ha ammesso che "un valore così basso (3.2 Hb) dell'emoglobina significa che la paziente ha perso molto sangue" (PS AP 1 29 gennaio 2015, pag. 2). Su questa linea anche il perito di parte dr. med. _____, che ha proprio precisato che "Penso che il dott. AP 1 ed i suoi colleghi avessero ben valutato il rischio di emorragia dopo la difficile espulsione della placenta. Ne sono testimonianza i richiami frequenti delle ostetriche in sala risveglio, così come l'arrivo rapido e l'attenzione

prolungata dei medici al capezzale della paziente” (controperizia, AI 128, pag. 3). L’altro perito di parte, dr. med. _____, è stato ancor più lapidario: “Questi esami supplementari che riguardano la coagulazione erano inutili perché la situazione era chiara. Vi era una grave perdita di sangue, un’emorragia forte, che andava compensata con trasfusioni, ciò che è stato fatto.” (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 3).

E. 28

L’imputato ha sostenuto che il fatto che all’apparenza la signora CO 1 fosse cosciente, orientata e collaborante parlava a favore di una stabilità emodinamica (PP 13 ottobre 2008, pag. 3), confermandolo pure al primo processo: “ Posso dire che alla fine di una gravidanza gemellare si è stanchi, un intervento operatorio è uno stress già di per sé, noi siamo abituati a vedere una paziente dopo un taglio cesareo normalmente stanca. Può anche succedere che si addormentano. La signora era sempre presente e collaborante, si spostava autonomamente, aiutata, non era una stanchezza anomala. A nessun momento ho avuto l’impressione che vi fosse qualcosa di anomalo nella paziente rispetto alla situazione. Dallo stato comportamentale della paziente non ho avuto dei segnali che mi facessero pensare ad una situazione di anomalia nella risposta della paziente. Non ricordo di aver visto la paziente alzare gli occhi e di aver visto le sclere, ella rispondeva alle mie battute in modo adeguato.” (verbale di audizione dell’imputato, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 7). Queste considerazioni, anche se fosse vero che la paziente stava apparentemente bene, non sollevano il medico dall’obbligo di approfondire la situazione e soprattutto di intervenire. In effetti, come ben hanno detto i periti giudiziari: “la perdita ematica è di difficile quantificazione e talvolta non è sufficiente l’esperienza clinica se non si adottano parametri oggettivi di valutazione.” (AI 86, pag. 51). Inoltre, sempre facendo riferimento a quanto scritto dagli esperti incaricati dal Ministero pubblico, le condizioni generali della paziente non erano propriamente ottimali e tali da escludere ogni dubbio circa la sua stabilità emodinamica: “A quel momento, le 09:20, le condizioni generali della signora mostravano già segni di un decorso postoperatorio anomalo, anche se non era ancora presente uno stato di shock. La signora era soporosa, costantemente ipotesa anche dopo la somministrazione di trattamenti per sostenere il circolo e continuava la perdita ematica.” (AI 86, pag. 54). Alla stessa stregua, pure il perito di parte dr. med. _____ ha riconosciuto che lo stato della paziente era anomalo e non tale da poter garantire che tutto fosse in ordine: “(...) i fattori che incoraggiavano la prosecuzione di un comportamento d’attesa (...) erano le condizioni generali relativamente conservate, così come la tensione arteriosa ed il polso, certamente anomali, ma non catastrofici. (...) Sono d’accordo con gli esperti che i risultati dei test di coagulazione del sangue (se erano valori anomali) avrebbero potuto attirare l’attenzione su una sotto-compensazione delle perdite sanguigne.” (controperizia, AI 128, pag. 2 e 3). È pertanto da ritenere che lo stato della paziente, la cui valutazione comporta pur sempre anche aspetti soggettivi, visti i valori allarmanti dei risultati delle analisi, non era tale da fornire garanzia alcuna al ginecologo che la situazione fosse relativamente sotto controllo e che la donna non si trovasse in pericolo di vita.

E. 29

In questi frangenti il dr. med. AP 1 si è concentrato sulle misure per tentare di bloccare l’emorragia, limitandosi a compensare le perdite con la trasfusione delle due sacche di sangue a suo tempo ordinate. È quindi assodato ed indubitabile che al momento in cui l’imputato è stato informato del bassissimo livello dei valori di emoglobina – quindi poco

dopo le 09:37 – il prevenuto non poteva non comprendere che la paziente era in pericolo di vita, indipendentemente dal suo stato apparente, e avrebbe dovuto di conseguenza, tra le altre cose, ordinare immediatamente nuovo sangue da trasfondere, non essendo sicuramente quello a disposizione sufficiente per compensare le perdite.

E. 30

Il prevenuto stesso ha illustrato quali sono gli accorgimenti da adottare in caso di forti emorragie post-parto, attestando di sapere, in teoria, quel che andava fatto: “ A quel momento, vale a dire quando ho visto i valori bassi dell’emoglobina e diagnosticato l’atonìa uterina, non ho assolutamente pensato di procedere subito con l’isterectomia, e ciò per tanti motivi. La priorità per me era di rimpiazzare il volume, e ristabilizzare la paziente dal punto di vista emodinamico, ovvero rimpiazzare le perdite che la paziente ha avuto e mantenere la pressione. La seconda contemporanea priorità è quella di far smettere la fonte del sanguinamento. Questo lo assicuravo con il massaggio uterino.” (verbale di audizione dell’imputato, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 3). Che, in sintesi, nella fattispecie la signora CO 1 avrebbe dovuto essere sottoposta immediatamente, oltre che a terapie volte a fermare le perdite ematiche, a delle trasfusioni di sangue in misura tale da consentirle di recuperare il sangue perso a causa dell’emorragia, è stato riconosciuto da tutti i periti incaricati dalle parti (AI 86, pag. 51 seg. e AI 128). Per essi, poiché ben sintetizzano il concetto, basti qui riportare le parole del dr. med. _____: “Quello che succede in queste emorragie è che dobbiamo contemporaneamente fermare l’emorragia e compensare quello che è perso e anticipare i passi seguenti per non trovarci in una situazione difficile.” (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag_____

E. 31

Il contenuto di una sacca di prodotti ematici è all’incirca di 250 ml (verb. dib. d’appello, pag. 5); l’imputato lo ha stimato tra i 250 ed i 300 ml (verb. dib. d’appello, pag. 10). Una donna incinta di 70 kg ha nel suo apparato cardiovascolare, complessivamente, un quantitativo di sangue stimato in circa 6 l (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 4). I periti giudiziari hanno quantificato la perdita di sangue al momento delle analisi del tasso di emoglobina, quindi alle 09:37, in 4’000-5’000 ml, cioè nel 70% del volume totale (AI 89, pag. 51). Questo calcolo, che appare logico, è stato contestato dai periti di parte e dal prevenuto, ma solo genericamente, senza spiegazioni serie e quindi non in maniera tale da sconfessarlo (a tal proposito si rileva come il dr. med. _____, confrontato in primo grado con tale argomento, abbia dovuto infine ammettere di aver potuto anche aver sovrastimato il quantitativo di liquidi somministrati prima dell’esame dell’emoglobina, riconoscendo così la scarsa affidabilità della sua ricostruzione (cfr. verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 5). Per ottenere il sangue debitamente preparato per essere trasfuso occorrevano almeno 30 minuti (verbale dib. d’appello, pag. 5; verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2). Per i periti giudiziari questo lasso di tempo si dilata sino ad almeno 45 minuti secondo quanto emerso prima dell’appello (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2).

E. 32

Partendo da questi punti fermi, si può così esaminare l’operato del dr. med. AP 1. Se prima del procedimento d’appello, dagli atti si poteva desumere che la richiesta di poter avere

ulteriori sacche di sangue era stata fatta dal prevenuto solo dopo le ore 10:00, quindi una mezz'ora dopo che la drammaticità della situazione si è palesata, con la nuova documentazione e la deposizione di TE 1, le cose sono cambiate. In effetti, si può considerare che il prevenuto le ha dato l'ordine di chiedere altre 4 sacche di sangue già in occasione della telefonata con cui è stato informato del basso valore dell'emoglobina e con la quale le ha detto di andare a prendere le due sacche già predisposte. Quindi poco dopo le 09:37/09:38. Da questo punto di vista, dunque, contrariamente a quanto stabilito dal primo giudice, non si può evincere sia trascorso troppo tempo prima dell'inizio delle trasfusioni. In effetti, tra la telefonata e le 10:00 sono trascorsi circa 20 minuti, che non appaiono un ritardo insostenibile. Pure l'ordinazione (da parte dell'imputato) delle ulteriori sacche deve essere considerata, di per sé tempestiva, essendo avvenuta non appena saputo della grave anemia.

E. 33

Un primo, importante, ritardo, è invece ravvisabile nel ritiro di due delle quattro sacche ordinate prima delle 10:00, avvenuto, come da tabella del laboratorio _____ della clinica (AI 9. Affidabili come confermato dalla teste TE 2, in verb. dib. d'appello, pag. 5) solo alle 11:00. Innanzitutto, va rilevato, appunto, che delle 4 sacche, nonostante la grave situazione, ne sono state prese solo due. A comprova che la condizione ematica della paziente era stata sottovalutata. In seconda battuta, non si può omettere di rilevare come, a fronte di un periodo di preparazione del sangue da trasfondere di 30 minuti (ma anche facendo riferimento ai 45 minuti non cambierebbe nulla, per tacere della questione del type and screen - che azzerava i tempi d'attesa - sollevata dalla teste TE 2), ritenuto che l'ordinazione delle 4 sacche è avvenuta verso le 09:50/09:55, il prelievo di queste sacche e la loro somministrazione alla signora CO 1, sia avvenuto con una mezz'ora di ritardo circa. A fronte di una perdita ematica della paziente quantificabile alle ore 09:37 in circa 4'000 ml, alle 11:00 le erano stati somministrati circa 500 ml, al massimo 600 ml. Ma non solo, tenuto conto che le successive dosi di prodotti ematici - almeno due delle quali, lo si ribadisce, erano pronte da prima delle 11:00 - sono state prelevate solo alle 11:50 (3), 12:00 (2), 12:55 (2) e 13:45 (3), è evidente che vi è stato pure un importante ritardo nel fare capo ad esse. Le due sacche ritirate alle ore 11:00 sono state trasfuse alla paziente quando ella si trovava già in sala operatoria per l'intervento di isterectomia (PP _____, del 6 febbraio 2009, AI 72, pag. 3), quindi al più presto verso le 11:15, considerato che è a quell'ora che il trasferimento è stato effettuato (rapporto speciale del dr. med. AP 1 del 27.3.2008, AI 9). In una situazione emodinamicamente insoddisfacente, l'imputato ha poi proceduto, verso le 11:30, all'isterectomia, operazione che a sua volta comporta un'ulteriore, rilevante, perdita ematica. Alle 11:50, ad intervento inoltrato, la paziente aveva ricevuto solo 1'000 ml di sangue, al massimo 1'200 ml. In sostanza, quindi, l'omissione imputata con il decreto d'accusa al dr. med. AP 1 di non aver compensato adeguatamente le perdite ematiche con sufficienti trasfusioni, si è concretizzata in un generalizzato ritardo nel procurarsi e, di riflesso, utilizzare il sangue necessario da somministrare a CO 1. Sin dalle 09:37/09:38 il prevenuto avrebbe dovuto chiedere al laboratorio di mettere a disposizione un numero importante di sacche di prodotti ematici, non solo le due riservate e le altre 4 ordinate prima delle 10:00. Alle 11:00, inoltre, egli avrebbe dovuto far prelevare tutte le confezioni di sangue disponibili, non solo le due effettivamente prelevate. Essendo i risultati delle analisi stati sin da subito inequivocabile segnale di gravi perdite di sangue ed essendo il contenuto dei sacchetti limitato a 250-300 ml, alla paziente andavano inoculate ben più delle 4 dosi iniziali. Pertanto, sin dal momento in cui il pericolo di vita per la paziente è stato evidente,

quindi dalle 09:37/09:38, il dr. med. AP 1 avrebbe dovuto fare in modo di procurarsi nel più breve tempo possibile, tenuto conto dei tempi di preparazione e consegna, grandi quantitativi di sangue, anche correndo il rischio di averne in esubero e doverlo poi buttare. D'altra parte, l'imputato stesso ha ammesso che se avesse avuto a portata di mano più sangue dopo l'infusione della seconda delle due sacche riservate già dal giorno precedente, avrebbe proceduto ad effettuare ulteriori trasfusioni poiché gli era chiaro che le perdite di sangue sino a quel momento, da lui quantificate in due litri, dovevano essere compensate. AP 1, invece, ha proceduto passo per passo, concentrandosi sul massaggio all'utero, ma non dando il giusto peso, nonostante, come detto da tutti i periti, la situazione lo imponeva, all'importanza di compensare tempestivamente le ingenti perdite ematiche, prima che insorgessero i danni irreversibili e prima dell'intervento di isterectomia. La sua omissione costituisce una lesione delle regole dell'arte medica e la relativa condanna deve pertanto essere confermata. Mancato tempestivo trasferimento in un reparto di cure intensive

E. 34

Nella sentenza impugnata, il pretore, dopo aver rimarcato che la Clinica _____ non disponeva di un reparto di cure intensive o semi intensive, ma solo di uno di cure continue, e dopo averne illustrato le differenze, ha concluso per l'esistenza di un'omissione colpevole attribuibile all'imputato, causale per la morte della signora CO 1, anche per non averla trasferita rapidamente in un reparto di cure intensive, attendendo le ore 10:50 circa e limitandosi ad un trasferimento in cure continue con la seguente motivazione: "(...) Risulta in effetti facilmente immaginabile che la presa a carico della paziente in un reparto di cure intense (come quello dell'Ospedale _____ di _____) avrebbe permesso di effettuare più velocemente le trasfusioni di sangue e plasma, potendo contare, oltre che sulle sacche già ordinate presso il laboratorio della Clinica (...) pure sui flaconi presenti in quest'ultimo nosocomio, che previa tipizzazione (...) potevano parimenti essere trasfusi, per il tramite di ulteriori vie venose che sarebbero state verosimilmente aperte, analogamente a quanto effettuato presso il _____ (...). (...) I rischi del trasferimento all'ospedale cittadino, evocati dal Prof. _____ (e pure dal Prof. _____, che prima di trasportare " la paziente instabile in una terapia intensiva di un altro ospedale . Nemmeno in una struttura che dista 400 metri in linea d'aria ", l'avrebbe stabilizzata, cfr. verbale confronto, ad 2a, pag. 6), sembrano comunque essere contenuti – tenuto conto dello stato clinico della paziente (...) e del fatto che il massaggio uterino e la somministrazione di farmaci per contrarre l'utero (...) avrebbero potuto essere garantite dal medico e dalla levatrice pure durante il viaggio in ambulanza (...). Nella ponderazione dei rischi, la decisione di continuare con le manovre di rianimazione in reparto, consapevole dell'imprescindibilità di compensare il sangue perso dalla paziente, anziché predisporre il trasferimento nel reparto di cure intense del vicino ospedale cittadino, appare pertanto essere in violazione del dovere di prudenza, che ha contribuito al tragico evento (...)" (sentenza impugnata, consid. 15.2.3., pag. 31 seg.).

E. 35

Con l'appello, l'imputato chiede il proscioglimento anche da questa accusa, sostenendo che il reparto di cure continue della clinica _____ presentava le caratteristiche necessarie a garantire un idoneo trattamento della paziente anche per quanto attiene le adeguate trasfusioni di plasma e sangue necessarie nel caso concreto. A sostegno di questa tesi ha prodotto della documentazione che a suo avviso dovrebbe attestare il rispetto da parte della clinica dei criteri di qualità necessari all'ottenimento dell'autorizzazione cantonale

all'esercizio della medicina d'urgenza (doc. C e D allegati all'istanza probatoria doc. CARP VIII). Con simili presupposti, è più che giustificabile la scelta dell'imputato di continuare a curare la vittima nell'istituto ed evitare i rischi di un trasferimento.

E. 36

Un reparto di cure intensive si distingue chiaramente da quello di cure continue, rispetto al quale offre un grado di sorveglianza e di terapie indiscutibilmente maggiore. Nelle cure intensive ci sono tutte le apparecchiature necessarie per monitorare in maniera costante, attenta e mirata tutti i parametri vitali del paziente. Inoltre vi è impiegato del personale sanitario specificatamente formato per occuparsi dei casi più difficili, nei quali sovente la posta in gioco è la vita stessa del paziente. È proprio quest'ultima la differenza fondamentale: a chi è ricoverato in un reparto di cure intensive è offerta la possibilità, non solo di una costante sorveglianza, ma soprattutto di un intervento immediato, da parte di medici e infermieri appositamente preparati e con la possibilità di fare capo eventualmente a specialisti nei vari campi della medicina che si dovessero rendere necessari per la tutela della sua salute. Proprio per questo, i reparti di cure intensive sono presenti unicamente negli ospedali più importanti, mentre in quelli periferici o nelle cliniche è possibile solo creare delle sezioni di cure continue. Cosa sia il reparto di cure intensive e cosa invece quello di cure continue lo hanno chiarito anche gli esperti interrogati al dibattimento di primo grado: “_____ : la terapia intensiva è una struttura dove ci sono persone paramediche e mediche, rianimatori, con specifiche competenze, per pazienti critici. La presenza del dr. AP 1, di una levatrice e di due infermiere non corrisponde alla mia definizione di terapia intensiva. In una struttura organizzata si ha un monitoraggio delle condizioni generali a un livello superiore. In questo caso ad esempio non abbiamo un'indicazione circa la diuresi. Se mi chiede cosa si sarebbe fatto in cure intensive, non ho risposta. La terapia sub intensiva è quando la paziente non ha bisogno di essere intubata ma ha solo bisogno di monitoraggio dei parametri vitali e del controllo delle terapie. (...) Secondo me le cure continue così come le ho comprese io non corrispondono alle cure sub intensive perché non c'è un rianimatore responsabile (anestesista)” (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 6). Su cosa siano le cure continue il dr. med. AP 1 ha precisato: “Non c'è nessuna differenza tra le cure che la signora CO 1 ha ricevuto in reparto e le cure che avrebbe ricevuto in cure continue. In cure continue ci sono quattro letti, con un'infermiera per paziente, e ci sono le apparecchiature di sorveglianza. In cure continue la paziente non avrebbe potuto ricevere più sangue in quel momento.” (verbale di audizione dell'imputato, allegato al verb. dib. primo grado , pag. 3). Dal canto suo il dr. med. _____ ha a tal proposito spiegato: “La differenza tra cure continue e reparto è che in cure continue c'è l'elettrocardiogramma e un'infermiera che segue regolarmente l'andamento della paziente, con l'apparecchio che mostra l'elettrocardiogramma, la pressione, l'ossigenazione del sangue, la frequenza cardiaca.” (verbale di audizione _____, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 2).

E. 37

In appello il prevenuto ha prodotto della documentazione con la quale, nel 2006, è stata rilasciata alla Clinica _____ l'autorizzazione all'esercizio di un pronto soccorso di categoria B, nelle discipline di chirurgia generale, ginecologia/ostetricia, medicina interna, ortopedia e traumatologia minore, nonché oftalmologia (doc. CARP VIII, all. C e D). Il Regolamento cantonale concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche (RL 6.1.1.1.7), dopo aver chiarito che per servizi di urgenza medica si intendono

unità organizzative situate all'interno di ospedali o cliniche, destinate alla presa a carico di pazienti esterni e in grado di rispondere, in ogni momento e in maniera efficace, appropriata ed economica (art. 7), stabilisce che sono servizi di pronto soccorso di tipo A quelli che cumulativamente: a) garantiscono 24 ore su 24 una tempestiva e corretta assistenza sanitaria a pazienti con funzioni vitali compromesse, o a rischio per un danno grave permanente secondo i criteri previsti dal Programma di formazione complementare FMH in medicina d'urgenza; b) dispongono, nel medesimo istituto di cura, di un'unità di cure intense riconosciuta dalla Società svizzera di medicina intensiva; c) dispongono 24 ore su 24, nel medesimo istituto di cura, dei servizi specialistici necessari a far fronte all'urgenza; d) garantiscono un'assistenza specialistica 24 ore su 24 in medicina interna, chirurgia, pediatria, ginecologia e ostetricia (art. 8). Sono invece servizi di pronto soccorso di tipo B come quello della Clinica _____ quelli che a) garantiscono 24 ore su 24 o a tempo determinato una prima valutazione ed assistenza di urgenze mediche a pazienti con funzioni vitali non compromesse e senza rischio per un danno grave e permanente alla salute, e b) dispongono di procedure codificate per assicurare il trasferimento di pazienti instabili (art. 9). Le caratteristiche dei due servizi sono poi illustrate nel dettaglio nella Direttiva del Dipartimento della sanità e della socialità sui servizi di "Emergenza e Pronto Soccorso" (Categoria A) (RL 6.1.1.1.9) e nella Direttiva del Dipartimento della sanità e della socialità sui servizi di "Pronto Soccorso" (Categoria B) (RL 6.1.1.1.10). Dall'esame di queste disposizioni di legge, si può con facilità desumere come la struttura dell'istituto in questione offrisse prestazioni decisamente inferiori a quelle di un nosocomio con un servizio di emergenza e pronto soccorso di tipo A e come la presenza di un pronto soccorso di tipo B non possa supplire alla mancanza di un reparto di cure intensive. In effetti, che quest'ultimo non debba essere confuso con un pronto soccorso lo si desume esplicitamente dal fatto che uno dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di un pronto soccorso di tipo A è proprio quello della presenza di un reparto di cure intensive nello stesso nosocomio. Dal sito della società svizzera di medicina intensiva (www.sgi-ssmi.ch , capitolo informazioni generali) si può leggere che lo scopo della medicina intensiva è quello del controllo approfondito di tutte le funzioni organiche vitali nei pazienti affetti da gravi malattie o seriamente infortunati o dopo aver subito interventi chirurgici impegnativi. Qualora tuttavia la funzione degli organi vitali sia compromessa, la medicina intensiva mira ad evitare il peggioramento delle condizioni attraverso provvedimenti adeguati. Se la funzione di un organo vitale è parzialmente o completamente compromessa, la medicina intensiva si adopera per sostituire la funzione in oggetto fino al recupero dell'organo danneggiato e alla ripresa delle sue normali funzioni in modo autonomo. Ogni unità di terapia intensiva riconosciuta è diretta da un medico specialista in medicina intensiva, che ha dovuto seguire una formazione apposita della durata di sei anni. Egli è affiancato da altri 20 medici o più. Il personale paramedico impiegato in questo reparto ha seguito una formazione di base e di specializzazione in terapia intensiva, rispettivamente di 4 e 2 anni. Per garantire l'assistenza continuativa dei pazienti in ogni unità di terapia intensiva lavorano di norma dai tre ai cinque infermieri specializzati per letto. È dunque evidente che non si può neppure lontanamente paragonare un pronto soccorso ad un reparto di cure intense, come vorrebbe l'accusato. A maggior ragione se il pronto soccorso è di tipo B. Parimenti, il tipo di assistenza offerto da un reparto di cure continue è di un livello decisamente inferiore a quello del reparto di cure intensive: essendo lo scopo di quest'ultimo quello di assistere persone che si trovano in pericolo di vita o comunque in situazioni critiche, mentre nel primo si tengono "semplicemente" sotto controllo pazienti che necessitano di essere monitorati costantemente, il personale non solo

è appositamente formato per perseguire tale scopo, ma dispone dei macchinari, dei materiali, del supporto di medici e infermieri specialisti e, soprattutto, dell'esperienza (vista la casistica con cui si trova quotidianamente confrontato) per affrontare eventi delicati come era quello che qui ci occupa. È quindi inequivocabile che le chances di essere salvati aumentano esponenzialmente con un ricovero in cure intensive, piuttosto che in cure continue. Ne è la prova già solo la differenza di trattamento che la signora CO 1 ha ottenuto non appena giunta al _____: alle 15:44 il tasso di emoglobina, nonostante la drammatica situazione, è stato aumentato di più del doppio, sino a raggiungere il livello di 7.8 Hb grazie all'apertura di ulteriori vie venose (ad es. cannulazione della vena femorale) per poter procedere infusioni plurime e più rapide, nonché alla disponibilità immediata di prodotti ematici e l'uso di sangue del gruppo 0 negativo (lettera di decesso, doc. 2, 17, 22 e 23, AI 12).

E. 38

Con riferimento alla rilevanza dell'omissione rimproverata, nelle osservazioni controperitali 1° dicembre 2012 (AI 138), i periti giudiziari hanno asserito: "2.5. L'aver proceduto con il massaggio del fondo uterino e le trasfusioni per un arco di tempo di circa un'ora e mezza (dalle ore 09:30, quando si avevano già a disposizione i risultati dell'esame emocromocitometrico che indicava un valore di emoglobina di 3.2, alle ore 11:00, con la preparazione dell'intervento di isterectomia), non è in chiaro contrasto con le regole dell'arte medica (se si considerano le condotte attive), tuttavia tale condotta è stata troppo inerte in rapporto alle condizioni cliniche della paziente. In particolare, per il persistere della perdita ematica e dell'ipotensione associata a tachicardia, sarebbe stato più utile trasferire più rapidamente la signora nelle così dette "cure continue" od in prossimità della sala operatoria per una valutazione costante avvalendosi di un monitoraggio intensivo e dell'assistenza di personale di terapia intensiva dedicato. Non siamo completamente d'accordo con il prof. _____ quando sostiene che non vi sarebbero state differenze nel trattamento nel caso la p. fosse stata avviata precocemente in un reparto di terapia intensiva. (...) Dopo le anomalie evidenziate intorno alle ore 09:20 c'è stato sicuramente un ritardo di circa un'ora e mezza nell'inviare la paziente in un reparto di terapia intensiva. Un invio più tempestivo in terapia intensiva con ogni probabilità avrebbe comportato un trattamento più adeguato con infusione di più unità di sangue e/o emoderivati che poteva anche essere risolutivo. In linea teorica con una migliore e più massiccia terapia infusioneale, l'emorragia e l'atonìa uterina potevano regredire e forse risparmiare l'intervento di isterectomia." (AI 138, pag. 3 seg.). Il perito di parte dr. med. _____, invece, ha sostenuto: "2.5. Non conoscendo l'organizzazione dell'ospedale e dei diversi reparti, non posso commentare circa la pertinenza di un trasferimento in terapia intensiva rispetto alla sala risveglio. Mi sembra tuttavia che la paziente abbia potuto beneficiare di cure continue da parte del personale infermieristico e medico, nonché di una continua sorveglianza della pressione e del ritmo cardiaco, così come sarebbe avvenuto in un reparto di terapia intensiva. Non penso, quindi, che un trasferimento in terapia intensiva sarebbe stato una fase risolutiva nell'ambito delle cure, dal momento che lo stesso trasferimento avrebbe potuto essere deleterio. (...) 3. Mi sembra difficile decidere un trasferimento in un altro centro tra le 09:30 e le 11:00, dato che il trasporto di una paziente in quelle condizioni è estremamente rischioso. Non conosco bene le alternative locali" (Controperizia 110 novembre 2011, AI 128, pag. 3 seg.). In linea di principio, appare indiscutibilmente condivisibile l'opinione dei periti giudiziari secondo i quali se la paziente avesse potuto essere tempestivamente trasferita al reparto di cure intensive del vicino Ospedale regionale

di _____, _____, avrebbe sicuramente potuto essere curata in maniera più efficace e ricevere il sangue che non le è stato infuso alla Clinica _____, così da vedere aumentate in maniera risolutiva le sue possibilità di sopravvivenza e, addirittura, di poter forse evitare l'operazione di isterectomia. Il vantaggio di un simile ricovero non risiede, quindi, nel caso di specie, nella migliore offerta dal punto di vista del monitoraggio, ma in quello di essere seguiti da persone specializzate nel trattamento di pazienti in condizioni critiche, che possono fare capo a macchinari e medicinali all'avanguardia in questo settore, nonché in quello di poter avere a disposizione e somministrare prodotti ematici a sufficienza per compensare le perdite subite. In quest'ottica, il trasferimento si sarebbe imposto già dal momento in cui dal laboratorio erano giunti per la prima volta i risultati allarmanti di cui si è parlato in precedenza, quindi dalle 09:38 circa.

E. 39

Ciò posto, l'omissione sarebbe imputabile come grave violazione delle regole dell'arte medica solo se il ricovero della signora CO 1 nel reparto di cure intense dell'Ospedale _____, oltre ad imporsi, era effettivamente attuabile. In effetti, leggendo alcune dichiarazioni di uno dei periti giudiziari e di quelli di parte, tenuto conto che alle 09:38 era chiaro che la paziente si trovava in condizioni difficili, la questione impone quanto meno un approfondimento poiché lo spostamento può avvenire solo se sussistono i presupposti per evitare che lo stato della paziente possa inutilmente aggravarsi: "Nel caso concreto io non avrei trasportato la paziente instabile in una terapia intensiva di un altro ospedale. Nemmeno in una struttura che dista 400 metri in linea d'aria, prima stabilizzo la paziente." (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 6). Il dr. med. _____ dal canto suo ha dichiarato: "Il trasporto in un altro ospedale, anche se vicino come l'ospedale _____, sarebbe stato molto pericoloso e io non lo avrei preso in considerazione. (...) la paziente avrebbe potuto essere trasportata tecnicamente, ma con rischi, e con rischi maggiori rispetto a fare l'isterectomia sul posto. Non si sa mai cosa succede entrando in ambulanza." (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 6). Da quest'ultima dichiarazione si può desumere come in realtà il trasporto era fattibile, pure essendo collegato a dei rischi. Ma non solo: la paziente era cosciente, collaborativa e, addirittura, ancora al momento dell'isterectomia, si è spostata da sola sul tavolo operatorio, cosa che aveva già fatto in precedenza quando è entrata nel reparto di cure continue. Questo significa che non doveva per forza restare immobile e che la trasferta sarebbe stata realizzabile nonostante il suo stato instabile. Inoltre, non si può dimenticare che l'Ospedale _____ è a meno di due chilometri di distanza dalla Clinica _____, quindi a 5 minuti d'ambulanza circa. Il tragitto oltre che breve è anche privo di ostacoli, sicché un trasporto non avrebbe potuto comportare inconveniente alcuno. Analogo discorso si può fare con riferimento ad un trasferimento in elicottero, ancor più breve (si pensi che dalla Clinica _____ al _____, ci sono voluti pochissimi minuti, AI 12, doc. 5). Come già ben specificato nella sentenza impugnata, nemmeno va dimenticato che dal momento in cui l'accusato è giunto al capezzale della vittima sino alla prima trasfusione, l'unico trattamento che le è stato effettuato è stato quello della somministrazione di farmaci per contrarre l'utero e del massaggio uterino. Terapie che senza ombra di dubbio avrebbero potuto essere garantite dal medico e dall'infermiera anche durante il trasporto da un istituto all'altro. Tutto ben considerato, i rischi che la paziente avrebbe corso venendo condotta al reparto cure intense dell'Ospedale _____ non sarebbero stati maggiori di quelli cui già era sottoposta. Per contro il vantaggio che ne avrebbe tratto sarebbe stato decisivo: rimanere nello stesso nosocomio, privo di strutture per

i casi acuti, ha comportato, con il passare del tempo, un incremento del divario tra le cure necessarie e quelle che potevano ancora essere fornite all'interno di quella struttura. Si pensi solo, a titolo d'esempio, che, come detto, l'intervento del cardiologo dr. med. _____ in sala operatoria al momento dell'insorgere delle complicazioni è avvenuto per puro caso poiché egli, conoscendo la famiglia, era entrato per vedere come stava andando e poterlo comunicare ai parenti (rapporto operatorio per isterectomia, AI 9, pag. 2). Indipendentemente dallo stato apparente della paziente, visti i risultati degli esami del sangue, il suo passaggio ad una struttura ospedaliera di grado superiore si imponeva sin da subito, non solo quando è stato deciso il ricovero al _____. Quindi già a partire dalle 09:38. Pur non essendo paragonabile alla situazione di un incidente stradale, nel quale la vittima, indipendentemente dal suo stato clinico, deve essere portata in ospedale nonostante il trasporto comporti un aumento dei rischi per la sua salute, anche in questo caso, visti i limiti della struttura, la scelta migliore doveva essere quella di trasferire la signora CO 1 alle cure intense dell'Ospedale _____, poiché di certo, in caso di concreto rischio per la sua vita, come quello che stava correndo con un'emoglobina al 3.2 Hb, il rischio di un peggioramento e dell'impossibilità di poter intervenire con tutti i mezzi a salvare la vita della donna era troppo grande; anzi, era concreto: "Il trasferimento al centro cardiologico di _____ è risultato non utile anche se ormai le condizioni erano critiche. La paziente necessitava in tempi più rapidi di essere trasferita in un centro di terapia intensiva. Non ci è noto, inoltre se a _____ esistano centri di terapia intensiva dove poter trasferire e meglio trattare questo tipo di emergenze ostetriche. Il trasporto in un centro di terapia intensiva non rappresentava una situazione rischiosa per la paziente, ma rappresentava una messa in sicurezza della paziente stessa, sia per quanto riguarda la terapia trasfusionale sia anche in previsione di un intervento di isterectomia." (relazione di chiarimenti dei periti giudiziari, AI 138, n. 3 pag. 5). A maggior ragione, già solo la lentezza nell'approvvigionamento di prodotti ematici, del tutto prevedibile alle 09:37/09:38, avrebbe dovuto indurre il dr. med. AP 1 a procedere in tal senso. Anche in questo caso, quindi, la grave mancanza costituisce, oggettivamente, un'omissione ai sensi dell'art. 117 CP.

Presupposti soggettivi

E. 40

Dal punto di vista soggettivo, entrambe le violazioni delle regole dell'arte medica sono state commesse per negligenza, non evidentemente intenzionalmente. Il prevenuto ha sbagliato, ma lo ha fatto mentre cercava di salvare la vita alla sua paziente, per la quale, non si può non dargliene atto, si è prodigato in tutti i modi, con tutto sé stesso. Malauguratamente in ambito medico, differentemente dalla stragrande maggioranza delle altre professioni, l'errore umano, sempre dietro l'angolo proprio perché la natura della nostra specie non prevede la perfezione, comporta delle conseguenze importanti per la salute dei pazienti, talvolta, come in questo caso, drammatiche. Nesso di causalità naturale ed adeguata

E. 41

Statuito che il prevenuto ha omesso atti medici che la situazione gli imponeva di eseguire, è necessario verificare se sussiste un nesso di causalità naturale ed adeguato tra le omissioni 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 l'imputato avesse agito nel pieno rispetto delle regole dell'arte, e se ciò, secondo il normale andamento delle cose, avrebbe evitato l'insorgere del danno.

Come spiegato in precedenza, 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.

E. 42

Nella fattispecie che ci occupa sussiste un nesso di causalità naturale con l'evento finale, non essendo contestabile che la mancata compensazione delle perdite ematiche e il mancato tempestivo ricovero in un reparto di cure intensive hanno comportato una degenerazione tale dello stato di salute della paziente, da non poter essere più recuperabile, che ha condotto allo shock ipovolemico accompagnato da un'ipossia di tutti i tessuti (multiple organ failure) e da una disfunzione della coagulazione, cioè alla causa di morte riconosciuta da tutti i periti (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 8). Tutti i periti, alla specifica domanda, si sono dichiarati concordi nell'affermare che, di principio, se il dr. med. AP 1 avesse compensato adeguatamente il sangue perso dalla signora CO 1, si sarebbe potuto verosimilmente evitarne il decesso (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 9). A tal proposito è utile far riferimento ad una risposta del perito giudiziario prof. _____: "all'inizio di uno shock emorragico la probabilità di morte è del 25%, intervenendo tempestivamente c'è oltre il 70% di chance di sopravvivenza, mentre quando una CID è già instaurata (stadio finale emorragico) la possibilità di morte è fino del 90%. Più si va avanti con le ore più aumenta il tasso di mortalità." (verb. di confronto dibattimentale dei periti, allegato al verb. dib. primo grado, pag. 8). Questi comportamenti colpevoli si trovano anche in un rapporto di causalità adeguata con il decesso, poiché, come abbondantemente illustrato in precedenza, sono omissioni che, secondo l'andamento ordinario delle cose e l'esperienza generale di vita, possono essere all'origine delle gravi complicazioni che hanno provocato la morte della vittima.

E. 43

Sulla scorta di tutto quanto precede, la condanna dell'appellante per omicidio colposo deve essere confermata e l'impugnativa respinta. Commisurazione della pena

E. 44

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. 45

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 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 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 (STF 6B_370/2007 del 12 marzo 2008, consid. 2.2). 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; 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 (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). In altri termini bisogna evitare di pronunciare sanzioni che ostacolino il reinserimento del condannato (DTF 128 IV 73 consid. 4c; 127 IV 97 consid. 3), fermo restando che 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.

E. 46

La pena comminata per il reato di omicidio colposo è la detenzione sino a tre anni o la pena pecuniaria, art. 117 CP . Qualificante, dal profilo oggettivo, la colpa di AP 1, è avantutto il fatto che una donna ha perso la vita per delle cause evitabili. In effetti, sin dal momento in cui gli allarmanti valori del sangue sono stati resi noti al prevenuto, egli, indipendentemente dalle apparenze, avrebbe dovuto immediatamente prendere accorgimenti tali da poter compensare le perdite ematiche prima che vi fosse un'ipossia, e meglio ordinare/trasfondere molto più sangue di quanto fatto, rispettivamente trasferire tempestivamente la paziente in un ospedale più adeguato alla situazione. Condividendo la posizione del giudice di prime cure, il fatto che la paziente fosse vigile ed orientata, a fronte di dati oggettivi più che allarmanti come quello del valore dell'emoglobina, ha un'influenza alquanto limitata sulla colpa, poiché i dati tecnici non potevano trarre in inganno. Inoltre i limiti importanti che presentava la struttura della Clinica _____, priva di un servizio di cure intensive e di un pronto soccorso di tipo A, erano perfettamente noti al medico imputato, sicché l'aver deciso di tentare di salvare la donna nell'istituto e, dunque, di non procedere al trasferimento all'Ospedale _____, si è rivelata una scelta grossolanamente errata. A

favore del prevenuto, per contro, già dal punto di vista oggettivo, gioca invece il fatto che le omissioni sono avvenute in una situazione concitata, nella quale egli non ha mai lasciato sola la vittima e, soprattutto, durante la quale egli si è in tutti i modi prodigato per fermare l'emorragia. Oggettivamente, dunque, la colpa può essere definita di media gravità.

E. 47

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 ordinare da subito al laboratorio di fornire più sacche di sangue, così come avrebbe potuto senza particolari ostacoli procedere al trasferimento della paziente all'Ospedale _____. Queste mancanze, facilmente rimediabili, non possono essere considerate insignificanti. Anche nella valutazione degli aspetti soggettivi del reato, non si può tuttavia prescindere dal tenere in debito conto, poiché non irrilevante, il fatto che il dr. med. AP 1, eccezion fatta per i due errori in oggetto, si è prodigato in tutti i modi per tentare di salvare la vita della paziente ed ha chiesto l'intervento di tutti i colleghi in quei momenti disponibili. Come osservato in precedenza, purtroppo, gli sbagli commessi da chi opera in campo medico possono avere delle conseguenze irrimediabili. Questo non deve tuttavia indurre a concludere automaticamente che dietro al decesso di un paziente vi sia stato un comportamento superficiale del medico responsabile. Nel caso che ci occupa, le scelte errate, seppur evitabili, sono state fatte da un imputato impegnato a fare il possibile, secondo la sua erronea valutazione della situazione, per mantenere in vita la vittima, alla quale ha praticato per lungo tempo il massaggio dell'utero, ha effettuato un'isterectomia e alla quale è stato fisicamente vicino sino a quando non è spirata. Di questo si deve dare atto. Pertanto, la colpa soggettiva è da situare al livello medio più basso rispetto a quella oggettiva.

E. 48

A fronte di simili circostanze, la colpa del prevenuto per il reato di omicidio colposo può essere considerata, nel complesso, di gravità media. Con la precisazione che sulla scala che comprende i casi di media gravità, questo è situabile nella parte inferiore. Preso atto della giurisprudenza in materia di omicidi colposi, tenuto conto di questi presupposti, è così corretto fissare la pena base attorno alle 60 aliquote giornaliere. Con riferimento ai fattori legati all'autore, gioca un ruolo positivo la constatazione che, nella sua lunga carriera professionale, quanto qui oggetto d'esame risulta essere un evento unico per un ginecologo che ha sempre potuto contare (e conta ancora) sul rispetto e l'apprezzamento di pazienti, colleghi e collaboratori. Tutto ciò ben vagliato, appare di principio corretta la pena inflitta in prima sede di 40 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. Violazione del principio di celerità e lungo tempo trascorso

E. 49

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). La questione deve essere affrontata d'ufficio, anche se non viene sollevata dalle parti, come nella presente fattispecie.

E. 50

Nel caso che ci occupa entrambi i principi sono stati violati in maniera crassa. In effetti, il dibattimento di primo grado è iniziato due mesi prima dello scadere del termine di prescrizione di 7 anni dell'art. 97 cpv. 1 lett. c vCP (nella sua versione precedente il 1. gennaio 2014, applicabile in virtù della *lex mitior*), concludendosi con l'intimazione del dispositivo a pochi giorni da tale termine. La sentenza motivata è stata addirittura trasmessa il 14 aprile 2015, quindi a oltre 7 anni dai fatti. Dal punto di vista della celerità della procedura, non si può mancare di osservare che dall'ultimo atto del 12 dicembre 2012 (AI 139) sino all'emanazione del DA del 13 ottobre 2014 nulla è stato fatto. Di conseguenza la pena pecuniaria inflitta deve imperativamente essere dimezzata e ridotta a 20 aliquote giornaliere. Nulla muta per contro in merito alla sospensione condizionale delle stesse. Di riflesso, anche la multa è ridotta a fr. 1'800.-. Vista la conferma delle condanne, le richieste di riconoscimento di indennità per ingiusto procedimento decadono di conseguenza. Pretese civili e indennizzo AP 51. L'imputato è stato condannato a rifondere fr. 17'550.- (cioè fr. 5'850.- ciascuno) per i costi di patrocinio legale agli accusatori privati. Per tutte le loro altre pretese di tale natura è stato invece deciso il rinvio al competente foro. Con il suo appello, il dr. med. AP 1 ha contestato unicamente di dover risarcire le spese legali agli accusatori privati, in linea con la richiesta di proscioglimento. Non ha invece criticato la decisione di rinvio al foro civile, che è pertanto passata in giudicato. Giusta l'art. 433 cpv. 1 lett. a CPP l'imputato deve indennizzare adeguatamente l'accusatore privato delle spese necessarie da lui sostenute nel procedimento se l'accusatore privato vince la causa. In caso di condanna con rinvio degli accusatori privati al foro civile, deve essere unicamente riconosciuto il risarcimento delle spese legali necessarie per la trattazione degli aspetti di natura penale, mentre la rifusione dei costi di patrocinio connessi con le pretese d'indennizzo del danno deve essere sottoposto al giudice civile (Wehrenberg/Frank, Basler Kommentar StPO, art. 196-457, 2 Aufl, art. 433, n. 11 segg.). Di conseguenza le conclusioni della sentenza impugnata non possono che essere confermate. In merito agli importi riconosciuti non sono state sollevate contestazioni specifiche. Essi appaiono adeguati e possono pure venire ratificati. A questi vanno aggiunti i costi per il patrocinio legale d'appello. Gli accusatori privati hanno cifrato in fr. 4'915.10 le relative pretese, composte da fr. 251.- di spese, fr. 4'300.- di onorario e fr. 364.10 di IVA. Il dispendio orario esposto dal patrocinatore è di 14 h e 24 min a fr. 300.- l'una. Al proposito, va anzitutto detto che, non presentando il procedimento penale d'appello particolari difficoltà né fattuali né giuridiche, la tariffa oraria deve essere ridotta a fr. 280.-/ora (cfr. art. 12 del Regolamento sulla tariffa per i casi di patrocinio d'ufficio e di assistenza giudiziaria e per la fissazione delle ripetibili, RS 3.1.1.7.1; cfr., anche, sentenza CARP 17.2014.77+108 del 22 agosto 2015 consid. 35.1 e sentenza CARP 17.2014.54 del 7 aprile 2014 consid. 6 confermata in STF 6B_449/2014 del 28 agosto 2014). Inoltre delle 9 ore indicate per il dibattimento, ne devono essere tolte 2 e mezza, tenuto conto della reale durata dello stesso (6 ore). Complessivamente, dunque, sono riconosciute 12 ore a fr. 280.-, per fr. 3'360.-. Le spese sono riconosciute integralmente. L'IVA ammonta a fr. 288.90. Le spese di patrocinio per la procedura di appello sono, dunque, riconosciute in complessivi fr. 3'899.90, corrispondenti a fr. 3'360.- di onorario, fr. 251.- di spese e fr. 288.90 di IVA. 52. Sulle spese Gli oneri processuali del gravame

seguono la soccombenza (art. 428 cpv. 1 CPP) e vanno, pertanto, caricati al condannato. In effetti, la riduzione della pena, unico aspetto a suo favore, è avvenuta per motivi nemmeno sollevati dal ricorrente e, tra l'altro, non è neppure stata postulata in via sussidiaria, puntando egli solo al proscioglimento. L'attribuzione degli oneri di prima sede rimane invariata, essendo stata confermata la condanna. Per questi motivi, visti gli art. 5, 10, 77, 80, 81, 84, 182 e segg., 348 e segg., 379 e segg., 398 e segg. e 433 CPP; 12, 34, 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, gli art. 426 e 428 CPP e la LTG dichiara e pronuncia: 1. L'appello di AP 1 è parzialmente accolto ai sensi dei considerandi. 2. Di conseguenza:

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