

Ritenuto in fatto

Con sentenza in data 29 marzo 2007 il Tribunale di Catania ha dichiarato l.G. , nella qualità di medico anestesista, responsabile del delitto di omicidio colposo (art. 589 c.p.) in danno di P.P. , deceduto il X. a seguito di intervento chirurgico in urgenza 'per occlusione intestinale da ernia intasata all'anello inguinale interno sinistra' eseguito il X. nell'Ospedale X. .

Al sanitario è stato addebitato di avere eseguito una errata manovra anestesiológica di intubazione nasotracheale del paziente, provocando in tal modo la lesione del pilastro anteriore del retro faringe e la conseguente inondazione ematica delle vie respiratorie, da cui derivava una sindrome di stress respiratorio che determinava la morte del paziente.

Il P. era stato trasportato d'urgenza, nella notte del X. , presso il Pronto soccorso a causa dell'insorgenza di colica addominale acuta e ricoverato nel reparto di chirurgia d'urgenza con la diagnosi sopra indicata. Prima dell'inizio dell'intervento, eseguito verso le ore 13,45, l'anestesista I. , dopo la laringoscopia iniziale, compiva tre tentativi di intubazione, di cui i primi due per via oro-tracheale ed il terzo per via naso-tracheale. Quest'ultima manovra provocava una epistassi- determinata, come verrà in seguito accertato, dalla lesione del pilastro anteriore dell'oro – faringe - che induceva la I. a desistere anche da tale procedura d'intubazione. Interveneva sul posto altra anestesista, la quale riusciva ad intubare il paziente attraverso la cavità orale usando una cannula di mm. 7,5 'armata', ovvero irrigidita dalla presenza all'interno di un filo che ne rendeva più agevole la curvatura e la penetrazione sino alla faringe. L'intervento era stato poi eseguito perché ritenuto dell'equipe urgente. Seguirà poi la degenza in ospedale del P. sino al giorno del decesso, avvenuto in dipendenza di quelle conseguenze che erano derivate dall'inalazione nei polmoni durante la manovra d'intubazione di quantità di tutto rilievo di sangue, non essendosi rivelata idonea l'aspirazione eseguita in sala operatoria durante l'intervento chirurgico.

Il giudice di primo grado, disattendendo le conclusioni dei consulenti del PM - secondo i quali ('evento occorso in sede di tentativo di intubazione del paziente per via naso-tracheale fosse da configurare come caso fortuito - ha fondato la responsabilità della I. , oltre che sull'omessa»,effettuazione della visita preanestesiológica, sulla inidoneità delle scelte tecniche dalla stessa compiute in relazione alle peculiarità del caso concreto, caratterizzato dalla presenza nel paziente di caratteristiche - collo tozzo e bocca piccola - da rendere prevedibili la difficoltà della intubazione. Sul punto si sostiene che la condotta posta in essere dall'anestesista contrasta con le linee guida S.I.A.A.R. T.I. (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) che sconsigliano l'intubazione nasale alla cieca. Il giudicante affermava che l'anestesista avrebbe dovuto, nel porre in essere i vari tentativi, variare la tecnica, sperimentando non già la introduzione del tubo per via nasale 'alla cieca' ma l'introduzione del tubo per via oro tracheale con l'ausilio di un presidio alternativo, ossia il c.d. mandrino (catalogato nelle linee - guida come presidio alternativo di prima scelta nonché come presidio indispensabile), così come era stato fatto dall'anestesista intervenuta successivamente. Il giudicante ha escluso, invece, che la lesione del pilastro anteriore fosse stata cagionata dall'applicazione di una forza abnorme o dalla molteplicità di tentativi di introduzione del tubo.

La Corte di appello di Catania con la sentenza indicata in epigrafe, pur dando atto che nelle more dell'impugnazione il reato era estinto per intervenuta prescrizione, in riforma della sentenza di primo grado, ha assolto l'imputata dall'imputazione contestata con la formula perché 'il fatto non sussiste', attesa l'evidenza della prova ex art. 129 c.p.p. della insussistenza di colpa, quanto alla scelta ed effettuazione del percorso anestesiológico seguito, e dell'intervenuta interruzione del nesso di causalità fra la condotta contestata e l'evento lesivo, provocato da una anomalia anatomica del retro faringe del P. , quale accertata sul tavolo settorio, fatto assolutamente non previsto e non prevedibile.

Quanto alla colpa, i giudici di appello hanno affermato che nessun addebito poteva muoversi all'I. in relazione alla metodologia usata, posto che questa è risultata corretta tanto nella tempistica quanto nella materiale esecuzione. In tal senso si è sottolineato che nel valutare la condotta dell'anestesista, sotto il profilo dell'omessa visita preanestesiológica, doveva tenersi conto della urgenza dell'intervento, incompatibile temporalmente con l'effettuazione di tale visita nonché che tale indagine, definita non di routine, non si era resa neanche necessaria nel caso in esame, in assenza di evidenti segnali ostativi alla pratica anestesiológica prescelta, giacché le stesse dimensioni del collo e della rima buccale potevano costituire dati in concreto non significativi una volta che, come confermato dall'altra anestesista, l'intubazione 'alla cieca' non costituiva pratica inusuale ed anomala, ma era anzi normalmente praticata nei casi d'urgenza e di indifferibilità dell'intervento chirurgico. Si è sottolineato, altresì, che neppure la visita preanestesiológica avrebbe potuto rivelare quell'ostacolo alle vie aeree per bocca o per naso del P. che fu poi la causa determinante della deviazione all'indietro della cannula la cui punta ebbe a provocare la lacerazione, giacché questo tipo di indagine si effettua, come affermato in udienza dal consulente del PM, primario ospedaliero di anestesiologia, a paziente seduto con la manovra di Mallan e, pertanto, non era praticabile nel caso in esame.

Con riferimento alla causa della lesione del pilastro retro faringeo, la Corte territoriale, in conformità alle conclusioni della perizia del PM, affermata la correttezza della manovra d'intubazione effettuata dalla I. in considerazione dell'urgenza dell'intervento, ha sottolineato che la lesione in sede di indagine necroscopica si presentava come atipica e dovuta ad un'anomalia anatomica del retro faringe del P. , quale accertata sul tavolo settorio, definita del tutto imprevedibile.

E proprio tale malformazione congenita dell'impalcato retro faringeo, sul quale la cannula doveva scorrere, del tutto impreveduta e non prevedibile, ha costituito, secondo i giudici di appello, fattore idoneo ad interrompere il nesso di causalità tra la manovra di introduzione della cannula lungo le vie aeree del P. e l'evento lesivo. Tale conclusione, che tiene conto delle circostanze del caso concreto, caratterizzato da una situazione di particolare difficoltà nella quale l'anestesista è venuta a trovarsi, non è stata confutata, secondo la sentenza impugnata, dalle semplici raccomandazioni contenute nelle linee guida, 'che non assumono comunque carattere di protocollo'.

Avverso la predetta decisione propongono ricorso per cassazione le parti civili costituite, articolando tre motivi.

Con il primo lamentano la manifesta illogicità della motivazione sul punto relativo al riconoscimento del caso fortuito. Si sostiene che i giudici di appello hanno escluso la colpa dell'imputata illogicamente, spostando il fulcro dell'attenzione sulle modalità esecutive dell'intubazione operata sul paziente, così tralasciando di considerare che la colpa del sanitario era fondata sulla pregressa scelta della manovra praticabile nel caso in esame, laddove era stato dimostrato che una visita pre-anestesiologica avrebbe offerto all'imputata gli strumenti adeguati per impedire l'evento lesivo che aveva determinato la morte del paziente.

Si lamenta la carenza di motivazione con riferimento alla ritenuta imprevedibilità della causa che aveva determinato l'evento dannoso sul rilievo che la conformazione del P. (collo tozzo e bocca piccola) avrebbe rappresentato un elemento imprevedibile, rilevante al fine di verificare la regolarità della condotta dell'imputata, qualora la situazione del paziente fosse stata considerata in uno stadio di emergenza mentre le circostanze del caso concreto (l'intervento programmato sul P. , ricoverato intorno alle 6, previsto per le ore 11 era stato effettivamente svolto dopo quasi tre ore) avrebbero certamente consentito all'anestesista di procedere ad una corretta valutazione preanestesiologica.

Con il secondo motivo si dolgono della mancanza di motivazione circa la regolarità della condotta tenuta dall'imputato sul rilievo che la sentenza, confutando illogicamente quella di primo grado - che aveva affermato la prevedibilità della difficoltà dell'intubazione - aveva ritenuto apoditticamente che le dimensioni del collo e della rima buccale costituissero dati in concreto non significativi ai fini della pratica anestesiologica prescelta, posto che l'intubazione alla cieca non costituiva pratica inusuale ed anomala, ma anzi era normalmente praticata nei casi di urgenza ed indifferibilità dell'intervento chirurgico.

Sul punto si sostiene che proprio il successo della manovra attuata dalla seconda anestesista con la metodica alternativa, consistente nell'uso del tubo armato (il c.d. mandrino), evidenziava la manifesta illogicità della motivazione. Con il terzo motivo lamentano l'erronea applicazione dell'art. 589 c.p. giacché la sentenza impugnata non era riuscita a confutare l'argomentata motivazione di quella di primo grado nella parte in cui il giudicante aveva individuato la colpa dell'imputata non in errore tecnico nella fase dell'intubazione (per l'oggettiva difficoltà incontrate) ma nella inidoneità della scelta tecnica compiuta, sul rilievo che le caratteristiche esteriori del P. (visibili ictu oculi) avrebbero dovuto consentire di formulare una previsione di difficoltà dell'intubazione ed agire di conseguenza, in conformità a quanto raccomandato nelle linee guida.

Considerato in diritto

In via preliminare va verificata la ritualità del contraddittorio nei confronti dell'imputata, essendo questione rilevabile d'ufficio, in assenza dei difensori.

Sulla base degli atti processuali è dato ricavare che l'imputata aveva nominato nel corso del giudizio di merito gli avvocati T. A. e T. E. , del Foro di Catania, entrambi iscritti all'albo degli avvocati cassazionisti, ai quali è stata data comunicazione dell'odierna udienza, ed in data 25 febbraio 2011, l'avv.to S. S. , anch'egli cassazionista, del medesimo Foro, al quale non è stato inoltrato l'avviso dell'udienza.

La S.C., a Sezioni unite (v. sentenza 15 dicembre 2011, n. 12164, Di Cecca), nell'affrontare la questione afferente la possibilità di attribuire alla nomina di un difensore in eccedenza rispetto al numero legale il significato di revoca implicita di quelle effettuate in precedenza, ha affermato che la nomina del terzo difensore di fiducia dell'imputato, in assenza di revoca espressa di almeno uno dei due già nominati, resta priva di efficacia, salvo che si tratti di nomina per la proposizione dell'atto di impugnazione la quale, in mancanza di contraria indicazione dell'imputato, comporta la revoca dei precedenti difensori.

Applicando tale principio al caso in esame, va rilevata la ritualità della notifica dell'avviso di udienza, eseguita nei confronti dei predetti difensori, profilandosi quale ultronea l'eventuale notifica nei confronti del terzo difensore, in assenza di impugnazione presentata da quest'ultimo.

Ne consegue la ritualità della formazione del contraddittorio.

Ciò premesso, i ricorsi sono fondati, essendo sussistente il dedotto vizio di motivazione.

I giudici di appello, ribaltando la pronuncia emessa in primo grado, hanno affermato la correttezza della condotta dell'imputata, con riferimento sia alla metodologia usata sia alla tempistica ed alla materiale esecuzione della manovra di intubazione, ed hanno ritenuto, in conformità alla consulenza del PM, che la malformazione congenita dell'impalcato retro faringeo del paziente, imprevedibile e non prevedibile, aveva costituito fattore idoneo ad interrompere il nesso di causalità tra la manovra di introduzione della cannula lungo le vie aeree e l'evento lesivo. Tali conclusioni, secondo la sentenza impugnata, non sono state confutate dalle semplici raccomandazioni contenute nelle linee guida, 'che non assumono comunque carattere di protocollo'.

Siffatta motivazione non è in linea con i principi affermati da questa Corte in tema di colpa professionale medico-chirurgica conseguente alla violazione delle linee guida.

Il giudice di primo grado, a base del ritenuto nesso di causalità, poneva la condotta colposa della ricorrente - omissiva (in quanto ometteva l'effettuazione della visita preanestesiologica), e commissiva (in quanto effettuava una errata manovra anestesiologica)- la quale, venendo meno al dovere di adottare tutte quelle precauzioni, imposte dalla peculiarità del caso concreto, in contrasto con le linee guida S.I.A.A.R. T.I. (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) che sconsigliano l'intubazione nasale 'alla cieca', aveva realizzato le condizioni per la verifica dell'evento letale in ragione della non contrastata inondazione ematica delle vie respiratorie.

Il giudicante disattendeva così le conclusioni dei consulenti del PM, secondo i quali l'evento occorso in sede di tentativo di intubazione del paziente per via naso-tracheale era da configurare come caso fortuito, giacché il ripiegamento del tubo endotracheale su se stesso, causativo della lesione del pilastro anteriore del retro faringe, era stato determinato da una particolare conformazione anatomica del 'pavimento' ostativa al regolare percorso del tubo lungo la trachea.

Tale tesi era ritenuta inaccettabile in quanto non teneva conto del fatto che la manovra d'intubazione per via nasale, in occasione della quale l'evento si era verificato, secondo la chiara indicazione fornita dalle linee guida, non doveva essere eseguita. In proposito la sentenza di primo grado riportava per esteso il contenuto delle linee guida nella parte in cui sconsigliano l'intubazione nasale alla cieca ed alla luce della classificazione laringoscopica di Cormack e Lehane (1

corde vocali visibili, 2 corde vocali parzialmente visibili, 3 visibile solo epiglottide, 4 epiglottide non visibile) consigliano, in casi di certezza di laringoscopia di grado 4 [situazione alla quale era molto vicina quella del P. , benché nella consulenza risulti classificata al grado 3 della suindicata scala], di ricorrere a metodiche diverse dall'intubazione e, negli altri casi di visione laringoscopica, di non andare oltre il numero massimo di tre tentativi dopo la laringoscopia iniziale, tentativi da ripetere non usando la stessa tecnica ma ricorrendo a procedure e presidi alternativi.

Proprio tenendo conto delle citate linee guida il giudicante affermava che nel caso di specie, in cui nel paziente, come emergeva dalla relazione di consulenza, era visualizzabile a stento l'epiglottide, la manovra corretta da porre in essere dopo l'iniziale laringoscopia ed i due falliti tentativi di intubazione per via oro tracheale era la reiterazione della manovra per via orale con metodica alternativa consistente nell'uso del tubo armato, il c.d. mandrino (catalogato nelle linee guida come presidio alternativo 'di prima scelta' nonché come 'presidio indispensabile') consistente in una guida di metallo, che, inserita all'interno del tubo endotracheale, consente di conferire allo stesso una certa curvatura (il c.d. tubo armato). Conferma in tal senso veniva tratta dalla circostanza che la manovra con la metodica del tubo armato era stata poi attuata con successo dall'anestesista intervenuta successivamente, come annotato nella relazione manoscritta redatta dalla stessa imputata.

Né sussisteva incompatibilità tra un'adeguata valutazione preanestesiologica con l'intervento d'urgenza, come è desumibile dal testo delle linee guida, in cui è espressamente consigliata, sia in condizioni elettive sia in urgenza, una raccolta anamnestica ed una valutazione pre-operatoria accurata e mirata al problema via aeree proprio al fine di prevedere buona parte delle difficoltà e di consentire di pianificare il modo di affrontarle. Era altresì sottolineato dal giudicante che le linee guida qualificano come indispensabile l'esecuzione sistematica almeno del test di Mallampati, che misura distanza interdentaria e distanza mento-tiroide.

Da quanto sopra esposto emerge con evidenza che l'analisi sviluppata nella sentenza di primo grado, attraverso il puntuale e specifico riferimento alle linee guida, è stata attenta a ricostruire [anche] l'opzione alternativa che avrebbe dovuto essere coltivata dalla prevenuta (la reiterazione della manovra di intubazione per via orale utilizzando una metodica e un'attrezzatura diversa da quella standard: il c.d. mandrino).

A fronte di una ricostruzione dell'addebito, nel momento tipico della complicità, argomentata dal primo giudice attraverso l'analitico riferimento alle linee guida, la sentenza impugnata è pervenuta a conclusioni difformi, fondando la decisione assolutoria sugli esiti della consulenza del PM, motivatamente disattesa in primo grado, e sulla critica delle dichiarazioni rese in udienza dal consulente della parte civile, definita 'sola voce di contrasto e di sostegno all'ipotesi accusatoria'. Esaminato tale materiale probatorio, i giudici di appello hanno omesso di affrontare compiutamente il punto della valutazione delle linee guida, ampiamente trattato, come sopra indicato, dal giudice di primo grado, che, richiamando proprio il contenuto delle dette linee, aveva individuato quale profilo di colpa a carico della dr.ssa I. il fatto che aveva eseguito una manovra di intubazione naso tracheale, in violazione delle direttive sull'opportunità di non eseguire l'intubazione nasale 'alla cieca' e sull'adozione, nelle ipotesi in cui il tentativo di intubazione non abbia buon esito, di una diversa metodologia anestesiologica, facendo ricorso a presidi e procedure alternativi 'di prima scelta'.

La Corte territoriale, nel riportare le dichiarazioni rese da uno dei consulenti del PM, sulla configurabilità nella fattispecie del caso fortuito, si è, invece, limitata ad affermare che linee guida sono delle semplici 'raccomandazioni', che non assumono carattere di protocollo e che non era comunque possibile trarre da tale materiale validi argomenti per confutare quella che di certo era stata una situazione di particolare difficoltà nella quale la I. si era venuta a trovare, tenuto conto della urgenza dell'intervento, dimostrata anche dalla decisione di proseguire comunque l'operazione, pur essendosi prospettata l'eventualità di sospenderla per praticare una tracheotomia.

Tale motivazione non è condivisibile.

Innanzitutto perché nell'ipotesi come quella in esame in cui il giudice di appello, per diversità di apprezzamenti, per l'apporto critico delle parti e o per le nuove eventuali acquisizioni probatorie, ritenga di pervenire a conclusioni diverse da quelle accolte dal giudice di primo grado, il problema della motivazione della decisione non può essere risolto inserendo nella struttura argomentativa di quella di primo grado - genericamente richiamata - delle notazioni critiche di dissenso, in una sorta di ideale montaggio di valutazioni ed argomentazioni fra loro dissonanti, essendo invece necessario che il giudice di secondo grado riesamini, sia pure in sintesi, il materiale probatorio vagliato dal giudice di primo grado, considerando quello eventualmente sfuggito alla sua deliberazione e quello ulteriormente acquisito, per dare, riguardo alle parti della prima sentenza non condivise, una nuova e compiuta struttura motivazionale che dia ragione delle difformi conclusioni (v. Sezioni unite, 4 febbraio 1992, Musumeci ed altri, rv. 121229).

Il percorso motivazionale seguito nella sentenza in esame è assolutamente carente essendosi limitata a recepire le conclusioni dei consulenti del PM, attestate sulla sussistenza del caso fortuito, senza affrontare il tema ampiamente svolto dal giudice di primo grado afferente l'erroneità della scelta praticata dall'imputata di eseguire la manovra di intubazione attraverso il naso, pur in presenza di caratteristiche particolari del paziente (bocca stretta e collo tozzo), che, ove correttamente valutate, l'avrebbero sconsigliata perché sarebbe stata eseguita v alla cieca' e senza avere chiara visione delle corde vocali e, quindi, dell'orientamento che avrebbe preso il tubo.

Il giudice di appello non ha sostituito all'analisi compiuta dal primo giudice una sua analisi e non ha svolto, per motivare il dissenso rispetto alla sentenza di primo grado, nessuna considerazione, se non quella, in verità assai laconica, secondo la quale l'opportunità di adottare tale diversa metodologia anestesiologica era una semplice 'raccomandazione' contenuta nelle linee guida, considerate comunque tali da non assumere comunque carattere di 'protocollo'.

La sentenza impugnata introduce, pertanto, l'esame della tematica relativa al valore delle linee guida ed alle conseguenze derivanti dalla eventuale violazione delle stesse.

È utile, pertanto, per i confronti sul tema indicato, e per trarne le relative conclusioni, esaminare le sentenze di questa Corte più significative che hanno trattato il tema delle linee guida, tutte pronunciate dalla IV Sezione, affrontando sotto diversi aspetti la questione.

La sentenza, 2 marzo 2007, n. 19354, Duce ed altri, ha riguardato un procedimento per il reato di omicidio colposo instaurato a carico di alcuni medici per il decesso di una paziente avvenuto per trombosi sopraggiunta a livello della protesi mitralica in conseguenza di un intervento per colecistectomia. Ai medici era stato contestato di aver prolungato oltre i tempi necessari la sospensione della terapia anticoagulante ordinariamente somministrata.

La S.C. ha ritenuto che non presentasse profili di legittimità l'esclusione della colpa sancita da entrambi i giudizi di merito a favore dei componenti della équipe medica, che, secondo quanto attestato da periti e consulenti, avevano proceduto in maniera

conforme alle linee guida dettate dal trattato di cardiologia di E. Braunwald, riconosciuto come la Bibbia dei cardiologi mondiali, secondo il quale in pazienti a rischio era sconsigliata la terapia eparinica in dosi anticoagulanti nel periodo perioperatorio, essendo minimo il rischio di eventi trombotici a causa della sospensione della TAO, a condizione che la stessa fosse limitata a 1-3 giorni prima e dopo l'intervento.

In tal senso i giudici di legittimità hanno affermato l'ineccepibilità della decisione che, ricostruendo la regola cautelare attraverso le linee guida desumibili dal citato tracciato di cardiologia (in assenza di specifiche linee guida redatte da società scientifiche), aveva ritenuto sfornita di riscontro probatorio l'impostazione accusatoria secondo la quale era stato fatale il settimo giorno di sospensione della TAO: ciò tenuto anche conto che dall'ultimo elettrocardiogramma non era emerso un elevato rischio trombo embolico e che la perdita di sangue dalla ferita aveva legittimato una particolare attenzione al rischio emorragico.

Con la sentenza 8 giugno 2006, n. 24400, Cardillo ed altri, la Cassazione ha, invece, annullato con rinvio la decisione di secondo grado, che, in riforma di quella di primo grado, aveva ritenuto responsabile l'imputato del reato di omicidio colposo per non avere predisposto i necessari esami neurologici (ed in particolare la TAC) su un paziente trasportato al pronto soccorso in seguito a trauma cranico. Il profilo di colpa a carico del sanitario era stato argomentato sulla doverosità della TAC in quanto imposta dalle condizioni del paziente, che avrebbero reso evidente la necessità di detto esame, la cui omissione aveva impedito l'accertamento tempestivo dell'ematoma subdurale e, conseguentemente, l'istituzione di idonea terapia. Dopo aver rivalutato l'importanza probatoria del contenuto delle linee guida, sulle quali era stata incentrata la difesa dell'imputato, qualificate come 'suggerimenti atti ad orientare i sanitari nei comportamenti che devono porre in essere in relazione ai casi concreti', la S.C. ha censurato la sentenza di appello sostenendo che essa avrebbe dovuto motivare la decisione di considerare le conclusioni dei consulenti di parte-fondate su linea guida autorevoli- soccombenti rispetto a quelle del consulente del PM. I giudici di legittimità, premesso che sulla base delle dette linee guida, era suggerita solo l'osservazione clinica del paziente di grado zero (cioè quello con trauma cranico minore, che appare orientato nel tempo e nello spazio senza reale perdita di coscienza...), nella specie avvenuta, hanno affermato che la Corte territoriale avrebbe dovuto spiegare se vi fosse stato un controllo delle condizioni del paziente adeguato alla situazione che si presentava ovvero se quest'ultima avesse cominciato con progressività nel corso del ricovero a presentare i sintomi di carattere neurologico che avevano poi determinato il trasferimento all'ospedale per effettuare una TAC oppure se il manifestarsi di segni di sofferenza cerebrale fosse sopravvenuto con repentinità, senza che alcun elemento prima lo evidenziasse.

Anche la sentenza 14 novembre 2007, n. 10795, Pozzi, nel confermare il giudizio di responsabilità del medico per omicidio colposo ha sottolineato l'innegabile valenza probatoria delle linee guida.

Il caso esaminato riguardava una vicenda verificatasi all'interno di una comunità terapeutica, nella quale era ricoverato un paziente psicotico, che aveva aggredito con un coltello l'operatore cagionandone la morte.

I giudici di legittimità hanno confermato il giudizio di responsabilità del medico psichiatra incaricato prevalentemente della gestione della terapia psicofarmacologica, per avere erroneamente prima ridotto e poi sospeso la terapia farmacologica di contenimento degli scompensi schizofrenici.

In quel caso la S.C. ha fatto espresso riferimento al parere dei periti, condiviso da entrambi i giudici di merito e fondato su autorevoli studi svolti anche a livello internazionale (le linee guida dell'American Psychiatric Association sulla prevenzione del rischio suicidiario), secondo i quali la riduzione del farmaco neurolettico non si doveva effettuare per percentuali superiore al venti per cento ogni volta e gli intervalli tra queste progressive riduzioni avrebbero dovuto durare tra i tre e i sei mesi, traendo la conclusione che tali regole di cautela erano state macroscopicamente violate dal sanitario.

In epoca più recente, la sentenza 23 novembre 2010, n. 8254/2011, Proc. gen. App. Milano ed altri in proc. Grassini, la S.C. ha annullato con rinvio una sentenza assolutoria nei confronti di un medico accusato di omicidio colposo.

L'imputato era stato chiamato a rispondere di omicidio colposo in relazione alla morte di un paziente, da questi dimesso dal reparto di cardiologia.

La vittima era stata ricoverata in ospedale in seguito ad un infarto; dopo l'esecuzione di un'operazione di angioplastica, era stato trasferito dal reparto di terapia intensiva a quello di cardiologia e, dopo nove giorni, dimesso, decedendo per un attacco cardiaco, poche ore dopo la dimissione.

Nella specie, si era addebitato al medico addetto alle cure ed alle terapie postoperatorie del malato di avere agito con negligenza, imprudenza e imperizia, per avere disposto la dimissione del paziente dall'ospedale a soli nove giorni di distanza dall'intervento, senza considerare adeguatamente le circostanze fattuali che avrebbero sconsigliato la dimissione [paziente a rischio specifico; gravità dell'infarto subito con esiti rilevanti e con una funzione del cuore compromessa; elevata mortalità dei pazienti con infarti del tipo di interesse].

La Corte di appello, ribaltando la decisione di primo grado, aveva mandato assolto il medico, evocando, con il conforto delle indicazioni del perito, il rispetto da parte di questi delle 'linee guida' che prevedevano la dimissione del paziente in caso di stabilizzazione del quadro clinico.

La Cassazione, in accoglimento del ricorso del procuratore generale e delle parti civili, ha annullato con rinvio la decisione, per un migliore approfondimento e una più corretta motivazione in ordine alla valenza da attribuire alle linee guida ai fini dell'addebito di responsabilità: risultava contraddittoriamente e insufficientemente spiegato quale fosse il contenuto di tali linee guida e come le indicazioni a favore della dimissione potessero conciliarsi con la pur apprezzata gravità della patologia e degli esiti derivati.

Al riguardo, la Corte di legittimità ha affermato che, nel praticare la professione, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire l'unico fine della cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da disposizioni o direttive che non siano pertinenti ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità. Ciò vale, in particolare, per le 'linee guida' dettate dall'amministrazione

sanitaria per garantire l'economicità della struttura ospedaliera (in ipotesi, per accelerare le dimissioni dall'ospedale non appena si raggiunga la stabilizzazione del quadro clinico del paziente), onde il medico, che ha il dovere anche deontologico di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza, e si pone rispetto a questo in una posizione di garanzia, non sarebbe tenuto al rispetto di tali direttive, laddove risultino in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non potrebbe andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, senza adottare le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente.

Nello stesso senso, la sentenza 29 settembre 2009, n. 38154, R.C. in proc. Ronzoni ha confermato il giudizio di responsabilità per omicidio colposo a carico del cardiologo, che attesti l'idoneità alla pratica sportiva agonistica di un atleta, in seguito deceduto nel corso di un incontro ufficiale di calcio a causa di una patologia cardiologica (nella specie, 'cardiomiopatia ipertrofica'), non diagnosticata dal sanitario per l'omessa effettuazione di esami strumentali di secondo livello che, ancorché non richiesti dai protocolli medici, dovevano ritenersi necessari in presenza di anomalie del tracciato elettrocardiografico desumibili dagli esami di primo livello.

In riferimento a tale punto i giudici di legittimità, premessa la conformità al principio della esigibilità, nell'opera professionale del medico, della media diligenza e perizia, hanno affermato la logicità della motivazione laddove i giudici di merito avevano valutato incongruente il richiamo, a mò di giustificazione, al rispetto dei protocolli, posto che questi danno al medico un'indicazione di base sulla quale deve, tuttavia, innestarsi un comportamento che sia corretto secondo scienza e coscienza, così legittimando la conclusione che, in presenza di tracciati elettrocardiografici sospetti, era doveroso ed esigibile che il medico cardiologo approfondisse la verifica dell'integrità psico - fisica dell'atleta, per prevenire eventi nefasti che gli stessi protocolli, invocati dalla difesa, prevedono, classificando il giuoco del calcio, al cui esercizio la parte lesa chiedeva di essere autorizzato, quale sport 'ad alto rischio'.

Anche la sentenza 18 febbraio 2010, n. 10454, Cordone ed altro, nel confermare il giudizio di responsabilità per il reato di omicidio colposo, a carico di un medico anestesista, ha affermato che in una situazione di particolare difficoltà (nella specie erano stati effettuati inutilmente tre tentativi di intubazione del paziente, in presenza di edema della laringe, che impediva l'evidenziazione della glottide), non esenta da responsabilità il fatto che siano state seguite linee guida o siano stati osservati protocolli per una scelta alternativa all'unica scelta che in concreto si rendeva, nell'evidenza delle descritte manifestazioni conseguenti allo shock anafilattico, chiaramente risolutiva (la tracheotomia).

Nella specie il medico, anziché procedere all'immediata tracheotomia, pur disponendo della presenza in sala operatoria di un medico chirurgo, aveva optato per attendere l'arrivo di un otorino, con ciò mostrando di tuttavia di osservare linee guide e protocolli in maniera eccessivamente rigida.

Il riferimento alle linee guide, sia pure in termini più generali, è contenuto anche nella sentenza 22 novembre 2011, n. 4391/2012, p.c. Grasso ed altro in proc. Di Lella, che ha confermato la condanna del direttore sanitario di una comunità protetta, al quale era stato contestato il delitto di omicidio colposo in danno di un degente affetto da schizofrenia di tipo paranoide, che veniva rinvenuto al suolo con gravi lesioni personali e ricoverato in un ospedale presso il quale decedeva a causa di affezione polmonare.

Secondo i giudici di merito le lesioni erano state determinate da caduta da una finestra dell'edificio, a seguito di defenestrazione o altra condotta incongrua, comunque riconducibile alla grave affezione da cui era colpito il degente.

All'imputato, in concorso con altri, poi assolti in appello, erano stati mossi diversi addebiti: l'omissione di adeguata vigilanza da parte del personale, di terapia farmacologica appropriata e di accorgimenti atti ad impedire l'accesso dei pazienti alle finestre dei locali cui erano ospitati; nonché il mancato trasferimento in un presidio sanitario in grado di apprestare un'adeguata terapia.

La difesa era stata incentrata sulla imprevedibilità delle condotte di pazienti affetti da patologie del genere di quella da cui era colpito la vittima e sulla impossibilità di segregare ed immobilizzare permanentemente tali pazienti.

La S. C. ha inquadrato la questione nel tema più generale del rischio consentito (in cui rientrano tutte quelle attività che comportano una misura di pericolosità in tutto o in parte ineliminabile e che tuttavia si accetta che vengano esercitate perché afferenti ad importanti ambiti produttivi, scientifici, medici) ed ha evidenziato la difficoltà in questi casi di stabilire quale sia il punto di equilibrio, la linea di confine che segna il passaggio dal lecito all'illecito giacché le normative precauzionistiche sono spesso inadeguate. Da tale incertezza il giudice di legittimità ha tratto la conclusione che l'arbitro, il quale stabilisce il punto di confine tra il lecito e l'illecito finisce per essere proprio il giudice, con l'aiuto, nella maggior parte dei casi, degli esperti.

Muovendo da tali considerazioni, perfettamente applicabili al caso in esame in cui il tema va inquadrato nell'ambito della psichiatria, caratterizzata da patologie non di rado difficilmente controllabili, la S.C. affronta la seguente difficile questione: a quali condizioni il rischio può e deve essere accettato, anche a protezione del sanitario cui è demandato il difficile compito di governare quel rischio?

Il nucleo del problema, hanno affermato i giudici di legittimità, è la valutazione della diligenza e del rispetto delle regole di prudenza che l'ordinamento impone, filtrata avverso il raffronto con le prassi virtuose, tenendo altresì conto che le linee guida sono frutto di scelte totalmente economicistiche e che non possono essere considerate un punto di approdo definitivo.

In tale prospettiva la citata sentenza ha evidenziato, ed è utile sottolinearlo in questa sede, la problematicità dell'utilizzo delle linee guida in questa materia, pur riconoscendo che le stesse ed i protocolli sono, in talune situazioni, in grado di offrire delle indicazioni e dei punti di riferimento. I giudici di legittimità richiamano l'attenzione dell'interprete sulla necessità di comprendere 'qual è la logica nella quale si è formata una prassi di comportamento, perché spesso le linee guida sono frutto di scelte totalmente economicistiche, sono ciniche o pigre; e dunque non è detto che una linea guida sia un punto di approdo definitivo', sottolineando altresì che 'alcune volte le linee guida sono obsolete o inefficaci e, dunque, anche sulle linee guida occorre posare uno sguardo speciale, occorre attenzione e cautela; le linee guida non sono -da sole - la soluzione dei problemi'.

In proposito si è richiamata la dottrina che, a proposito delle prassi applicative, ha 'condivisibilmente manifestato il timore che esse possano 'fornire indebiti cappelli protettivi a comportamenti sciatti, disattenti: un comportamento non è lecito perché è consentito, ma è consentito perché diligente'.

Alla luce di tali precedenti ed in conformità agli stessi, possono, pertanto, trarsi i seguenti principi.

È innegabile, come emerge dalle pronunce sopra indicate, la rilevanza processuale delle linee guida, siccome parametro rilevante per affermare od escludere profili di colpa nella condotta del sanitario. Va chiarito, però, che la diligenza del medico non si misura esclusivamente attraverso la pedissequa osservanza delle stesse.

Le linee guida non possono fornire, infatti, indicazioni di valore assoluto ai fini dell'apprezzamento dell'eventuale responsabilità del sanitario, sia per la libertà di cura, che caratterizza l'attività del medico, in nome della quale deve prevalere l'attenzione al caso clinico particolare e non si può pregiudizialmente escludere la scelta consapevole del medico che ritenga causa cognita di coltivare una soluzione terapeutica non contemplata nelle linee guida, sia perché, come già evidenziato da alcuna delle sentenze citate, in taluni casi, le linee guida possono essere indubbiamente influenzate da preoccupazioni legate al contenimento dei costi sanitari oppure si palesano obiettivamente controverse, non unanimemente condivise oppure non più rispondenti ai progressi nelle cure verificatesi nella cura della patologia.

Può ritenersi conclusione condivisa, alla luce dei precedenti sopra indicati, che l'adeguamento o il non adeguamento del medico alle linee guida, quindi, non escluda né determini automaticamente la colpa.

È evidente, infatti, che le linee guida contengono valide indicazioni generali riferibili al caso astratto, ma è altrettanto evidente che il medico è sempre tenuto ad esercitare le proprie scelte considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della volontà di quest'ultimo, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici.

La verifica circa il rispetto delle linee guida va, pertanto, sempre affiancata ad un'analisi - svolta eventualmente attraverso perizia - della correttezza delle scelte terapeutiche alla luce della concreta situazione in cui il medico si è trovato ad intervenire.

Come afferma la sentenza PG in proc. Grassini, sopra citata, il medico, nella pratica della professione, deve con scienza e coscienza perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui dispone al tempo la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.

È opportuno rimarcare che la posizione di garanzia che il medico assume nei confronti del paziente gli impone l'obbligo di non rispettare quelle direttive [ergo, per quanto interessa, le linee guida] laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

In definitiva, non vi potrà essere esenzione da responsabilità per il fatto che siano state seguite linee guida o siano stati seguiti protocolli ove il medico non abbia compiuto colposamente la scelta che in concreto si rendeva necessaria. Ciò soprattutto allorché le linee guida asseritamente seguite siano obiettivamente ispirate a soddisfare solo esigenze di 'economia gestionale' ovvero allorché queste si palesino obiettivamente vetuste, inattuali, finanche controverse.

Rimane, pertanto, l'ipotesi per il giudice penale di valutare la condotta del medico alla luce del parametro dell'agente modello e di censurarne l'appiattimento alle linee guida qualora la particolarità della fattispecie concreta sottoposta al suo esame avrebbe potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico diverso.

Al contrario, sempre nel caso di condotte conformi alle linee guida, queste potranno rilevare in chiave difensiva in assenza di particolarità specifiche del caso concreto idonee a configurare un quadro diverso e più grave rispetto a quello considerato dalle direttive ivi contenute.

Va, altresì, precisato che le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare standard diagnostico terapeutici conformi alle regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e [come detto] non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente [va ovviamente precisato che anche le aziende sanitarie devono, a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica, ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti, ma tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente: l'efficienza di bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura, con la conseguenza del dovere del sanitario di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvano in un pregiudizio per il paziente].

Solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico ed attraverso le indicazioni dalle stesse fornite sarà possibile per il giudicante - anche, se necessario, attraverso l'ausilio di consulenze rivolte a verificare eventuali particolarità specifiche del caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico - terapeutico alternativo - individuare eventuali condotte censurabili.

In conclusione, nel tentativo di inquadrare dal punto di vista normativo le linee guida, può certamente affermarsi che le stesse, pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, poiché, come bene evidenziato dalla sentenza 8 febbraio 2001, Bizzarri, di questa Sezione, sempre attuale, nonostante il tempo trascorso, l'arte medica, mancando per sua stessa natura di protocolli scientifici a base matematica... [...] spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l'esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua serie di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico nella contingenza della terapia, può apprezzare. Questo concetto, di libertà nelle scelte terapeutiche del medico, è un valore che non può essere compromesso a nessun livello né disperso per nessuna ragione, pena la degradazione del medico a livello di semplice burocrate, con gravi rischi per la salute di tutti'.

Può altresì affermarsi che le linee guida non eliminano neanche la discrezionalità insita nel giudizio di colpa; il giudice resta, infatti, libero di valutare se le circostanze concrete esigessero una condotta diversa da quella prescritta dalle linee guida stesse.

Le stesse rappresentano per il giudice uno strumento per valutare la condotta del sanitario, sia pure indiretto, in quanto nella maggior parte dei casi utilizzate direttamente dal consulente, con il conseguente vantaggio di limitare la discrezionalità del giudicante in merito alla individuazione della diligenza doverosa.

Muovendo da tali considerazioni, alle raccomandazioni cliniche scritte, provenienti da fonti autorevoli e caratterizzate da un adeguato livello di scientificità, non può non attribuirsi un ruolo importante quale atto di indirizzo per il medico e quale punto di partenza per il giudice, chiamato a 'misurare' la diligenza [ma anche la perizia] del medico.

Deve essere allora solo ribadito che le linee guida e i protocolli, proprio in ragione delle peculiarità della attività del medico, che sfugge a regole rigorose e predeterminate, non possono assumere il rango di fonti di regole cautelari codificate, rientranti nel paradigma normativo dell'articolo 43 c.p. [leggi, regolamenti, ordini o discipline].

Ciò risulta evidente dal carattere non tassativo (in quanto è la situazione individuale del paziente il punto di partenza della valutazione clinica) e non vincolante (in quanto non possono prevalere sulla libertà del medico nelle scelte terapeutiche) sia delle linee guida che dei protocolli.

Ciò è confermato dal rilevato rapporto tra il medico e gli stessi, laddove il medico è sempre tenuto a prescegliere la migliore soluzione curativa per il paziente.

Ciò che rileva, pertanto, ai fini della valutazione giudiziale è sempre il rispetto delle regole di prudenza che l'ordinamento impone, la cui inosservanza può ragionevolmente collocarsi nell'ambito della colpa generica.

Alla luce dei principi sopra enunciati è evidente il vizio di motivazione della sentenza impugnata, che, a fronte di una analitica argomentazione del giudice di primo grado, che aveva fondato la responsabilità dell'imputata sulla violazione delle linee guida, nel dare ragione delle difformi conclusioni raggiunte, si è limitata ad osservare che la situazione di particolare difficoltà nella quale l'anestesista era venuta a trovarsi, non era stata confutata dalle semplici raccomandazioni contenute nelle linee guida, 'che non assumono comunque carattere di protocollo'.

Di qui l'esigenza di approfondimento al fine di verificare l'eventuale sussistenza di profili di colpa a carico dell'imputata, la cui condotta (con particolare riferimento alla manovra di intubazione naso tracheale posta "alla cieca") dovrà essere valutata con riguardo alla sua conformità alle richiamate linee guida, ai fine di verificare se sia stata determinante nella causazione dell'evento lesivo o se questo, tenuto conto della complessiva condizione del paziente, era comunque in ogni caso inevitabile e, come tale rientrante nel caso fortuito.

In conclusione, la sentenza, va annullata con rinvio ex art. 622 c.p.p. al giudice civile competente per valore in grado di appello, cui rimette anche il regolamento delle spese tra le parti del presente giudizio.

P.Q.M.

Annulla la sentenza impugnata con rinvio al giudice civile competente per valore in grado di appello cui rimetta anche il regolamento delle spese tra le parti del presente giudizio.