

SENTENZA

Primo grado

N. 31372/98 RG NR
N. 4063/99 RG Trib.
N. RG Depos. Sentenze
Inviato estratto al Pubblico Ministero :

IRREVOCABILE IL :
N. Reg. Esecuz.
N. Campione Peni
Redatta scheda il :



TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo Italiano

Il Giudice dott. [REDACTED] della sezione X penale,
all'udienza del 11.01.20[REDACTED], ha pronunciato e pubblicato la seguente

SENTENZA

nei confronti di :

- 1°) [REDACTED]
- 2°) [REDACTED]

imputati

segue allegato

In esito all'odierno dibattimento, celebratosi in presenza dell'imputato, sentite le parti che hanno adottato le seguenti

CONCLUSIONI

il **Pubblico Ministero** nella persona di [REDACTED]

Conclusioni del PM Dr. [REDACTED] all'ud. del 21.12.20 [REDACTED]

Chiede per [REDACTED] concesse attenuanti generiche anni 1 di reclusione pena sospesa.

Per [REDACTED] concesse le attenuanti generiche mesi 9 di reclusione pena sospesa.

Chiede altresì la trasmissione degli atti al proprio ufficio per quanto di competenza nei confronti di [REDACTED]

il **Difensore di parte civile**, nella persona di Avv. [REDACTED]

chiede: conclude come da nota di cui da lettura unitamente alla richiesta di condanna alle spese.

il **Difensore del responsabile civile**, nella persona di [REDACTED] :

la **Difesa**, nella persona dell'Avv. [REDACTED] di fiducia per [REDACTED]

chiede assoluzione per non aver commesso il fatto o perché il fatto non costituisce reato; in subordine chiede una riduzione della pena chiesta dal PM.

Avv. [REDACTED] di fiducia per [REDACTED] :

chiede assoluzione per non aver commesso il fatto, in subordine perché il fatto non costituisce reato.

i m p u t a t i

L [redacted]

a) reato p. e p. dall'art. 589 C.P., perchè, in qualità di medico accettante in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale [redacted], cagionava ad [redacted] lesioni personali da cui derivava la morte per imprudenza, negligenza, imperizia ed inosservanza dei principi dell'arte medica, in particolare:

- per non avere disposto tempestivamente e d'urgenza tutti gli accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio (esami ematochimici ed altro) necessari per diagnosticare la perforazione dell'ulcera duodenale;
- per aver interpretato la sintomatologia del paziente in un quadro di patologia cardiaca e non addominale;
- per non aver richiesto in via urgente e tempestiva una visita chirurgica;

S [redacted]:

b) reato p. e p. dall'art. 589 C.P., perchè, in qualità di medico-chirurgo in servizio presso l'Ospedale [redacted], cagionava ad [redacted] lesioni personali da cui derivava la morte per imprudenza, negligenza, imperizia ed inosservanza dei principi dell'arte medica, in particolare:

- per non avere disposto con carattere d'urgenza, ma solo in via ordinaria, gli esami ematologici e radiografici dell'addome;
- per non avere tempestivamente adottato tutti gli accertamenti diagnostici necessari, quali l'inserimento di un sondino naso-

gastrico, l'esame endoscopico e l'esame radiografico dell'apparato digerente con Gastrografin;

- per non avere conseguentemente adottato tempestivamente alcuna terapia chirurgica d'urgenza;

In Milano il [redacted].

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con decreto del 14 ottobre [redacted] il Procuratore della Repubblica presso la Pretura di Milano disponeva il giudizio nei confronti di [redacted] e [redacted], medici in servizio presso l'ospedale [redacted] di Milano, per avere il 18 giugno 1987 cagionato la morte di [redacted] per imprudenza, imperizia ed inosservanza dei principi dell'arte medica. In particolare, al dott. [redacted], medico accettante presso il Pronto soccorso dell'ospedale, si contestava:

- ***) di non aver disposto tempestivamente e d'urgenza tutti gli accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio (esami ematochimici ed altro) necessari per diagnosticare la perforazione dell'ulcera duodenale;
- ***) di aver interpretato la sintomatologia del paziente in un quadro di patologia cardiaca e non addominale;
- ***) di non aver richiesto in via urgente e tempestiva una visita chirurgica.

Al dott. [redacted], medico chirurgo presso l'ospedale, si contestava:

- ***) di non avere disposto con carattere d'urgenza, ma solo in via ordinaria, gli esami ematologici e radiografici dell'addome;
- ***) di non avere tempestivamente adottato tutti gli accertamenti diagnostici necessari, quali l'inserimento di un sondino naso-gastrico, l'esame endoscopico e l'esame radiografico dell'apparato digerente con Gastrografin;
- ***) di non avere conseguentemente adottato tempestivamente alcuna terapia chirurgica d'urgenza.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Le considerazioni tutte sin qui svolte conducono ad affermare la penale responsabilita' di entrambi gli imputati, sussistendo un nesso di causalita' tra la loro condotta e la morte di [REDACTED] e ravvisandosi elementi di colpa nelle stesse condotte loro ascritte nel capo di imputazione.

Come e' noto, nei casi di responsabilita' professionale di sanitari dottrina e giurisprudenza ritengono che l'accertamento del rapporto di causalita' vada condotto non gia' secondo una acritica accettazione della teoria della c.d. "condicio sine qua non" (generalmente ritenuta quale fondamento dell'art.40 c.p.), ma utilizzando principi generali, sia che si tratti di leggi universali (tali che al verificarsi di un determinato evento si accompagni, in termini di assoluta certezza, la verifica di un altro), sia che si tratti di leggi statistiche, destinate soltanto ad affermare - in termini scientificamente verificabili - in quale misura percentuale ad un determinato evento ne consegua un altro. Si tratta, insomma, di un quadro nel quale si procede per ipotesi ed attraverso verifiche, di un ambito nel quale non si manifesta certezza, ma verosimiglianza, di un contesto nel quale non si esprimono formule assolute, ma si propongono elementi di compatibilita' tra diversi fenomeni; in particolare, la migliore dottrina e' oggi orientata nel senso che perche' una legge statistica possa ritenersi scientificamente tale da giustificare un rapporto di riferibilita' causale penalmente rilevante, occorre che risulti in modo razionalmente verificabile che, senza il comportamento dell'agente, con alto grado di probabilita' l'evento non si sarebbe verificato, di modo da escludere che nel caso di specie abbia operato, nella produzione dell'evento, una serie causale diversa da quella cui la legge si riferisce.

Per converso, un accertamento del rapporto di causalita' basato su elementi di compatibilita' tra diversi fenomeni va rigorosamente sottoposto ad un ulteriore vaglio, volto ad evitare che il riconoscimento della responsabilita' discenda dal semplice nesso di causalita' materiale.

Nelle fattispecie colpose commissive, in particolare, l'evento deve concepirsi non gia' in dipendenza dalla condotta astrattamente e materialmente intesa, ma come espressione specifica della violazione di un dovere di diligenza, rivolto a prevenire una situazione di rischio, la cui violazione comporti il verificarsi di una lesione dell'interesse tutelato in rapporto alla diligenza richiesta. Il problema, in tal caso, si sposta sul concetto di "prevenibilita'", sul parametro - in astratto o in concreto - al quale ancorare tale condizione e sul grado richiesto perche' si possa ritenere che l'inosservanza della regola di condotta abbia determinato un rilevante aumento del rischio di verificazione dell'evento; autorevole dottrina propone, quale criterio ermeneutico ed argomentativo, quello secondo cui l'esclusione della responsabilita' possa essere adeguatamente motivata solo quando sussistano elementi di fatto che lascino apparire, con una probabilita' confinante con la

certezza, come impossibile l'impedimento dell'evento mediante l'osservanza della condotta doverosa.

Nelle fattispecie commissive mediante omissione, l'accertamento del nesso di causalita' si fonda necessariamente su un giudizio ipotetico o prognostico; come bene e' stato scritto, l'organo giudicante suppone mentalmente come realizzata l'azione doverosa omessa e si chiede se, in presenza di essa, l'evento lesivo sarebbe venuto meno. Proprio in questo senso si muove l'insegnamento della Suprema Corte, che a piu' riprese ha evidenziato che "la causalita' nel reato omissivo improprio non e' una causalita' reale, quale e' quella nel rapporto azione-evento, ma una causalita' ipotetica, sicche' accertare l'esistenza del rapporto di causalita' in questo reato significa esprimere non quel giudizio di certezza che e' richiesto di norma nell'accertamento del nesso causale nei reati di azione, ma quel giudizio secondo il quale l'azione doverosa, ove fosse stata compiuta, sarebbe stata idonea ad impedire l'evento con una probabilita' vicina alla certezza" (cosi', ad esempio, Cass. pen. sez. IV, 31 ottobre 1991, Rezza, in Cass. pen. 1994, 1204).

L'obiezione secondo cui tale opinione potrebbe comportare una lesione dei principi di tipicita' e determinatezza della fattispecie viene efficacemente superata per un verso in relazione al fatto che la realta' sanitaria e' di per se' variegata e complessa e per altro verso in relazione alla primaria rilevanza del bene tutelato - la salute - rispetto al quale l'autore della condotta contestata si trova in una posizione di garante.

L'evoluzione giurisprudenziale e' costante nel senso di una identificazione della riferibilita' causale non gia' in termini di rigorosa certezza, ma in termini probabilistici: gia' molti anni fa il Tribunale di Torino, in una sentenza del 9 aprile 1954 (in Giur. it. 1954, II, 264) affermava che "e' responsabile di omicidio colposo il medico che, constatata l'esistenza di una ferita, la cui natura, anche in relazione al luogo in cui era stata prodotta, lasciava prevedere la possibilita' di un'infezione tetanica, non abbia proceduto alla specifica iniezione preventiva e non abbia insistito per ottenere l'adesione del ferito a lasciarsi praticare l'iniezione stessa, essendo poi sopraggiunta, con esito letale l'infezione antitetanica". Vale la pena di considerare come tale orientamento fosse gia' presente in un'epoca in cui la sensibilita' al bene della salute non era cosi' viva e pregnante come oggi e come la sentenza appena citata presenti significative analogie anche rispetto al caso di specie, dove tanto si e' discusso in ordine al fatto che il dott. [redacted] avesse o meno prospettato all'[redacted] l'utilita' dello strumento diagnostico rappresentato dal sondino naso-gastrico ed avesse o meno insistito per avere il suo consenso. Nello stesso senso si pone una sentenza della Corte d'Appello di Venezia del 29 aprile 1981 (in Riv. it. med. leg. 1982, 249), secondo la quale "in tema di interventi medici il rapporto di causalita' con l'evento va ravvisato adottando un criterio di rilevante probabilita', cioe' di clinica riferibilita' dell'evento all'azione od omissione del sanitario, e non di certezza assoluta".

La Suprema Corte, come e' noto, ha recepito e fatto proprio questo orientamento di merito, osservando ad esempio che "il nesso di causalita' tra la condotta imperita, negligente e imprudente del sanitario che non abbia disposto cautele ed accertamenti suscettibili di determinare un sollecito intervento chirurgico su di un infortunato e l'evento lesivo conseguente sussista sempre quando tale intervento, anche se non avrebbe salvato con certezza il ferito, avrebbe comunque avuto buone probabilita' di raggiungere tale scopo" (cosi' Cass. sez.IV, 12 maggio 1983, Melis, in Foro it. 1986, I, 352; nello stesso senso si veda Cass. pen. sez.IV, 10 luglio 1987, Ziliotto, in Riv. it. med. leg. 1989, 668, secondo cui "nella ricerca del nesso di causalita' tra la condotta dell'imputato e l'evento, in materia di responsabilita' per colpa professionale sanitaria, al criterio della certezza degli effetti della condotta si puo' sostituire quello della probabilita' di tali effetti e dell'idoneita' della condotta a produrli: quindi il rapporto causale sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non gia' la certezza, bensì soltanto serie ed apprezzabili possibilita' di successo, tali che la vita del paziente sarebbe stata probabilmente salvata". Ancora, tra le tante, si consideri Cass. pen. sez.IV, 7 marzo 1989, Prinziavalli - in Cass. pen. 1990, I, 1278 - secondo cui "in tema di responsabilita' penale per colpa professionale, nella ricerca del nesso di causalita' tra la condotta dell'imputato e l'evento, al criterio della certezza degli effetti puo' sostituirsi quello della probabilita' e dell'idoneita' della condotta a produrre tali effetti, nel senso che il rapporto causale sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non gia' la certezza, ma solo serie ed apprezzabili possibilita' di successo, tali da far ritenere che la vita del paziente sarebbe stata probabilmente salvata. Invero, quando e' in gioco la vita umana, anche limitate probabilita' di successo sono sufficienti a configurare la necessita' di operare. Pertanto sussiste sempre il nesso di causalita' tra la condotta negligente del sanitario, che non si sia adoperato per un urgentissimo intervento chirurgico in ordine al quale spettavagli di provvedere e l'evento mortale che ne e' seguito, quando tale intervento, anche se non sarebbe valso con ogni certezza a salvaguardare la vita del paziente, avrebbe avuto notevoli probabilita' di raggiungere detto scopo").

Per quanto attiene alla valutazione degli elementi di colpa, come e' noto, la giurisprudenza ha ormai offerto solidi argomenti volti a stabilire quale grado di colpa sia richiesto per l'affermazione di responsabilita' del sanitario. E cosi', tra quelle decisioni che ancoravano la responsabilita' del medico ai soli casi di colpa grave di cui all'art.2236 c.c. (la quale si riscontra nell'errore inescusabile che trova origine o nella mancata applicazione delle condizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilita', perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali che il medico deve essere sicuro di saper adoperare correttamente o, infine, nella mancanza di prudenza o diligenza che non devono mai difettare in chi esercita la professione

sanitaria: cosi', ad esempio, Cass. sez.IV, mass. 87/175642) e quelle che, invece, sostenevano che in tema di colpa le norme penali non operano alcuna distinzione quantificatoria tra colpa grave, colpa meno grave e colpa lieve, a differenza di quelle civili relative alla colpa professionale (cosi', ad esempio, Cass. pen. sez.IV, mass. 88/179816), si e' fatta strada un'interpretazione intermedia, che postula una diversa valutazione del giudice a seconda dei differenti addebiti contestati. Si ritiene, cosi', che ove sia stata contestata l'imperizia, la stessa sara' penalmente rilevante solo ove rientri nel quadro della colpa grave, sopra definito (e cio' perche' l'indagine relativa deve tener conto che la patologia e' sempre condizionata, nelle sue manifestazioni concrete, dalla individualita' biologica del paziente, che i dati nosologici non sono tassativi e che e' sempre possibile un errore di apprezzamento dei riscontri clinici, sicche' il giudizio diagnostico puo' con frequenza risultare errato); nel caso, invece, che l'addebito di colpa consista nella negligenza, ossia in un comportamento che, violando i comuni canoni della metodologia clinica, ometta l'esame di un apparato, il medico risponde anche della colpa lieve, perche' la tutela della salute che gli viene affidata gli impone la massima attenzione e la completezza dell'esame obiettivo: cosi', ad esempio, Cass. sez.IV, mass. 84/165329 e Cass. sez. IV, mass. 80/146836. Un'ulteriore distinzione si pone, ancora, tra la valutazione della condotta del medico generico e quella del medico specialista: il corredo culturale e sperimentale richiesto dallo Stato per il conseguimento del titolo di specialista, infatti, rappresenta per il paziente una piu' consistente garanzia e legittima le richieste dell'uso della massima prudenza e diligenza e l'aspettativa di una maggiore perizia (cosi', ad esempio, Cass. sez.IV, mass. 83/160825 e Cass. sez.IV, mass. 83/157767).

Benche' non si tratti di aspetti addebitabili ai due medici, sono senz'altro da sottolineare, per prima cosa, le gravi carenze del Pronto soccorso, sia nella scelta di affidare la gestione del "triage" ad un infermiere che, pur da anni in servizio, non aveva nessuna esperienza di fronte a sintomatologie che potessero inizialmente giustificare diagnosi differenziali e non aveva nello specifico ricevuto alcuna istruzione, sia nell'affidare ciascuno dei diversi settori ad un solo medico, sul quale riversare la gran massa di pazienti, con le patologie piu' disparate, si' da lasciare al cardiologo ed al chirurgo margini operativi quanto mai ristretti, per la necessita' di dovere ciascuno seguire, contemporaneamente, un eccessivo numero di casi.

E' ben chiaro, pero' - e lo stesso foglio di ricovero lo dimostra appieno - che gli errori diagnostici compiuti nel non stabilire con la dovuta tempestivita' ed urgenza la patologia della quale [redacted] era portatore sono dipesi dalla mancata osservazione congiunta sulla sua persona, dal lento approccio alle metodiche da approntare, dall'incapacita' del dott. [redacted] di formulare valutazioni diagnostiche diverse nonostante che i responsi dell'elettrocardiogramma e della radiografia toracica escludessero patologie di tipo cardiaco, dalla assoluta indifferenza manifestata sia dal dott. [redacted] che dal dott. [redacted] rispetto ai referti degli esami ematologici pur disposti, dall'inadeguata considerazione dei gravissimi (e ripetuti) episodi di ematemesi, dalla supina rassegnazione dal chirurgo manifestata al rifiuto che - si assume - [redacted] avrebbe opposto alla proposta di inserimento del sondino nasogastrico, dalla mancata trasmissione delle rispettive conoscenze dall'uno all'altro professionista.

Ne consegue che entrambi gli imputati devono essere condannati. Nella determinazione della pena, a fianco della valutazione relativa all'incensuratezza degli imputati, incidono nella concessione delle circostanze attenuanti generiche la natura stessa del reato e dell'elemento soggettivo che vi accede, oltre alle obiettive difficoltà organizzative dovute per un verso alla recente introduzione del sistema di registrazione computerizzata dei dati, al quale necessariamente ne' medici ne' infermieri erano ancora allenati (si vedano, sul punto, anche le dichiarazioni rese dal teste [redacted], coordinatore del dipartimento chirurgico dell'ospedale, all'udienza del 3 maggio 20[redacted], pagg.15-18 e 21-22 delle trascrizioni) e per altro verso alle condizioni di lavoro, gravemente carenti nel momento in cui prevedevano un unico medico in servizio nei diversi settori di un reparto così importante, quale il Pronto soccorso. La pena deve tener conto, però, anche dei rilevanti aspetti di negligenza di cui si è detto e dell'esistenza di un grado di colpa non proprio indifferente in ordine al fatto che nessuno degli imputati ebbe a considerare adeguatamente l'esito degli esami pur disposti, a trasmettere precise consegne, ad adottare l'unica terapia urgente di fronte ad un paziente la cui patologia addominale poteva essere prontamente evidenziata e che a più riprese aveva vomitato sangue nei locali dell'ospedale. Tutto ciò porta a determinare la pena in otto mesi di reclusione per ciascuno (pena base, anni uno di reclusione, ridotta ex art.62 bis c.p.), oltre al pagamento delle spese processuali. Le condizioni soggettive degli imputati permettono, per entrambi, la concessione della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale.



REPUBBLICA ITALIANA
CORTE D'APPELLO DI MILANO
SEZIONE QUARTA PENALE

Il giudice di primo grado, sulla scorta delle consulenze mediche fatte eseguire dalle parti, ha affermato che nel caso dell' [REDACTED], in base ai sintomi presentati dal paziente, avrebbe potuto e dovuto essere immediatamente diagnosticato un addome acuto, che richiedeva con urgenza un intervento chirurgico. In ogni caso, anche se nell'immediatezza vi potevano essere alcune perplessità, causate dal fatto che il paziente aveva segnalato un non precisato vizio cardiaco, l'elettrocardiogramma, che giustamente era stato praticato e che aveva richiesto pochi minuti, doveva aver fugato ogni dubbio poiché non aveva evidenziato nulla di patologico. Ed allora l'esito dell' ECG e la constatazione che il paziente non aveva i polsi periferici (sintomo di shock o preshock) imponevano al medico di orientarsi per una diagnosi di addome acuto e di fare intervenire immediatamente il chirurgo. Tale diagnosi trovava conferma nell'esito del RX del torace, pervenuto alle ore 18 e 10, che escludeva con sicurezza un qualsiasi problema cardiaco. Viceversa l'esame ematocitometrico, trasmesso alle ore 18 e 57 e richiesto, secondo la impugnata sentenza, circa dieci minuti prima, attestava chiaramente un addome acuto. Per di più alle ore 18 e 47 si era verificato l'episodio di ematemesi, che ulteriormente confermava tale diagnosi.

In base a questi elementi il giudice di primo grado ravvisava la colpa degli imputati. Quanto al [REDACTED] gli rimproverava di non essere stato in grado di formulare una diagnosi corretta nonostante ECG e RX torace consentissero di escludere con sicurezza la patologia cardiaca e di non avere richiesto immediatamente una visita congiunta insieme al chirurgo, facendolo subito intervenire. Rimproverava ad entrambi gli imputati di non avere valutato l'esito dell'esame emacromocitometrico, che invece era assai significativo e che era pervenuto alle ore 18 e 57 ma non era stato esaminato da medico alcuno e di non avere adeguatamente considerato l'episodio di vomito ematico, omettendo così di disporre tempestivamente l'intervento chirurgico. Ulteriore elemento di colpa per entrambi gli imputati ravvisava nella circostanza che essi non si erano fatti carico di fornire direttamente ai colleghi che subentravano al loro posto spiegazioni del caso e della sua urgenza, dando prova di assoluta mancanza di coordinamento. A carico del dottor [REDACTED] poneva anche la condotta tenuta in ordine all'applicazione del sondino nasogastrico: se veramente vi era stato il rifiuto del paziente egli avrebbe dovuto insistere, utilizzando ogni mezzo di persuasione, per applicare un presidio di vitale importanza.

A giudizio di questa Corte, in tema di colpa professionale medica l'accertamento va effettuato in base non alle norme civilistiche sull'inadempimento nell'esecuzione del rapporto contrattuale ma a quelle penali; ciò in quanto la condotta colposa, implicante il giudizio di responsabilità penale, incide su beni primari, quali la vita o la salute delle persone e non già su aspetti patrimoniali-economici. In particolare, quando il caso non implichi problemi di speciale difficoltà, così come quando venga in rilievo la negligenza o imprudenza, non vi è dubbio che i canoni valutativi della condotta colposa non possano essere che quelli ordinariamente adottati nel campo della responsabilità penale per la causazione di danni alla vita o all'integrità fisica delle persone, con la precisazione che il medico deve sempre attenersi alla regola della massima diligenza e prudenza.

Inoltre, nel caso di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico chirurgica, sia pure svolta non contestualmente, ogni sanitario, assumendo in quanto tale un obbligo di garanzia nei confronti del paziente, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega e dal controllarne la correttezza, ponendo rimedio agli eventuali errori altrui. Inoltre ha lo specifico dovere di fare le consegne a chi gli subentra, in modo da evidenziare a costui la necessità di un'attenta osservazione e di un controllo costante dell'evoluzione della malattia del paziente che sia soggetto a rischio di complicanze.

Poste tali premesse, si ritiene che le doglianze degli imputati che censurano la impugnata sentenza dove ha ravvisato elementi di colpa nella loro condotta non siano fondate.

Da ultimo si osserva che effettivamente la cattiva organizzazione del pronto soccorso, ove il triage era affidato ad un infermiere, non può essere ascritta ai medici curanti; tuttavia il dr. , in quanto consapevole di tali carenze, avrebbe dovuto lui stesso chiedere subito e pressantemente l'intervento del sanitario più competente, senza farsi fuorviare dall'assegnazione del paziente al reparto cardiologico.

A carico dell'appellante vi è poi la mancata apposizione del sondino nasogastrico. In una patologia di addome acuto l'inserimento del sondino nasogastrico è “sostanziale, importantissimo, fondamentale” (si riportano le parole del prof. [REDACTED]). Il consulente ha spiegato che ha una funzione diagnostica ed anche terapeutica e avrebbe sicuramente evitato l'ingestione del sangue, che ha poi causato la morte del paziente. Lo stesso imputato dimostra di condividere tale valutazione, dichiarando di averne disposto l'inserimento. Di fatto però l'apposizione del sondino non vi è stata; secondo l'appellante, confermato sul punto dal teste [REDACTED], il paziente l'aveva rifiutata. Tuttavia vi sono dei dubbi in ordine a tale rifiuto, perché non è stato annotato sulla cartella clinica, come avrebbe invece richiesto la rilevanza di tale scelta.

Comunque, anche se si vuole dare credito al dr. [REDACTED], gli deve essere però rimproverato di non avere in alcun modo spiegato all'[REDACTED] l'importanza e l'utilità del sondino e di non averlo reso edotto delle conseguenze della mancata apposizione, fra le quali appunto il vomito che gli ha procurato la morte. Mentre vi è da credere che se lo avesse fatto questi ne avrebbe accettato di buon grado l'inserimento.

Si aggiunga che nessuno dei sanitari ha provveduto a rendere edotti i colleghi delle condizioni [redacted], né ha cercato informazioni presso di loro. E così il dr. [redacted] non ha fornito informazioni al dr. [redacted] né questi ha contattato il sanitario che l'aveva preceduto. A sua volta il dr. [redacted] non ha spiegato l'urgenza del caso ai chirurghi subentratigli, che pertanto hanno perso altro tempo, dalle 20 e 30 al momento della morte del paziente.

L'appellante afferma di avere passato le consegne alle ore 20 e 30 al dr. [redacted], informandolo sul caso.

In realtà il teste [redacted] ha riferito di essere stato lui a riconsegnare l'Alessandrini al pronto soccorso chirurgico, riportandolo dalla radiologia e ad affidarlo ai medici subentranti, dr. [redacted] e [redacted], ai quali aveva riferito l'attività svolta dal dr. [redacted]. Dunque era stato l'infermiere e non il medico a rendere edotti i sanitari subentranti.

CONCLUSIONI

Visto l'art. 605 c.p.p.,

in parziale riforma della sentenza del Giudice del Tribunale di Milano in data 11.1.20 [REDACTED]
appellata dagli imputati , riduce la pena inflitta a [REDACTED] a mesi 6 di reclusione;
conferma nel resto e condanna [REDACTED] al pagamento delle spese processuali.

