



### **Corte di cassazione penale** **sentenza 9739/05 del 11/03/2005**

---

Cassazione, sez. IV penale, sentenza 1 dicembre 2004-11 marzo 2005, n. 9739

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

QUARTA SEZIONE PENALE

Svolgimento del processo

Con sentenza in data 3 luglio 2000 del tribunale di Bari in composizione monocratica, D. Antonio, G. Giuseppe, L. Annalinda, P. Dora e C. Damiana venivano assolti con la formula "perché il fatto non sussiste" dal reato di cui agli articoli 113, 589 Cp loro ascritto perché "per colpa, consistita in imprudenza, negligenza ed imperizia, cagionavano la morte di S. Michele, avvenuta in Bari il 7 novembre 1995, per arresto cardiocircolatorio terminale in soggetto affetto da shock infettivo a ipavolemico" ed in particolare "il G. quale medico di guardia interdivisionale (dalle ore 20 del 6 novembre 1995 alle ore 8.00 del 07 novembre 1995) presso l'istituto Policattedra di chirurgia d'urgenza, chirurgia plastica e chirurgia ricostruttiva dell'Università di Bari-Policlinico, la L. quale medico tirocinante nel reparto di chirurgia plastica (presente nel corso dello stesso turno), la P. e la C. quali infermiere professionali presso il citato reparto nello stesso turno, omettevano di controllare i parametri vitali del paziente S. Michele. Il ricoverato a seguito di ustioni di primo e secondo grado e sottoposto a due interventi chirurgici

(il primo di escarectomia della regione posteriore delle cosce e riparo con innesti dermo-epidermici, effettuato il 4 ottobre 1995 ed il secondo di escarectomia tangenziale delle gambe e della regione lombare, riparata con innesti cutanei prelevati dagli arti superiori e dai glutei, eseguito il 6 novembre 1995 dalle ore 17.00 alle ore 21.00), che evidenziavano lo stato di shock, omettendo conseguentemente di intervenire tempestivamente e rendendo pertanto irreversibile la sindrome in atto che conduceva alla morte; il D., quale chirurgo che aveva eseguito l'intervento del 6 novembre 1995, per aver posto in essere le condizioni che causarono l'esito infausto dell'intervento, omettendo tra l'altro di chiedere una preventiva consulenza anestesiologicala, e per aver omesso da un lato di tenere anch'egli sotto diretto controllo il decorso post operatorio del paziente, nonostante si fosse in presenza di un intervento delicato e di urgenza, e dall'altro, di vigilare affinché il personale medico e peramedico del turno sopra indicato controllasse i parametri vitali del S.”.

Il Tribunale, premesso che il capo di imputazione non spiegava neppure in che modo ed in quale misura l'omesso controllo dei parametri vitali avesse esplicato efficienza causale sull'evento, perveniva alla assoluzione di tutti gli imputati in forza della considerazione che mancava qualsiasi prova del necessario nesso eziologico tra la condotta omissiva contestata ai medici ed infermiere ed il decesso del paziente affidato alle loro cure.

Avverso detta sentenza proponevano rituale e tempestivo appello il Pg ed il patrono delle parti civili costituite, svolgendo motivi di doglianza in parte comuni e chiedendo la riforma della impugnata sentenza.

Nel corso del battimento di secondo grado veniva disposta perizia medico legale intesa ad accertare quali erano state le cause della morte del S. e se tempestivi ed appropriati interventi terapeutici avrebbero potuto evitarne la morte; i periti venivano autorizzati ad acquisire il "diario infermieristico" della notte del decesso e dei giorni immediatamente precedenti e successivi che però non fu possibile ottenere. Acquisita la documentazione depositata dalle parti e sentiti i periti ed i consulenti di parte, la Corte di appello pronunciava sentenza con cui riconosceva la responsabilità di D. Antonio, G. Giuseppe, P. Dora e C. Damiana, condannandoli, in concorso di attenuanti generiche, alla pena di mesi quattro di reclusione ciascuno, oltre che al risarcimento dei danni in favore delle parti civili alle quali assegnava una provvisoria ed al rimborso delle spese di lite. Assolveva L. Annalinda per non aver commesso il fatto.

La Corte ricostruiva con precisione la sequenza degli avvenimenti che precedettero il decesso del S. ponendo maggiore attenzione a quanto si era verificato dopo il secondo intervento operatorio, atteso che fino ad allora il trattamento del paziente era risultato regolare. Il S., di anni 46 era stato ricoverato a seguito di un infortunio domestico nel quale riportò ustioni estese a circa il 50% della superficie corporea e sottoposto in data 4 ottobre 1995 ad un primo intervento chirurgico, e ad un secondo, quello in esame, il 6 novembre 1995; a tale secondo intervento era giunto in condizioni sostanzialmente buone tanto che l'anestesista che lo visitò giudicò che l'intervento avesse un grado di rischio inferiore a quello precedente. L'operazione ebbe luogo nel pomeriggio, con inizio alle 17.15 e fine alle 20.20 (ora della estubazione); tutto si svolse regolarmente ed all'esito l'anestesista ordinò di eseguire un controllo radiografico del torace e gli esami urgenti post operatori all'arrivo in reparto: controllo ed esami che non vennero prontamente eseguiti. Il D. prescrisse una terapia farmacologica, tramite flebo, che non venne

compiutamente somministrata (solo una flebo risulta essere stata effettuata e neanche completata); non venne effettuato alcun controllo del polso, pressione e temperatura.

Nel corso della notte le due donne più volte sollecitarono il personale paramedico, dapprima segnalando che il gocciolamento della flebo era lento, che dopo il precedente intervento era stata fatta una trasfusione ematica ed erano stati somministrati più liquidi per via venosa ed albumina, poi richiamando l'attenzione sul fatto che il paziente accusava brividi, sudorazione e conati di vomito nonché sulla scarsità di urine contenute nella sacca, rimasta immutata dal momento in cui il paziente era stato riportato in reparto; esse sollecitavano anche l'intervento di un medico, ma sempre ricevendo risposte volte ad assicurare la regolarità del decorso post operatorio e il suggerimento di aumentare le coperte (fino a giungere a otto) e di inumidire le labbra del paziente. Verso le sei del mattino la moglie del S. misurava la temperatura corporea del marito, che ad una prima misurazione risultava di 36 gradi e poco dopo di 35. Nel frattempo era giunta la L. (medico tirocinante) che controllò il ritmo cardiaco del S. e cercò di tranquillizzare la donna, ma il paziente continuava a peggiorare fino a che verso le sette le infermiere del nuovo turno trasferirono il paziente nel reparto rianimazione; solo allora sopraggiunse il medico di guardia interdivisionale, dott. G.. Dalla cartella del reparto rianimazione risulta che il paziente vi giunse "collassato, cute pallida e sudata, polsi periferici e centrali non apprezzabili, diuresi contratta, in coma, non risponde agli stimoli verbali, risponde in maniera incoordinata agli stimoli nocicettivi". Alle otto del mattino, nonostante i tentativi per rianimarlo, avveniva l'exitus del paziente per collasso cardiocircolatorio irreversibile.

La Corte dava atto di aver effettuato tale ricostruzione sulla base delle dichiarazioni della moglie del S., che durante la notte era stata costantemente al suo fianco, e della teste Tarantini Rosetta, infermiera professionale, amica di famiglia, che delle 21.30 del 6 novembre alle 5.45 circa della mattina successiva si era unita alla moglie nell'assistenza del S., dichiarazioni ritenute pienamente attendibili sia per la loro precisione e concordanza, sia perchè confermate dalle annotazioni della cartella clinica redatta al momento del ricovero del S. in rianimazione, in assenza di un diario infermieristico, mai acquisito od esibito, nonostante l'espressa autorizzazione ottenuta dai periti non poteva dunque darsi credito a diverse allegazioni difensive.

### I ricorsi

Antonio D. denuncia vizio di motivazione in ordine alla affermazione di responsabilità basata solo

sul fatto di non aver impartito ferree disposizioni scritte o orale al personale medico o paramedico cui il paziente veniva affidato, in ordine alla gestione post operatoria. La stessa sentenza dà atto che egli ha bene adempiuto l'intervento operatorio; di quanto avvenuto successivamente – del "deserto assistenziale" riscontrato dalla sentenza – egli non può e non deve essere chiamato a rispondere; la situazione critica per il paziente nasce nel reparto di terapia intensiva, dopo che il D. ha esaurito il suo compito e pertanto l'adempimento del proprio obbligo di protezione; tutte le (eventuali) macroscopiche, a dire della corte, inadempienze verificatesi in quel reparto sono assolutamente autonome e da valutare autonomamente in quanto facenti capo a soggetti cui l'obbligo di garanzia era stato trasferito, interrompendo il

nesso di causalità rispetto a quanto verificatosi (correttamente) sino a quel momento; non vi è prova che le disposizioni sarebbero state osservate; la stessa Corte avrebbe riconosciuto che altri erano i soggetti che avevano il dovere di protezione e sorveglianza del paziente e cioè il personale del reparto di terapia intensiva dove il paziente era stato trasferito all'esito dell'intervento operatorio, reparto dove la sorveglianza avrebbe dovuto essere adeguata per definizione. Non sussiste dunque nesso causale tra il comportamento del D.e l'evento, atteso che se colpa vi fu questa è solo del personale del reparto. Peraltro nessun rapporto di causalità poteva dirsi regolarmente accertato in assenza di certezza sulla causa di morte.

G. Giuseppe denuncia violazione di legge e manifesta illogicità di motivazione in quanto la Corte di appello - trascurando le conclusioni dei periti che avevano ritenuto impossibile porre una affidabile diagnosi quanto a causa della morte, formulando al riguardo solo ipotesi ha ritenuto di poter addivenire ad una ricostruzione certa sulla sola base delle dichiarazioni della parte offesa, in particolare formulando nei confronti del G. un addebito colposo (omesso di controllare i parametri vitali del paziente e pertanto di intervenire tempestivamente rendendo pertanto irreversibile la sindrome in atto che conduceva il paziente a morte) che non teneva conto, da un lato, delle conclusioni della perizia secondo cui il S. al termine dell'intervento operatorio non necessitava di un controllo continuo dei parametri vitali e, dall'altro, dei compiti del medico di guardia interdivisionale, quali specificati in un documento che lo stesso Corte di appello aveva richiesto ma di cui non aveva fatto utilizzazione, compiti che sono soltanto di intervento su richiesta; è pacifico viceversa che egli non venne mai chiamato dalle infermiere.

Damiana C. denuncia illogicità o mancanza di motivazione per travisamento del fatto.

Elevata al rango di prova una mera ipotesi formulata dai periti (shock ipovolemico a seguito di un sanguinamento massivo da ulcera gastrica o intestinale) prendendo a riferimento solo i sintomi riferiti dalla parte civile M. e dalla teste Tarantini; tuttavia le due testi non avrebbero dichiarato al dibattimento quello che la Corte di appello ritiene, ed in particolare che il S. presentava nausea, sudorazione, ingravescente astenia e conati di vomito, per cui macroscopicamente sarebbe il travisamento atteso che il secondo giudice ricostruisce le cause della morte solo sulla base di tali sintomi, sintomi che però potrebbero desumersi solo dall'esposto presentato dalla M. e dalle sommarie informazioni rese dalla Tarantini, atti inutilizzabili al fine della prova. Anche l'accertamento relativo al quantitativo di urine e alle flebo effettuate sarebbe frutto di travisamento. In realtà, come gli stessi periti hanno riconosciuto, la causa della morte è rimasta ignota e da ciò deriva la impossibilità di effettuare il giudizio controfattuale; neppure è stato chiarito quale ulteriore intervento medico sarebbe stato idoneo ad impedire l'evento: l'accertamento del nesso causale non soddisfa dunque quei requisiti di certezza posti in luce dalla più recente giurisprudenza.

Dora P. denuncia difetto ed illogicità della motivazione

Le affermazioni secondo le quali il S. è stato abbandonato a sé stesso e le infermiere di turno si limitarono a tranquillizzare le due donne che lo assistevano, non facendo niente per verificare se le loro preoccupazioni avessero fondamento sarebbero smentite dalle risultanze processuali ed in particolare dal foglio termografico da cui risulta che la temperatura è stata misurata due volte e che la quantità di urina era di 300 ml; l'affermazione di essere in presenza di una diuresi

## Responsabilità del medico e dell'infermiere

Scritto da Eugenio Cortigiano  
Venerdì 08 Novembre 2013 15:50 -

---

contratta stante l'alterazione della cifra 1 in 3 era solo una mera congettura dell'estensore della sentenza; la sentenza sarebbe illogica anche nel ritenere che il personale paramedico potesse riconoscere quei sintomi che debbono essere riconosciuti dal medico. Impossibilità di ritenere accertato il nesso di causalità non conoscendosi la causa della morte.

Al dibattimento sono state depositate conclusioni dell'Avv. Prof. Fabrizio L. per D., e conclusioni e nota spese delle parti civili costituite.

Motivi della decisione

I ricorsi, pur ritualmente proposti, sono infondati.

In via preliminare mette conto escludere la intervenuta [prescrizione](#) del reato per le sospensioni intervenute nelle more del giudizio, già computate alla decorsa udienza del 2 aprile 2004, innanzi a questa Suprema Corte, con provvedimento di sospensione, in detta udienza, del termine di [prescrizione](#), infatti dette sospensioni, come quella determinata alla citata udienza del 2 aprile 2004, sono tutte imputabili alla difesa degli imputati, e determinano il non utile decorso del tempo - nella specifica ottica della [prescrizione](#) secondo l'indirizzo di queste SS.UU. 1021/01, Cremonese.

Nel merito.

Sul ricorso del D. Antonio, va innanzi tutto precisato che egli, nella qualità di capo della equipe operatoria, fu titolare di una posizione di garanzia nell'ambito della quale, secondo quanto accertato dalle precedenti sentenze di merito, risolse imprudentemente di effettuare un intervento altamente specialistico (quale quello praticato al paziente S. Michele) nell'ultimo turno pomeridiano, e così nell'approssimarsi della notte: tempo nel quale, secondo regola di comune esperienza, il presidio medico e paramedico, nei reparti ospedalieri (anche in quelli organizzati, a differenza di quello di cui qui si discute, secondo criteri accettabili), è notevolmente meno allertabile alle emergenze che non nelle ore del giorno.

Inoltre egli, concluso l'intervento, nel trasferire la sua posizione di garanzia all'unico medico di guardia che aveva sotto il proprio controllo il reparto di terapia intensiva, unitamente ad altri due reparti facenti capo all'istituto policattedra che li raggruppava, non curò di fornire le necessarie indicazioni terapeutiche e dei controlli dei parametri vitali del paziente appena operato, né si preoccupò di seguire direttamente – anche per interposta persona il decorso post operatorio. Si che il S., abbandonato a sé stesso anche per il disinteresse sia dell'unico medico di guardia notturno, sia del personale paramedico del tutto professionalmente incapace ed assente, e sia persino della medico tirocinante dello specifico reparto ove il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico, si spense rapidamente a causa di un certo shock ipovolemico seguito a sanguinamento massivo da ulcera gastrica o intestinale, e del probabile e conseguente instaurarsi di un'ulcera sanguinante forse anche seguita da perforazione.

Il ricorrente ha denunciato l'adozione di un criterio probabilistico nella individuazione della causa

## Responsabilità del medico e dell'infermiere

Scritto da Eugenio Cortigiano  
Venerdì 08 Novembre 2013 15:50 -

---

dell'evento, e dunque una violazione dei canoni della più recente giurisprudenza di questa Corte a SS.UU. (la pronuncia Franzese dei 30328/02). Per contro deve invece farsi rilevare che la Corte si è espressa nei seguenti termini: "...le cause della morte sono state indicate, con apprezzabile grado di assoluta verosimiglianza, scientificamente ancorato ai dati clinici desunti dalla documentazione sanitaria acquisita. In uno shock ipovolemico a seguito di sanguinamento massivo da ulcera gastrica o intestinale"; ed ha anche indicato i dati oggettivi sui quali la detta ipotesi, formulata dai periti, è stata ritenuta fondata (quali le possibili cause dell'instaurarsi di tale ulcera). Gli stessi giudici hanno indicato il versamento endocavitario ed il conseguente shock ipovolemico, dato caratterizzato da "assoluta fondatezza", partendo, tra l'altro, dai precedenti valori ottimali di ematocrito (35% prima dell'intervento).

La mancata pratica della terapia indicata dall'operatore, consistente in 1500 cc di liquidi nel corso della notte, della terapia farmacologia prescritta, e degli altri presidi tempestivamente praticabili, solo che fossero stati svolti gli accertamenti "urgenti" prescritti dall'anestesista, o ritenuti necessari dal controllo medico che in alcun modo può mancare nella fase post operatoria di un intervento talmente delicato, sarebbero stati tali da certamente evitare l'evento al quale si è pervenuti attraverso un iter che la Corte di merito ha descritto e qualificato come di totale abbandono. E ciò solo che l'imputato avesse "eletto", al fine di trasferire la propria posizione di garanzia, in maniera adeguatamente oculata i soggetti che avrebbero dovuto seguire poi il decorso post operatorio del paziente, nella immediatezza del suo ritorno in reparto, e nelle seguenti ore della notte.

Può dunque affermarsi che, nel caso del dottor D. il rimprovero di non aver usato il comportamento conseguente alla delicatissima posizione di garanzia che gli era propria, in vista della fase post operatoria, trasferendo tale posizione ad un reparto che egli sapeva (o avrebbe dovuto sapere) affidato solo a personale paramedico (indipendentemente dalla competenza diligenza e scrupolo che costoro possedessero) certamente non in grado di far fronte all'assistenza di pazienti appena sottoposti ad interventi di alta chirurgia, ed ad un medico di guardia per contratto disponibile solo dietro chiamata o "a richiesta", è stato ineccepibilmente motivato.

Infatti, in tali condizioni, si può dire che egli ha abbandonato il paziente a sé stesso, avendo la piena consapevolezza di tale abbandono.

Che poi, da tale situazione di abbandono sia derivata la incredibile mancata pratica delle cure e somministrazioni di liquidi che lo stesso primario aveva ordinato, e che da questa sia derivato il progressivo deterioramento delle funzioni vitali del paziente che, avendo perduto già plasma durante l'intervento (1000 ml), ne continuava a perdere per sanguinamento da ulcera, sino a pervenire allo shock ipovolemico, è fatto che risulta chiaramente attraverso la ricostruzione della dinamica degli eventi caratterizzata dalla totale assenza di assistenza e controllo del malato, pur in presenza di numerose segnalazioni di dati allarmanti sul decorso post operatorio, da parte della moglie e dell'amica di famiglia che ne seguirono impotenti il percorso verso l'irreparabile. Ma di tali successive e gravi omissioni il ricorrente non può valersi quale scusante della propria condotta omissiva, in quanto vale qui la regola sempre affermata da questa Suprema Corte e secondo la quale chi versa in colpa non può invocare a propria scusante la condotta colposa altrui.

In materia, per altro, il condiviso orientamento di questa Suprema Corte è nel senso che gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti "ex lege" portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articolo 2 e 32 Costituzione nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro. (Cassazione penale, Sezione quarta, 2 marzo 2000 n. 9638, Troiano). Sì che correttamente la Corte di merito ha ritenuto che il ricorrente non abbia adempiuto al proprio obbligo nei termini di cui innanzi.

Sul nesso eziologico, ritiene questa Corte integrare sufficientemente l'obbligo della motivazione imposto al Giudice di merito la sua individuazione nella mancata esecuzione della radiografia del torace e degli accertamenti prescritti dall'anestesista, nella mancata indicazione delle necessarie disposizioni "scritte ed orali" al personale medico e paramedico cui il paziente veniva affidato nella fase post-operatoria, tanto che nulla di tutto ciò fu praticato al S. né nell'immediato e nemmeno nel corso di tutta la notte.

Da tali omessi controlli e terapie, conseguirono le insorgenze che condussero a morte il paziente. Omissioni imputabili innanzi di ogni altro al D., a titolo di colpa integrata dal connotato della imprudenza e della negligenza. Ove tutto ciò non fosse stato omesso, deduce la impugnata sentenza, l'evento si sarebbe evitato.

La sentenza de qua ha inoltre bene evidenziato che, per altro, egli sapeva bene che - come prima già indicato - la sua posizione di garanzia non veniva trasmessa a personale sanitario idoneo a riceverla (e pertanto con culpa in eligendo), ed anzi che veniva trasferita praticamente a nessuno.

Tale condotta è stata ritenuta idonea a determinare nel paziente quella ulteriore perdita di liquido ematico che, sommata alla perdita subita durante l'intervento, ed in assenza di reintegrazione di liquidi, di terapia alcuna e di controllo medico, ha determinato il progressivo scadimento delle complessive condizioni vitali del S. che, solo dopo un tempo individuato attorno alle sei e trenta del mattino (ora fino alla quale è stata ritenuta la possibilità di un intervento idoneo a salvare la vita del paziente) è divenuto irreversibile. Da qui la corretta contestazione della cooperazione colposa con il medico di guardia e con il personale infermieristico, i quali tutti hanno inserito una condotta parte, utile elemento ai fini della determinazione dell'evento; né sembra del tutto peregrina la critica alla sentenza, di qualche difensore, in sede di discussione, secondo cui non riesce comprensibile come sia stata assolta la specializzanda dott. L., rimasta nel turno notturno a presidiare il reparto in relazione proprio ai compiti specifici del dott. D., presso il cui reparto la stessa svolgeva la sua attività, la quale, informata dalla moglie del paziente del peggioramento delle condizioni del marito, non si attivò personalmente con adeguate iniziative, nella sua qualità di medico, non chiamò il medico di guardia, e nemmeno controllò il (non) normale funzionamento della flebo e la (mancata) assunzione delle cure anche farmacologiche prescritte dall'anestesista e dal suo stesso direttore al momento di rinviare il S. al reparto di terapia intensiva.

Quanto alla impugnazione proposta dal D., pertanto- assorbita in quanto precedentemente osservato ogni ulteriore considerazione critica formulata nell'interesse del ricorrente - il ricorso

## Responsabilità del medico e dell'infermiere

Scritto da Eugenio Cortigiano  
Venerdì 08 Novembre 2013 15:50 -

---

dove essere ritenuto infondato in ogni sua parte, al limite della inammissibilità, e deve essere pertanto integralmente rigettato.

Non diversa sorte può avere il ricorso del dottor G..

Deve infatti qui ricordarsi l'insegnamento di questa Corte, riferito innanzi in ordine alla posizione del Dottor D., secondo il quale (vale la pena ricordarlo) gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti "ex lege" portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articolo 2 e 32 Costituzione, nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità - l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro. (Cassazione penale, Sezione quarta, 9638/00, Troiano)

Egli ritorna a porre in discussione, con il suo ricorso, la causa mortis, a suo parere imperscrutabile per la (certo assai colpevole) mancata esecuzione del dovuto esame autoptico sul cadavere

E tuttavia, come detto qui prima, in relazione alla posizione del Dottor D., tale causa della morte è stata individuata dalla Corte di merito in maniera del tutto inequivoca e categoricamente addossata alla responsabilità degli imputati, fra i quali spicca il ricorrente per la totale sua assenza di controllo dovuto, a giudizio di questa Corte, nei termini e per le previsioni normative indicate nella prima riferita pronuncia ad inizio di turno e poi durante tutto il corso della notte. E ciò, indipendentemente dai suoi obblighi contrattuali.

Senza ritornare a valutare gli esiti peritali poichè questa Corte non deve effettuare incursioni negli atti probatori, limitandosi solo ad esaminare gli atti impugnati e gli atti d'impugnazione onde valutare la coerenza logica dei primi, e la capacità di questi a resistere alle critiche di ricorso (Sezione Prima, 10 febbraio 2000, n. 94). basta osservare che, proprio in applicazione dei principi costituzionali indicati dalla pronuncia n. 9638/2000 di questa Corte, ed in considerazione, dunque, della tenerezza del medico, cui era affidato il reparto, di previamente informarsi quanto meno delle situazioni di emergenza esistenti al momento della sua assunzione di responsabilità e di garanzia (e certamente tale era quella della persona offesa per le ripetute ragioni connesse alla delicatezza del subito intervento ed alla necessità di ~re seguito con attenzione particolare nella delicatissima fase post operatoria), il ricorso alla clausola contrattuale che avrebbe configurato il suo obbligo di intervento su chiamata (e poi, chiamata da parte di chi, nel caso di specie?) è del tutto privo di rilievo, come la corte di merito ha ritenuto, pronunciando nei confronti di costui sentenza di condanna per le ragioni ivi spiegate secondo convincente, ragionevole e condivisa motivazione. n~j A pag. 21 di sentenza, infatti, la Corte di merito evidenzia come fu proprio a causa' ... del notevole intervallo di tempo trascorso fra la comparsa di quei sintomi che avrebbero imposto, se doverosamente rilevati, l'instaurazione di una idonea terapia, ed il momento dell'irreversibile aggravamento verificatosi dopo le ore 6,30 .." che ebbe a verificarsi l'evento, specie in considerazione del fatto che l'essere il paziente affidato ad una struttura "di altissimo livello operativo (istituto policattedra di terapia di urgenza del Policlinico di Bari)" avrebbe dovuto consentire che, praticati nei tempi congrui gli interventi farmacologici e chirurgici appropriati, fosse evitato l'evento. E conclude: "non ricorre nel caso di specie. in base all'evidenza disponibile, alcuna incertezza, alcun



ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante dell'omissione degli imputati..."

Nel suddetto modo appare dunque integrata, e in termini di ipotesi controfattuale, e in termini di "formula logica" (SSUU Francese, 2002), la responsabilità, fra gli altri, anche del dottor G..

Né vale il ricorso agli obblighi contrattuali, attesa la posizione di garanzia specifica che ogni medico (o paramedico) ha nei confronti dei pazienti a lui affidati, e che deve espletare nel rispetto dei principi

costituzionali di cui agli artt 2 e 32, così come già più volte affermato da questa Suprema Corte (una

posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; l'obbligo di protezione perdura come già precisato per l'intero tempo del turno di lavoro. [Cassazione penale, sez. IV, 2 marzo 2000, n. 9638, Troiano).

Qui, dunque, non è questione di obbligo contrattuale di natura privatistica (a amministrativistica), ma dell'esser venuto meno, il dottor G., al pari degli altri, all'esatto adempimento del debito di garanzia dovuto nei confronti del S., mediante la condotta che gli è stata contestata, e che è stata di poi accertata nei termini di cui in sentenza, esenti da qualsiasi vizio logico, oltre che anche genericamente giuridico, in funzione di un iter argomentativo del tutto ragionevole e convincente.

Inammissibili sono poi le censure all'accertamento di fatto che i secondo Giudici hanno ritenuto, a seguito della considerazione degli esiti peritali; e questo per le ragioni di cui l'insegnamento costante e condiviso di questa stessa Corte, a mente del quale nel giudizio di legittimità non è deducibile il vizio di travisamento del fatto inteso come ipotesi di contrasto fra le argomentazioni del contesto motivazionale e gli atti processuali, sicché il controllo demandato alla Corte di Cassazione ... non può esplicarsi in indagini extratestuali dirette a verificare se i risultati dell'interpretazione delle prove, costituenti i dati fondanti della decisione, siano effettivamente corrispondono alle acquisizioni probatorie risultanti dagli atti del processo (Sezione Prima, 10 febbraio 2000 n. 94). Né scusante è che gli infermieri non abbiano mai richiesto, durante la notte, il suo intervento, essendo dovere e scrupolo di un medico, cui è affidato un reparto (specialmente quando si tratti di una unità dai compiti evidentemente di speciale delicatezza, quale quella di terapia intensiva in questione) quello di prendere immediata visione, raccogliendo la posizione di garanzia che gli viene trasferita al momento della sua presa in carico del reparto, delle specifiche situazioni degli ammalati, a partire dalle situazioni più delicate (e non se ne immagina una più critica di quella presentata dal S., in fase immediatamente post operatoria a seguito della storia chirurgica di cui in sentenza), e dunque assicurandosi della corretta instaurazione delle terapie prescritte o ritenute necessarie, seguendo di persona l'evolversi della situazione fino al cessare della condizione di rischio.

Obbligo e scrupolo cui il dottor G. come affermato in sentenza è stato ben lontano dal corrispondere.

## Responsabilità del medico e dell'infermiere

Scritto da Eugenio Cortigiano  
Venerdì 08 Novembre 2013 15:50 -

---

Per quanto detto, ed assorbita ogni altra considerazione, la infondatezza del ricorso conduce alla declaratoria di rigetto dello stesso.

A non diversa soluzione deve pervenirsi a seguito dell'esame del motivo presentato dalle infermiere P. e C.

Anche costoro hanno contestato l'addebitabilità di ogni responsabilità a loro, attesa la incertezza in ordine alla causa mortis del paziente, per la mancata perizia autoptica.

Tuttavia, l'accertamento svolto in sentenza sulla base delle perizie fondate sulla ricostruzione storica del fatto, non consente alcuna rivisitazione del giudizio di fatto che, per le ragioni qui prima dette e ripetute, non si presta a censure in ordine all'ordito argomentativo dello specifico decusum.

Certo è che il S. è morto perché non solo 'non tempestivamente « ma mai, durante l'intero arco della notte (quasi dodici ore dal suo rientro in reparto dopo l'intervento chirurgico, e fino al momento in cui le sue condizioni fisiche sono irrimediabilmente precipitate) costoro raccolsero, come era loro preciso dovere, le preoccupazioni reiteratamente ed in maniera allarmata prospettate dalla moglie del paziente e dall'infermiera, amica di famiglia, che insieme a costei trascorse quelle ore attendendo inutilmente che qualcuno comprendesse ciò che a loro appariva e non vi era certa necessità di specifica competenza il gravissimo evolversi della situazione.

La Corte ha sottolineato, attraverso il riferimento alle parole "tranquillanti" di costoro (innanzi alla esposizione dei sintomi su cui è inutile tornare, tanto essi sono chiari anche al di là di qualunque più elementare nozione di esperienza medica o paramedica) quale sia stata la condizione di totale assenza di qualsiasi apporto venuto da detto personale, se non l'aver fornito otto coperte per far fronte alla crisi ipotermica di una persona, il S. che si stava totalmente dissanguando e disidratando, Nemmeno hanno avvertito lo scrupolo di chiamare il dottor G. che intanto stazionava nella propria stanza, secondo contratto.

In particolare la P., con il suo ricorso, percorre criticamente la ricostruzione degli eventi delle ore notturne, in chiave alternativa rispetto a quella di cui in sentenza. Ma ciò non è consentito nella presente sede di legittimità, per la ben nota preclusione rispetto ad ogni rivisitazione del merito (già qui prima evidenziata) a condizione che l'apparato argomentativo non presenti incongruità, così come non ne presenta la sentenza sottoposta dunque a non puntuale ed utile critica, per quanto fin qui evidenziato.

Altrettanto fa la C., sempre prendendo lo spunto dalla incertezza sulle cause della morte del paziente (incertezza che la sentenza non manifesta), per denunciare quindi mancanza di nesso causale, difetto di prova in ordine alla responsabilità, vizio di motivazione e travisamento del fatto.

Ma, posto che sul nesso di causalità - anche con specifico riferimento alla posizione di costei - la Corte di merito ha detto in maniera ineccepibile (e la "anonima correzione" - meglio sarebbe parlare di falsificazione della cifra relativa alla quantità di urine contenute nella sacca al

## **Responsabilità del medico e dell'infermiere**

Scritto da Eugenio Cortigiano  
Venerdì 08 Novembre 2013 15:50 -

---

momento del precipitoso ed inutile trasferimento del paziente al reparto rianimazione, praticamente già privo di vita, è ulteriore prova della grave omissione posta in essere dal personale infermieristico e del tentativo di "ripararvi" in chiave difensiva), ogni altra alternativa lettura degli elementi probatori valutati (o anche non valutati perché implicitamente ritenuti inconducibili) non può costituire argomento d'impugnazione in sede di legittimità.

Anche tale ricorso, prevalentemente in fatto, non può trovare l'atteso riscontro censorio, e deve rigettato anche a ragione della sua pressoché manifesta infondatezza.

Al rigetto dei ricorsi di tutti gli imputati segue la condanna di costoro, in solido, alle spese.

PQM

Visti gli articoli 615 e 616 Cpp, rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali. Li condanna altresì al pagamento in solido delle spese civili del giudizio di Cassazione in favore delle parti civili M. Anna Maria, S. Pierpaolo e S. Caterina, liquidandole in complessivi euro 6.000,00 (comprese le spese).

Così deciso in Roma, addì 1 dicembre 2004.

DEPOSITATO IN CANCELLERIA 11 MAR. 2005.