

Penale Sent. Sez. 4 Num. 32477 Anno 2019

Presidente: IZZO FAUSTO

Relatore: ESPOSITO ALDO

Data Udienza: 19/02/2019 DATA PUBBLICAZIONE 22/7/19

### SENTENZA

sui ricorsi proposti da:

██████████ nato a ██████████ il 12/01/1952

██████████ STEFANIA nato a ROMA il 19/01/1967

██████████ nato a ██████████ il 19/01/1968

avverso la sentenza del 04/10/2017 della CORTE APPELLO di ROMA

Il Proc. Gen. ██████████ all'udienza del 29/01/2019 concludeva per l'inammissibilità del ricorso per ██████████ e per ██████████ e chiedeva per ██████████ l'annullamento con rinvio della sentenza impugnata al giudice civile competente.

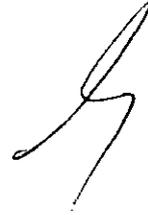
Era presente l'avvocato ██████████ NO del foro di ROMA sia in difesa delle parti civili da lui rappresentate che in qualità di sostituto processuale dell'avvocato ██████████, difensore della parte civile ██████████ e dell'avvocato ██████████, difensore della parte civile costituita CITTADINANZATTIVA Lazio Onlus, entrambi del foro di Roma come da nomina art. 102 c.p.p. depositata in udienza.

L'avvocato ██████████ I concludeva chiedendo la conferma della sentenza impugnata con il conseguente rigetto di tutti i ricorsi depositando altresì conclusioni e nota spese anche

Corte di Cassazione - copia non ufficiale



ROMA difensore di [REDACTED], l'avvocato [REDACTED] EA del Foro di ROMA,  
che deposita nomina a sostituto processuale dell'avv. [REDACTED] GIOVANNI del foro di  
COSENZA difensore di [REDACTED] IA, l'avvocato [REDACTED] del foro di  
ROMA in difesa di [REDACTED] e l'avvocato [REDACTED] del foro di  
ROMA difensore delle PARTI CIVILI.



Corte di Cassazione - copia non ufficiale

### RITENUTO IN FATTO

1. Con la sentenza in epigrafe la Corte di appello di Roma ha confermato la sentenza del Tribunale di Roma dell'8 ottobre 2014, con cui ~~.....~~ e ~~.....~~ erano stati condannati alla pena, condizionalmente sospesa, rispettivamente, di anni uno e mesi quattro, mesi dieci e mesi otto di reclusione per i reati loro ascritti di cui all'art. 589 cod. pen. nonché al risarcimento dei danni nei confronti delle parti civili (omicidio colposo di ~~.....~~ commesso da ~~.....~~ e cooperazione colposa in tale delitto degli altri due imputati - in Roma il 7 aprile 2010).

L'imputazione a carico di ~~.....~~ consiste nell'aver cagionato la morte di ~~.....~~, agendo in violazione dei doveri di prudenza, diligenza, perizia ed osservanza dei protocolli sanitari su di lui gravanti quale esercente della professione medica, nei sensi di seguito descritti:

1) avvio della paziente su indicata al parto gemellare senza monitorare puntualmente e dunque trascurando le condizioni di una delle due placente, già risultata previa marginale all'esame ecografico del 17 dicembre 2009;

2) avvio della paziente al parto cesareo, senza monitorare puntualmente e dunque trascurando le condizioni di anemia già emerse a seguito degli esami effettuati il 27 marzo 2010 e confermate anamnesticamente dalle riferite perdite successive;

3) avvio della paziente al parto cesareo presso la struttura sanitaria di I livello denominata Villa ~~.....~~, priva di emoteca e comunque inadeguata alla gestione di tale intervento e delle possibili complicanze su una gestante ad alto rischio a causa della gemellarità, dell'obesità, dei partì pregressi e delle ulteriori condizioni di rischio su indicate;

4) omessa installazione di un drenaggio nel cavo pelvico per il monitoraggio della perdita ematica, che di fatto proseguiva in modo abbondante e non visibile (profilo di colpa escluso dal Tribunale);

5) tardivo invio della paziente in una struttura attrezzata (ospedale S. Camillo), quando la stessa ormai versava in condizioni disperate per lo shock emorragico, trovando la morte nelle ore successive.

Sono altresì imputati a titolo di cooperazione colposa nel predetto delitto:

a) ~~.....~~, anestesista, per l'intervento nel parto cesareo, senza disporre di dati aggiornati e senza predisporre un'adeguata scorta di sangue, così trascurando i fattori di rischio sopra indicati e determinando un ritardo nella terapia trasfusionale conseguente alla letale emorragia della paziente;

b) ~~.....~~, direttore sanitario della Casa di Cura ~~.....~~, per mancata applicazione della Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute del 31 marzo 2008

*de*

*S*

per la prevenzione del decesso materno: per il mancato impedimento dell'effettuazione di parti cesarei nella Casa di Cura, priva dei requisiti strutturali per gestire le possibili complicanze *post partum*; per l'omesso stoccaggio in sala parto di sacche di emazie o di plasma proporzionato al numero dei parti assistiti; per l'accettazione di gestanti, senza previsione di adeguate procedure, in assenza di un sanitario di riferimento senza preventiva valutazione del diario clinico; per l'omessa organizzazione di periodiche esercitazioni per il trattamento delle emergenze *post partum*.

2. La Corte di appello ha confermato la sentenza di primo grado.

2.1. In ordine alla questione di nullità della sentenza di primo grado dedotta dalla difesa di [REDACTED], la Corte capitolina ha osservato che la richiesta di rinvio dell'udienza del 21 ottobre 2013, per assoluto impedimento dell'imputato derivante dall'esigenza di sottoporsi a trattamento emodialitico, era intempestiva. Il fatto impeditivo era già conosciuto sin dall'udienza del 2 luglio 2013. Già in data 13 marzo 2013, infatti, la suddetta patologia cronica era stata dedotta dal difensore per ottenere un rinvio dell'udienza, per cui, all'udienza del 2 luglio 2013, il difensore avrebbe potuto rappresentare detta situazione e sollecitare la trattazione in una data diversa.

[REDACTED], trentacinquenne all'epoca del fatto, versava in stato di gravidanza gemellare alla trentasettesima settimana di gestazione. Si trattava della terza gravidanza e le precedenti si erano concluse con parto cesareo effettuato da [REDACTED]. La paziente era ricoverata presso la clinica "[REDACTED]" alle ore 19.00 del 6 aprile del 2010.

La mattina successiva era effettuato il parto con inizio alle ore 9.40 e dava esito di estrazione di due feti vivi alle ore 9.48.

All'apertura delle pareti viscerali, [REDACTED] rilevava la condizione di placenta percreta ed estraeva i due feti e, dopo un tentativo di secondamento manuale, procedeva ad isterectomia sub totale, chiedendo la collaborazione del dr. [REDACTED], primario del reparto.

Completato l'intervento demolitore alle ore 10.30 ed effettuate alcune trasfusioni di sangue, [REDACTED] chiedeva il trasferimento presso un'unità di rianimazione e l'intervento del 118. Alle ore 13.40, giungeva un'ambulanza, che poi faceva ingresso alle ore 14.05 all'Ospedale S. Camillo con diagnosi di "shock emorragico dopo parto gemellare ed isterectomia".

Alle ore 14.25, erano effettuate una laparotomia esplorativa e delle manovre di rianimazione, ma alle ore 15.32 i sanitari attestavano il decesso della paziente.

La Corte territoriale ha evidenziato il ruolo centrale di [REDACTED], medico curante, che aveva assistito [REDACTED] in occasione dei precedenti parti e che conosceva i fattori di rischio caratterizzanti la gravidanza e, cioè, l'obesità, la gemellarità e i cesarei pregressi.

In base al controllo ecografico del 17 dicembre 2009, [redacted] constatava la presenza di "due placente, entrambe anteriori, una in prossimità del fondo per il II gemello ed una a inserzione bassa per il I gemello (previa marginale) meritevole di controllo ecografico e clinico nel tempo". La possibile allocazione patologica della placenta avrebbe dovuto formare oggetto di espressa verifica nei mesi successivi. Secondo i consulenti del pubblico ministero, le negligenze consistevano nel non aver redatto referti utili a valutare quelle ecografie obbligatorie rispetto a linee guida ormai codificate da tempo e nel non aver studiato adeguatamente la posizione delle due placente. Doveva escludersi l'imprevedibilità della problematica ipotizzata dalla difesa.

L'errata valutazione di placenta percreta (patologia più rara e grave sussistente in materia), ammessa dallo stesso consulente di difesa prof. [redacted], non comportava conseguenze sulle operazioni intraprese, ma condizionava la situazione inaspettata, che poteva essere fronteggiata qualora fosse stata conosciuta la situazione concreta. [redacted] sosteneva la tesi dell'assoluta regolarità delle immagini ecografiche effettuate nel suo studio, che a suo giudizio evidenziavano l'assenza di problemi, e di regolarità delle inserzioni placentari. Le ecografie e gli esami color Doppler avrebbero potuto evidenziare la patologia suindicata; le accurate diagnosi, se effettuate, avrebbero consentito una migliore conoscenza della situazione concreta.

Emergeva la responsabilità di [redacted] in relazione alla pregressa condizione di anemia di [redacted], essendo stati accertati, durante lo stato di gravidanza, valori bassi di emoglobina in costante discesa, non ascrivibili ad una microcitemia e, cioè, ad una stabile insufficienza di globuli rossi. La perdita di ben tre litri di sangue da parte di [redacted] (di molto superiore a quella ordinaria di un litro) non consentiva di ritenere tranquillizzante ed esauriente la situazione risalente ad undici giorni prima.

Natoli conosceva appieno le ragioni di rischio dell'intervento, avendo seguito tutta la gestazione e potendo agevolmente esaminare la documentazione clinica custodita presso la clinica. Avviava un intervento chirurgico in condizioni di non piena conoscenza delle condizioni della paziente e sottovalutava il rischio, perché, in casi in cui riscontrava l'esistenza di patologie fetali o emorragiche, avviava le pazienti ad altre strutture maggiormente attrezzate.

Avendo eseguito un'isterectomia, comportante un pericolo concreto di sanguinamento interno, [redacted] avrebbe dovuto eseguire un drenaggio o attuare altre tecniche ad addome chiuso, per verificare la correttezza dell'intervento d'urgenza. Infatti, i medici dell'ospedale S. Camillo, in mancanza del drenaggio, effettuavano immediatamente un'ecografia all'addome in condizioni estreme, che consentiva di riscontrare la presenza di sangue all'interno. Secondo il consulente del pubblico ministero, la diuresi quasi nulla e il rigonfiamento dell'addome dovevano allarmare in ordine all'eventualità di un sanguinamento interiore.

Solo dopo la ricerca di un posto in rianimazione, alle ore 13.40, la paziente era trasferita all'ospedale S. Camillo.

Natoli era responsabile per imprudenza, negligenza, imperizia e inosservanza dei protocolli sanitari su di lui gravanti quale esercente la professione medica.

2.2. **Carbone Stereoma** possedeva gli elementi per richiedere una scorta preventiva di sangue ed aveva una sua autonomia in relazione alla sua specifica competenza di anestesista.

**Carbone Stereoma** non si era salvata per l'insufficiente apporto di sangue. La mancata partecipazione di **Carbone Stereoma** alla fase di preodaspedalizzazione e la conoscenza della vittima solo il giorno dell'intervento non potevano escludere la responsabilità di **Carbone Stereoma**. Avendo la disponibilità della cartella clinica, **Carbone Stereoma** avrebbe potuto verificare la progressiva discesa dei valori dell'emoglobina e avrebbe dovuto valutare la pluralità di cesarei, l'obesità della paziente e l'anormalità del valore di 7,7 di microcitematica. Un'adeguata somministrazione di sangue non avrebbe ricostituito il volume ematico necessario, ma le avrebbe consentito di pervenire al successivo intervento in condizioni migliori.

Il dr. **Carbone Stereoma** del Centro trasfusionale del San Camillo spiegava che come politica generale non il sangue 0 negativo era dato in giacenza alla clinica, ma che la scorta era consentita in caso di interventi chirurgici con elevato rischio di emorragia.

**Carbone Stereoma** non poteva fare affidamento sull'operato di altri sanitari e di responsabilità o corresponsabilità per gli errori di altro operatore e, in particolare l'assenza di analisi aggiornate e la sottovalutazione dei fattori di rischio che aveva la possibilità di conoscere e valutare, rimediabili mediante un'adeguata scorta di sangue.

Nelle Raccomandazioni del Ministro della Salute dell'aprile 2007 si prevede l'esigenza di richiedere un congruo numero di sacche di sangue ed emazie concentrate (in sala parto e/o a disposizione).

2.3. Relativamente alla posizione del Direttore Sanitario **Carbone Stereoma**, la Corte di merito osservava che strutture come quella di **Carbone Stereoma** prevedevano forme di prenotazione di sacche di sangue in caso di necessità. **Carbone Stereoma** era istituzionalmente preposto a predisporre meccanismi e procedure chiare, concordati con le varie equipe operanti nella struttura sanitaria.

Le fasi di preospedalizzazione e di accettazione, delineate in astratto da **Carbone Stereoma**, solo formalmente svolgevano la funzione di ulteriori e distinti momenti di verifica delle condizioni della paziente rispetto al controllo attuato dal curante, essendo di fatto sempre rimesse a quest'ultimo e non di chiara spettanza. In ordine ai moduli organizzativi **Carbone Stereoma** consentiva o comunque non impediva prassi confuse, che riducevano il livello di garanzia e di affidabilità della clinica.

██████ versava in uno stato di panico, che non lo aiutava a gestire l'emergenza. Dapprima cercava un posto letto in rianimazione, poi si rivolgeva all'amico e collega ██████ che lavorava altrove; dopo ben un'ora e mezza richiedeva il trasferimento di ██████ ad altra struttura: il tutto in assenza di una procedura prefigurata e concordata con altre strutture della clinica.

Emergevano un'inidoneità intrinseca di ██████, struttura di primo livello (occorrendone una di secondo o terzo livello secondo il dr. ██████, consulente della difesa di ██████) e carenze nella concreta organizzazione e nel modo di prestare assistenza, che accentuavano la predetta inidoneità.

2. Gli imputati, a mezzo dei rispettivi difensori, ricorrono per Cassazione avverso la sentenza della Corte di appello.

3. ██████ (due motivi di ricorso):

3.1. Violazione dell'art. 420 ter cod. proc. pen., per diniego di istanza di rinvio dell'udienza dibattimentale del 21 ottobre 2013 per legittimo impedimento.

Si deduce l'inesistenza, all'epoca del fatto, di un piano dialitico di ██████, cadenzato in giorni prefissati. Solo in epoca successiva alla precedente udienza del 2 luglio 2013 le condizioni nefrologiche di ██████ erano peggiorate, rendendo necessario un trattamento dialitico tre volte a settimana. L'istanza era stata depositata tempestivamente, in data 16 ottobre 2013. L'ultimo trattamento risaliva al 18 ottobre 2013, per cui si rendeva assolutamente necessaria la sua ripetizione il successivo 21 ottobre 2013, senza far correre rischio per la vita di ██████.

3.2. Vizio di motivazione in ordine alla gestione dell'emergenza.

Si osserva che ██████, resosi conto della situazione verificatasi, di natura emergenziale ed assolutamente imprevedibile, come da protocollo sanitario, chiamava il collega più anziano della dr.ssa ██████, al fine di farsi affiancare nell'operazione di isterectomia e dava disposizioni alla direzione sanitaria per affrontare l'emergenza sangue e per disporre il trasferimento in una struttura con terapia intensiva.

██████ si era attivato al di là delle proprie competenze perché, oltre ad agire nel rispetto del protocollo per gestire l'emergenza, telefonava personalmente al 118. La direzione sanitaria non si era attivata nel rispetto delle indicazioni di ██████.

4. ██████ (due motivi di ricorso)

4.1. Vizio di motivazione.

Si rileva che ██████, anestesista dipendente della clinica ██████, aveva agito nel rispetto della normativa in merito all'asserita mancanza di dati aggiornati (esame emocromocitometrico e della coagulazione) utili all'intervento.

La cartella clinica non conteneva dati inerenti all'anemia o a pregresse perdite ematiche, che potessero indurre a particolare prudenza nel procedere all'operazione; tutti i parametri erano corretti e [REDACTED] non aveva evidenziato l'esistenza di problematiche particolari. Stante la sofferenza fetale, peraltro, il parto non poteva essere rimandato, per cui l'intervento era anticipato rispetto all'originario programma; [REDACTED] e [REDACTED] non poteva rifiutarsi di effettuare l'intervento.

Come emerso dall'istruttoria, la richiesta di sacche di sangue doveva essere effettuata il giorno precedente, per cui non doveva essere effettuata da [REDACTED] intervenuta solo il giorno del parto in base alla turnazione della clinica.

In ordine al ritardo nella terapia trasfusionale conseguente alla massiva emorragia occorsa durante il parto, [REDACTED] richiedeva con urgenza il sangue nell'imminenza del fatto, senza le prove crociate.

Nella sentenza impugnata non è stato accennato alla mancata disposizione di dati aggiornati, nella fattispecie dell'esame microcitometrico e della coagulazione. Dalla cartella clinica in atti non emergevano esami o certificazioni, che facessero risaltare un rischio emorragico o una pregressa discesa dei valori dell'emoglobina.

La preospedalizzazione rivestiva un ruolo importante nella tutela della salute del paziente, ma nel caso in esame non erano evidenziati fattori di rischio o anomalie. Secondo la dr.ssa [REDACTED], una situazione risalente ad undici giorni prima, rappresentata agli operatori solo ad emergenza iniziata, non poteva essere ritenuta tranquillizzante. Dall'esame della cartella clinica, tuttavia, non si potevano evincere rischi significativi e, semmai, solo uno molto affievolito, derivante dalle condizioni globali della paziente.

Con riferimento all'accusa di ritardo nelle trasfusioni utili alla ricostruzione della massa ematica perduta, doveva rilevarsi che [REDACTED] aveva presentato una richiesta urgente di sangue tramite l'invio dei relativi moduli gialli, confermata dalla caposala [REDACTED] (S. [REDACTED]) e dagli operatori del Centro Trasfusionale. Non si comprendeva come mai le carte processuali non contenessero traccia di tali moduli gialli. Sulla tardività delle trasfusioni e sul soggetto obbligato a prestare attenzione alla procedura di richiesta del sangue, il richiamo operato dal giudice di secondo grado avrebbe ben potuto essere effettuato qualora suffragato da elementi individuabili sul piano empirico.

Un'ulteriore rilevante questione, trascurata dagli organi di accusa e dai giudici di merito, era costituita dalla perdita ematica da parte di un peduncolo continuata ad accusare da [REDACTED], durante la breve degenza presso l'Ospedale S. Camillo dopo l'intervento. Il dr. [REDACTED] che si occupava in urgenza-emergenza del caso, affermava che la morte era stata causata da una perdita consistente di sangue da un peduncolo, laddove era stato rimosso l'utero e la causa della perdita era consistita nella mancata cucitura del vaso dell'utero o delle ovaie.

██████████ chiariva di essersi accorta dell'addome gonfio di sangue di ██████████  
 ██████████ solo al Pronto Soccorso del S. Camillo, quando tolsero alla paziente  
 le lenzuola che aveva addosso. A ██████████, d'altronde, era stata contestata la mancata  
 installazione di un drenaggio nello scavo pelvico per il monitoraggio della perdita  
 ematica, che proseguiva in modo abbondante e non visibile.

Contraddittoriamente, è stata affermata la responsabilità di ██████████ per l'omissione  
 di un presidio medico utile a monitorare una perdita di sangue non visibile e, al con-  
 tempo, è stato contestato alla ██████████ un ritardo nella terapia trasfusionale nono-  
 stante anche successivamente la paziente continuasse in modo non visibile a perdere  
 sangue.

La sentenza impugnata non è pervenuta ad una compiuta qualificazione del profilo  
 di colpa, non emergendo una precisa prescrizione, asseritamente omessa dall'impu-  
 tata, la cui inosservanza avrebbe causato l'evento.

#### 4.2. Violazione degli artt. 589 e 43, comma primo, cod. pen..

Si sostiene che ██████████ non aveva violato nessuna regola di comporta-  
 mento, non essendo stata posta nelle condizioni di conoscere gli asseriti rischi e di  
 valutarli: a) non competeva a lei predisporre la scorta di sangue; b) il ritardo nella  
 trasfusione era ascrivibile ad ulteriori figure professionali; c) la perdita ematica dal  
 peduncolo non era visibile.

L'evento doveva essere considerato imprevedibile e, al più, inquadrabile in un'ipo-  
 tesi di colpa lieve. La trasgressione, quale deviazione dalla regola cautelare, non è  
 stata accertata, con conseguente impossibilità di sostenere un atteggiamento colposo  
 declinabile in termini di negligenza o imprudenza. Non risultava dimostrato che: 1)  
 la regola cautelare era stata violata; 2) il risultato lesivo costituisce la concretizza-  
 zione del rischio attivato dalla trasgressione della regola cautelare; 3) l'evento poteva  
 essere evitato con l'osservanza della regola cautelare.

#### 5. ██████████ (due motivi di ricorso)

##### 5.1. Vizio di motivazione.

Si osserva che l'attribuzione di responsabilità in capo al Direttore Sanitario doveva  
 implicare un'attenta valutazione della sua funzione in astratto e del ruolo concreta-  
 mente avuto nei fatti occorsi a ██████████. Occorreva poi dimostrare che se  
 l'azione doverosa fosse stata tenuta, l'evento, con elevato grado di credibilità razio-  
 nale, non si sarebbe verificato.

I giudici di merito non avevano svolto l'attenta selezione delle fattispecie di azione  
 legalmente tipizzate da convertire in corrispondenti ipotesi omissive e nell'individu-  
 azione degli obblighi di agire, la cui violazione veramente avrebbe potuto giustificare  
 l'affermazione di responsabilità penale per omesso impedimento.

Cattel era responsabile degli aspetti organizzativi ed igienico - sanitari, ma non della gestione clinica dei pazienti, dell'organizzazione del reparto o dell'unità di Ostetricia - Ginecologia.

L'ex - primario, ossia il dirigente medico in funzione apicale, ai sensi dei D. lgs. n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999, deve fornire le informazioni programmatiche, che consentono ai suoi collaboratori l'efficiente svolgimento delle attività sanitarie e la gestione dei casi clinici sottoposti alla loro attenzione nonché verificare il funzionamento del reparto o dell'unità, la correttezza delle scelte diagnostiche intraprese dai medici ivi operanti e il rispetto delle procedure.

La figura apicale (nella fattispecie il dr. ~~XXXXXXXXXX~~), non il Direttore Sanitario, deve indicare rimedi e cure appropriate alla salvaguardia delle condizioni di salute dei pazienti, tramite la programmazione interna e l'indicazione specifica delle corrette procedure da seguire nonché vigilare sui ricoveri. Al dirigente sanitario in funzione apicale spettano i compiti di indirizzo, vigilanza, divisione del lavoro, organizzazione e programmazione dell'attività terapeutica del reparto, le procedure di emergenza, la vigilanza sull'esatta compilazione delle cartelle cliniche e la predisposizione di tutti gli strumenti idonei in funzione preventiva e di sicurezza, per ridurre al minimo il rischio di eventi lesivi prodotti da errori.

Doveva essere censurato l'operato del primario il quale: non verificava i ricoveri, le situazioni di rischio di una paziente prima di accettarla e sottoporla a trattamento sanitario nonché la possibilità di indirizzarla verso un presidio sanitario più sicuro; non informava il Direttore Sanitario o il Direttore Generale di possibili inidoneità, carenze strutturali o organizzative di ~~Villa Pia~~.

~~Cattel~~ non era stato informato del rischio emorragico della paziente o di altre situazioni di rischio da ~~XXXXXX~~, dal medico di guardia, dalle ostetriche e dal primario, circostanza confermata da tutti i testi escussi e dai coimputati.

Come affermato anche dal consulente del pubblico ministero ~~XXXXXX~~, il Direttore Sanitario non può impedire il ricovero di una paziente, finché non sia stato informato del medesimo. ~~XXXXXXXXXX~~ arrivava a ~~Villa Pia~~ alle ore 18.55 della sera ed era disposto il suo taglio cesareo alle ore 9.00 del giorno successivo. Il curante può chiedere il ricovero, ma la paziente va valutata dai referenti del reparto e, soprattutto, dal primario.

5.2. Violazione del D. lgs. n. 502 del 1992, della L. n. 4 del 1990 e dell'art. 113 cod. pen..

Si deduce che la Casa di cura ~~Villa Pia~~ era accreditata presso la Regione Lazio al 1° livello assistenziale, per cui presentava le caratteristiche di sicurezza ed organizzazione, idonee a svolgere plurime attività sanitarie, tra le quali quelle di clinica ostetrica e di ginecologia.

La procedura di richiesta preventiva di una scorta di sangue in sala operatoria al Centro Trasfusionale S. Camillo non spettava al Direttore Sanitario, bensì ai clinici. La figura apicale (Primario o Direttore della Struttura complessa) del reparto/unità operativa deve vigilare sulla correttezza delle indicazioni all'intervento chirurgico, mentre l'anestesista, sulla base dell'anamnesi remota e prossima, delle indagini strumentali e di laboratorio, deve stabilire il grado di rischio (ASA) dell'intervento chirurgico.

In base al D. lgs. n. 502 del 1992, il Direttore Sanitario, non avendo compiti gestionali clinici, non può essere responsabile di un'attività colposa commessa da medici sui quali vigila una figura apicale.

Non poteva essere addebitato a [REDACTED] il mancato impedimento dell'accettazione dei gestanti senza la previsione di adeguate procedure poiché mancava un sanitario di riferimento per la presa in carico degli stessi e per la preventiva valutazione di tutto il diario clinico. La cattiva organizzazione di un reparto non ricade sul direttore sanitario, ma sul Primario del reparto, cioè colui il quale lo dirige.

Non poteva essere ascritto a [REDACTED] neanche l'omesso stoccaggio in sala parto di sacche di emazie. La L. n. 107 del 1990 vieta ai presidi ospedalieri e alle case di cura di mantenere sangue e derivati nella frigo emoteca se non per brevissimo tempo. L'approvvigionamento del sangue, attesa anche la vicinanza col centro trasfusionale e la prenotazione delle sacche erano comunque possibili.

[REDACTED] non aveva l'obbligatorietà di detenere scorte di sangue; il sangue poteva essere richiesto all'Ospedale S. Camillo, centro trasfusionale convenzionato. Per la valutazione del rischio era competente esclusivamente l'anestesista e i protocolli operativi erano stati previsti. [REDACTED] non era mai stato informato di difficoltà attuative o di mancata attuazione dei protocolli o di periodiche esercitazioni (di competenza del reparto).

Non era ravvisabile nessun legame psicologico con le condotte degli altri due imputati.

### CONSIDERATO IN DIRITTO

1. La sentenza impugnata deve essere annullata senza rinvio perché i reati rispettivamente ascritti agli imputati sono estinti per intervenuta prescrizione. I ricorsi degli imputati vanno rigettati agli effetti civili e, pertanto, essi vanno condannati alla rifusione delle spese di giudizio nei confronti delle intervenute parti civili.

1.1. In via preliminare va rilevato che, tenuto conto anche delle intervenute sospensioni (per la durata di giorni ottantaquattro), il termine prescrizionale massimo relativo alle ipotesi di reato in addebito, pari ad anni sette e mesi sei, risulta decorso in data 30 dicembre 2017.

Come è noto, in presenza di una causa di estinzione del reato, non sono rilevabili in sede di legittimità vizi di motivazione della sentenza impugnata, in quanto il giudice del rinvio avrebbe comunque l'obbligo di procedere immediatamente alla declaratoria della causa estintiva.

Occorre, peraltro, considerare che le Sezioni Unite di questa Corte hanno chiarito che il disposto di cui all'art. 129 cod. proc. pen., laddove impone di dichiarare la causa estintiva quando non risulti evidente che il fatto non sussiste, che l'imputato non lo ha commesso, ecc., deve coordinarsi con la presenza della parte civile e di una condanna in primo grado che impone ai sensi dell'art. 578 cod. proc. pen. di pronunciarsi sull'azione civile; e che in tali ipotesi, la valutazione della *regiudicanda* non deve avvenire secondo i canoni di economia processuale che impongono la declaratoria della causa di proscioglimento quando la prova della innocenza non risulti *ictu oculi*. La pronuncia ex art. 578 cod. proc. pen. impone, cioè, pur in presenza della causa estintiva, un esame approfondito di tutto il compendio probatorio, ai fini della responsabilità civile (Sez. U, n. 35490 del 28/05/2009, Tettamanti, Rv. 244273).

Tanto chiarito, è dato procedere all'esame delle singole posizioni dei ricorrenti.

## 2. ~~MASSIMO~~

### 2.1. Il primo motivo di ricorso è infondato.

Va premesso che in data 16 ottobre 2013 la difesa di ~~MASSIMO~~ aveva presentato dinanzi al Tribunale istanza di rinvio dell'udienza dibattimentale del 21 ottobre 2013, per legittimo impedimento dell'imputato, deducendo che il medesimo nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì era impegnato per poter effettuare trattamento medico emodialitico per uremia terminale (praticato dal 24 febbraio 2012) ed allegando attestazione del medico curante della Clinica ~~MASSIMO~~ dell'11 ottobre 2013.

Con ordinanza resa all'udienza fissata, il Tribunale ha evidenziato quanto segue: la necessità di tale trattamento era ben nota alla parte al momento della fissazione dell'udienza, per cui tale situazione poteva essere rappresentata in quella sede; non erano state documentate la necessità di aumento della frequenza del trattamento, la natura assoluta dell'impedimento e/o la sua sopravvenienza alla fissazione dell'udienza; nell'attestazione si dava semplicemente atto della cronicità del trattamento, senza specificare eventuali evoluzioni negative dello stato di salute; non si versava in ipotesi di situazione dedotta non dominabile e non ascrivibile all'imputato.

Al riguardo, deve rilevarsi che tale provvedimento e la sentenza impugnata nella parte in cui ha esaminato il relativo motivo di appello risultano adeguatamente motivati; l'istanza è stata correttamente ritenuta intempestiva, perché ~~MASSIMO~~ già all'udienza precedente avrebbe potuto spiegare di non poter essere presente; né il ricorrente nel periodo intercorrente tra l'una e l'altra udienza provava l'effettivo peggioramento della situazione di salute. La tesi difensiva dell'aumento dell'intensità

dh

3

della frequenza della cura non era dedotta nella richiesta di rinvio, per cui l'esigenza di maggiori cure era stata legittimamente ritenuta indimostrata. Solo tardivamente, nel relativo motivo di ricorso, Natoli dimostra effettivamente l'impedimento e il peggioramento delle proprie condizioni sanitarie, rappresentando e documentando il cambio del piano terapeutico dovuto all'aumento da due a tre sedute settimanali.

Il diniego del rinvio, pertanto, appare pienamente legittimo e congruamente motivato dal Tribunale, nel rispetto del principio costantemente affermato da questa Corte, secondo cui l'impedimento a comparire dell'imputato di cui all'art. 420-ter cod. proc. pen., che concerne non solo la capacità di recarsi fisicamente in udienza, ma anche quella di parteciparvi attivamente per l'esercizio del diritto costituzionale di difesa, può essere integrato anche da una malattia a carattere cronico, purché determinante un impedimento effettivo, legittimo e di carattere assoluto, riferibile ad una situazione non dominabile dall'imputato e a lui non ascrivibile (Sez. 3, n. 6357 del 16/10/2018, dep. 2019, Santi, Rv. 275000; Sez. 3, n. 10482 del 15/12/2015, dep. 2016, Ingoglia, Rv. 266494).

2.2. Il secondo motivo di ricorso è manifestamente infondato e basato su censure non consentite in sede di legittimità.

Natoli, infatti, si limita ad affrontare le questioni inerenti alla fase successiva all'intervento chirurgico e, in particolare, giustificando la propria condotta nella gestione dell'emergenza sangue, della chiamata del 118 e del trasferimento in una struttura dotata di terapia intensiva.

Tali censure, tuttavia, sono esclusivamente in fatto e il ricorrente non si confronta col più ampio ed articolato apparato argomentativo della sentenza impugnata, che ha illustrato esaurientemente i seguenti plurimi profili di responsabilità del medico: la mancata individuazione dei fattori di rischio della paziente e dell'inadeguatezza della struttura prescelta; l'omesso monitoraggio della placenta; il mancato controllo cardiografico; la sottovalutazione dell'anemia; l'omessa adozione di meccanismi di tutela della donna in caso di emergenza (quali l'approvvigionamento di sacche di sangue, doveroso e previsto in casi del genere) e l'errata gestione di tale situazione; la mancata valutazione del basso valore di 7,7 di microcitemica; l'errore valutativo sulle cause della perdita di sangue (placenta percreta); la lentezza nel disporre il trasferimento presso un reparto di terapia intensiva.

### 3. XXXXXXXXXX

3.1. Entrambi i motivi di ricorso, da trattare congiuntamente in quanto tra loro intimamente connessi, sono infondati.

La ricorrente contesta, sostanzialmente, la valutazione di merito compiuta dai giudici con riferimento agli elementi indicativi delle modalità di svolgimento della vicenda, sebbene siano precluse alla Corte di cassazione la rilettura di altri elementi di

fatto rispetto a quelli posti a fondamento della decisione impugnata e l'autonoma adozione di nuovi o diversi parametri di ricostruzione e valutazione dei fatti medesimi, ritenuti maggiormente plausibili o dotati di una migliore capacità esplicativa, dovendosi essa limitare a controllare se la motivazione dei giudici di merito sia intrinsecamente razionale e capace di rappresentare e spiegare l'iter logico seguito.

Nella specie, la ricorrente si limita a proporre una lettura riduttiva degli elementi di fatto posti a base del provvedimento di rigetto, valorizzando un generico deficit dell'apparato motivazionale, che in realtà appare adeguato ai motivi proposti nell'atto di impugnazione.

Risulta, pertanto evidente che tali doglianze introducono censure non deducibili nel giudizio di legittimità. Il giudice di merito, d'altronde, non è tenuto a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni del convincimento, dimostrando che ogni fatto decisivo è stato tenuto presente, sì da potersi considerare implicitamente disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata (Sez. 4, n. 26660 del 13/05/2011, Caruso, Rv. 250900).

3.2. Passando all'esame specifico delle doglianze prospettate dalla ricorrente, occorre rilevare che i giudici di merito hanno fornito un'esauriente e dettagliata risposta a tutti i rilievi difensivi.

Si è sottolineato che eventuali carenze dei dati della cartella clinica – in particolare su anemia, pregresse perdite ematiche e valori dell'emoglobina – non avrebbero dovuto tranquillizzare **[redacted]**, la quale avrebbe dovuto valutare prudenzialmente alcuni dati conosciuti, come la pluralità di parti cesarei, l'obesità e il basso valore di 7,7 di microcitemica.

L'anestesista non poteva ritenersi esonerata da tali incombenze solo in ragione delle rassicurazioni verbali fornitele da **[redacted]**, peraltro non dimostrate; ella, infatti, avrebbe dovuto controllare accuratamente la cartella clinica, segnalando carenze ed errori inerenti a dati significativi (es. l'insufficiente anamnesi) e, in caso di accertate lacune, avrebbe dovuto comunque adottare tutte le precauzioni del caso. Anche le presunte condizioni di sofferenza dei bambini asseritamente segnalate da **[redacted]** a **[redacted]**, che avrebbero imposto l'effettuazione di un parto urgente, ad avviso della Corte di appello non hanno trovato riscontro nel compendio probatorio.

I giudici di merito hanno tratto analoghe valutazioni in relazione alla presunta tardiva comunicazione – ad emergenza iniziata – di dati negativi risalenti ad undici giorni prima; l'anestesista avrebbe dovuto obiettare la carenza di dati valutativi nella cartella clinica e acquisire maggiori informazioni prima di procedere.

La tesi difensiva dell'ascrivibilità della morte della paziente alla perdita ematica – non visibile – proveniente da un peduncolo attiene ad una presunta causa eziologica dell'evento prodottasi durante la fase terminale della vicenda, riguardante, tuttavia, anche plurime negligenti condotte omissive pregresse di [REDACTED]. Al riguardo, tuttavia, secondo quanto emerso dalle risultanze processuali (vedi, in particolare pag. 51 della sentenza di primo grado), non poteva essere addebitato nessun errore chirurgico o terapeutico ai sanitari dell'ospedale San Camillo, i quali erano intervenuti quando già era in corso da tempo una gravissima e impressionante emorragia iniziata al momento dell'apertura dell'addome per il cesareo, avente natura esclusivamente "chirurgica" e non "medica", da attribuire al cedimento delle linee di sutura dei tagli pregressi, al collasso dell'utero in punti di deiscenza dei tessuti, al cedimento della legatura di un vaso dopo l'isterectomia, al verificarsi di forme di accretismo focale, all'atonìa dell'utero dovuta ai pregressi cesarei nonché alla sua incapacità a contrarsi e ad arrestare il sanguinamento.

La responsabilità di [REDACTED] è stata quindi affermata sulla base del consolidato orientamento di questa Corte, secondo cui nel reato colposo omissivo improprio, il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di elevata probabilità logica, che, a sua volta, deve essere fondato, oltre che su un ragionamento deduttivo basato sulle generalizzazioni scientifiche, anche su un giudizio di tipo induttivo circa il ruolo salvifico della condotta omessa, elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e focalizzato sulle particolarità del caso concreto (Sez. 4, n. 26491 del 11/05/2016, Ceglie, Rv. 267734 - in applicazione del principio, la S.C. riteneva immune da censure la decisione che aveva affermato la sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva dell'anestesista, consistita nel mancato monitoraggio dei tracciati ECG della paziente nel corso di un intervento chirurgico e nel non tempestivo rilevamento delle complicanze cardiache insorte per asistolia, ed i gravi danni cerebrali procurati alla stessa in conseguenza del ritardo con cui era stato eseguito il massaggio cardiaco). L'esplicitamento dei dovuti controlli avrebbe consentito di scoprire le omissioni di [REDACTED] e di porvi rimedio.

Si è evidenziato nella sentenza impugnata che [REDACTED], per la spiccata autonomia riconosciutale in virtù della sua posizione di anestesista, non poteva affidarsi esclusivamente all'operato degli altri sanitari e, in particolare, contare sull'esperienza e sulle indicazioni di [REDACTED]

Al riguardo, questa Corte ha affermato che, in caso di condotte colpose indipendenti non può invocare il principio di affidamento l'agente che non abbia osservato una regola precauzionale su cui si innesti l'altrui condotta colposa, poiché la sua re-

sponsabilità persiste in base al principio di equivalenza delle cause, salva l'affermazione dell'efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che presenti il carattere di eccezionalità e imprevedibilità (Sez. 4, n. 50038 del 10/10/2017, De Fina, Rv. 271521 – in fattispecie in cui la Corte riteneva immune da censure la sentenza che aveva riconosciuto la responsabilità per la morte di un paziente conseguente alla trasfusione di sangue non emocompatibile con il suo gruppo sanguigno, del tecnico addetto al servizio trasfusione che aveva consegnato all'infermiere le sacche destinate ad altro paziente, dei medici che avevano ordinato la somministrazione senza verificare la corrispondenza del gruppo sanguigno del paziente con quello indicato sulle sacche, e dell'anestesista rianimatore - chiamato per un consulto in seguito alla crisi ipotensiva del paziente - che aveva omesso di ricercare autonomamente la causa di tale crisi).

Non rilevano altresì le ulteriori circostanze prospettate da [redacted] relativamente alla conoscenza della paziente la sola mattina dell'intervento nonché alle carenze ed omissioni di [redacted] e della struttura ospedaliera circa l'assenza di una scorta di sangue. Rientrano, infatti, nei principi della professione di anestesista gli obblighi di informarsi sulla storia del paziente e di gestione dell'approvvigionamento delle sacche ematiche e di provvedere alla trasfusione in caso di necessità. Anche in relazione a tale profilo rileva l'impossibilità di appellarsi al principio di affidamento sopra richiamato.

#### 4. [redacted]

4.1. Vanno anteposte alla trattazione del procedimento alcune tematiche relative ai compiti e alle responsabilità del direttore sanitario di struttura privata.

L'indicazione dei compiti del direttore sanitario risale all'art. 53 della l. 12 febbraio 1968, n. 128, che prevede l'obbligatoria nomina di tale figura professionale in ogni casa di cura privata, prevedendo un rapporto diretto del medesimo col medico provinciale (ora A.S.L.); il primo «risponde personalmente [...] dell'«organizzazione tecnico-funzionale» e del «buon andamento dei servizi igienico-sanitari». Il direttore sanitario, quindi, costituisce un diretto referente, nell'ambito delle strutture sanitarie private, degli organi pubblici titolari dei poteri di controllo ed intervento sull'attività delle strutture stesse. Egli, pertanto, assume la responsabilità della gestione della casa di cura sotto il profilo sanitario e, per quanto attiene all'organizzazione, dei diversi servizi tecnici della casa di cura stessa.

I compiti del direttore sanitario si sono successivamente estesi all'espletamento di compiti di controllo, vigilanza e sorveglianza previsti da ulteriori fonti legislative.

L'art. 5 del d.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 disciplina le attribuzioni del direttore sanitario, tra le quali vanno evidenziate: a) la previsione degli schemi di norme interne per la organizzazione dei servizi tecnico-sanitari; b) le decisioni sull'impiego, sulla destinazione, sui turni e sui congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario

ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dell'ospedale cui è preposto in base ai criteri fissati dall'amministrazione; c) la vigilanza sul personale da lui dipendente; d) la vigilanza sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario dell'ospedale e per il mantenimento dell'infermo.

L'ampiezza e la rilevanza dei compiti del direttore sanitario delle strutture sanitarie private trovavano espressa conferma nel d.P.C.M. 27 giugno 1986 n. 495600 («Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti delle case di cura private»), che all'art. 27 stabilisce che «il direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico sanitaria della casa di cura privata sotto il profilo igienico ed organizzativo, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente»; «propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari [...]; vigila sul funzionamento dell'emoteca [...]».

In ordine alle regole rilevanti nel caso di cui ci si occupa, al direttore sanitario compete la vigilanza sul funzionamento dell'emoteca e su tutti gli aspetti della materia trasfusionale (vedi l. 4 maggio 1990, n. 107 e le previsioni analitiche di cui al decreto del Ministero della sanità del 27 dicembre 1990).

Le disposizioni dettate in questa materia dal decreto del Ministero della sanità in data 1° settembre 1995 qualificano il direttore sanitario quale referente diretto per la gestione delle problematiche relative all'impiego del sangue all'interno della clinica: vedi, in particolare, l'art. 4, che affida al direttore sanitario la responsabilità della gestione della frigoemoteca, con ciò estendendo il mero controllo sul funzionamento alla vigilanza su tutte le attività di approvvigionamento e distribuzione del sangue nella casa di cura; l'art. 5, che affida al direttore sanitario il compito di organizzare il trasporto del sangue.

Di particolare importanza è anche la Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto del Ministero della Salute n. 6 del 31 marzo 2008, rivolta alle direzioni sanitarie e diretta a «incoraggiare l'adozione di appropriate misure assistenziali e organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al *post-partum* in modo da ridurre la mortalità potenzialmente evitabile», che prevede (per quanto rileva nel caso in esame): 1) al punto 4.1.a., in tema di *triage* ostetrico, la corretta valutazione del rischio della donna da effettuare sulla base di criteri condivisi dall'équipe assistenziale e accuratamente riportati nella documentazione clinica, da differenziare sulla base dei livelli assistenziali ed organizzativi esistenti; 2) al punto 4.1.b., l'obbligo di ogni struttura ospedaliera di dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti, basati sulle prove di efficacia disponibili e condivisi tra tutti gli operatori sanitari coinvolti, che devono prevedere l'integrazione con il territorio, nell'ottica di favorire la

continuità assistenziale al percorso nascita, la raccolta anamnestica completa, i ricoveri appropriati per livello di punto nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica nonché l'opportunità di valutare nella valutazione della conduzione di un caso clinico, delle possibili ricadute di una condizione ostetrica su entrambi i soggetti assistiti, madre e feto nel loro insieme; 3) al punto 4.1.c., l'obbligo di ogni unità operativa ostetrica di messa a punto di un proprio sistema di comunicazione tra tutti i professionisti, identificando gli strumenti più adeguati alla complessità assistenziale e organizzativa presente nel contesto e le modalità di comportamento da adottare soprattutto in fase di emergenza; 4) al punto 4.1.e., l'obbligo di predisporre i turni di servizio nel rispetto di criteri di sicurezza e garanzia per le donne e per i professionisti, equilibrando le competenze presenti in servizio e di consentire il tempestivo consulto delle ostetriche e dei medici in caso di emergenza e, in particolare, coi membri più esperti dell'*équipe*, che devono essere prontamente rintracciabili all'interno della struttura o a turno reperibili con previsione dello scambio di informazioni mediante riunioni di reparto con la presenza di tutti gli operatori sanitari coinvolti; 5) al punto 4.1.f., l'obbligo di predisporre la documentazione clinica in modo da fornire tutti gli elementi necessari a rendere rintracciabili e verificabili le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese, inclusi la documentazione inerente il decorso della gravidanza e il partogramma; 6) al punto 4.2.b., l'obbligo di attuare misure di prevenzione, tenendo presente gli aspetti legati all'appropriatezza dei percorsi diagnosticoterapeutici, all'integrazione e alla continuità dell'assistenza, all'appropriata informazione delle persone assistite e alla qualità della documentazione clinica, con particolare riferimento alle cause di rischio di morte materna tra le quali l'emorragia del *post partum*; 7) al punto 5, l'importanza di un piano di formazione aziendale che preveda un training specifico per il personale coinvolto in attività assistenziali in corso di travaglio, parto e puerperio con riferimento ai fattori di rischio e alla qualità della documentazione clinica per la prevenzione della mortalità materna con formazione del personale per la gestione della donna assistita in emergenza nell'ambito dell'aggiornamento continuo di tutto il personale sanitario potenzialmente coinvolto; la possibilità per le aziende e per i professionisti sanitari di avvalersi di strumenti di indirizzo quali linee guida, protocolli, percorsi clinico-assistenziali per migliorare lo standard delle cure erogate e garantire l'appropriatezza nei percorsi clinico-organizzativi (strumenti da concordare e condividere con gli operatori sanitari della struttura); l'opportunità della partecipazione di tutte le figure professionali a periodiche esercitazioni di simulazione di emergenze ostetriche, dalle prime cure alle tecniche di rianimazione vera e propria, per verificare l'appropriatezza delle procedure messe in atto dalle diverse figure professionali coinvolte; l'organizzazione di audit sistematici e documentati mediante metodologie che permettano di confrontare le procedure assistenziali a degli standard riconosciuti al fine di valutarne l'appropriatezza e di migliorare l'assistenza; 8) al

punto 6, l'obbligo delle Direzioni Aziendali, anche sulla base della Raccomandazione *de quo*, di predisporre una propria procedura standardizzata per l'individuazione di idonee misure preventive della morte materna correlata al travaglio e/o parto.

4.2. Tanto premesso sulle principali disposizioni normative integrate o succedutesi in materia, occorre riportare gli addebiti, tutti attinenti agli aspetti organizzativi, in relazione ai quali **██████████** era stato condannato in primo grado, con sentenza confermata dalla Corte di appello:

a) la violazione dell'obbligo di non effettuare parti a rischio in strutture non adeguate a trattarli;

b) la verifica delle caratteristiche degli interventi, prima di accettarli e senza potersi affidare acriticamente all'operato dei medici curanti;

c) il mancato approvvigionamento di sangue quale carenza di carattere organizzativo generale (aspetto comprendente il mancato aggiornamento della convenzione stipulata con l'ospedale S. Camillo nel 2006-2007);

d) l'omessa prenotazione di scorte di sangue per specifiche necessità;

e) la mancanza in clinica di un riscaldatore di liquidi e di uno spremisacca, per accelerare l'infusione di sangue;

f) l'omessa predisposizione di procedure chiare e rigorose per l'accettazione dei pazienti (con particolare riferimento alle fasi di «preospedalizzazione» e di «accettazione», solo formalmente distinte dal controllo attuato dal curante, e all'omessa disciplina del caso di intervento di un soggetto esterno non coordinato col primario, l'assenza di chiarezza sull'esistenza o meno di una distinzione tra i reparti di ostetricia e di ginecologia);

g) la mancanza di modelli organizzativi della struttura emersa anche dalle opposte risposte al riguardo tra primario e direttore sanitario;

h) l'inesistenza di procedure per la gestione delle emergenze, manifestatasi con l'inizio della situazione critica della paziente e dimostrata dall'improvvisazione di **██████████** (ricerca di un posto letto in rianimazione, telefonata al collega di altro ospedale; richiesta di intervento del Pronto Soccorso solo dopo un'ora e mezza).

4.3. Alla luce del quadro normativo sopra descritto entrambi i motivi di ricorso proposti da **██████████** tra loro strettamente connessi, devono essere ritenuti infondati.

Va disattesa, quindi, la tesi difensiva secondo la quale la responsabilità sulla struttura sanitaria e sulle procedure organizzative spetta esclusivamente al dirigente sanitario e la responsabilità del reparto va attribuita al solo primario.

Al direttore sanitario, infatti, vanno riconosciute plurime attribuzioni, tra le quali - senza ripetere in dettaglio quanto sopra riportato - vanno ricomprese quelle di carattere manageriale e medico-legale, in quanto egli verifica l'appropriatezza delle prestazioni medico-chirurgiche erogate, la corretta conservazione dei farmaci, organizza la logistica dei pazienti e, soprattutto, governa la gestione del rischio clinico. Il

direttore sanitario è il garante ultimo dell'assistenza sanitaria ai pazienti e del coordinamento del personale sanitario operante nella struttura, affinché tale attività sia sempre improntata a criteri di qualità e di sicurezza.

Ne consegue l'attribuzione a [redacted] delle responsabilità per le carenze strutturali della casa di cura, sotto tutti i profili indicati al par. 4.2, dall'omessa predisposizione di un adeguato meccanismo interno all'ospedale di verifica delle condizioni della paziente all'atto dell'ingresso, al fine di stabilire l'adeguatezza della struttura alla risoluzione delle problematiche di salute della medesima fino alla mancata predisposizione di un protocollo per le situazioni di emergenza quale quella prospettata nella fattispecie in esame.

Non emerge che [redacted] abbia segnalato i difetti strutturali e/o organizzativi della struttura al dirigente sanitario o all'A.S.L. o che abbia in sede processuale dimostrato l'esistenza di una delega a terzi delle sue mansioni. Né ha provato l'eventuale ingerenza del dirigente sanitario nelle sue attribuzioni.

[redacted] non risulta aver prevenuto la possibilità di una sottovalutazione del rischio da parte del medico curante e della non piena conoscenza di detto rischio da parte della struttura, per non aver predisposto un protocollo operativo al riguardo, evincibile nella notevole approssimazione nella ripartizione delle sfere di competenza tra direzione e singoli medici dal momento del ricovero a quello della fase emergenziale *post partum*.

La condotta superficiale del direttore sanitario è altresì rinvenibile nella mancata predisposizione di un adeguato sistema informativo, che consentisse di evitare il ricovero della paziente a rischio e di destinarla verso una struttura maggiormente attrezzata, o di subordinare l'ospedalizzazione all'adozione di particolari precauzioni. Il breve periodo di tempo intercorrente tra la data del ricovero e quella dell'intervento non rappresenta un elemento a favore di [redacted], perché egli avrebbe dovuto predisporre procedure idonee a consentire a sé stesso - oltre che all'intera *équipe* - di conoscere adeguatamente e tempestivamente le situazioni di rischio (obesità, progressi parti, valori delle analisi, pericolo di emorragia, ecc.) e di predisporre tutte le misure preventive del caso.

La sua condotta imprudente si aggiungeva a quella dei medici, i quali avrebbero dovuto tener conto delle condizioni della struttura e della paziente nonché dell'assenza di precise direttive in materia, così da determinarsi diversamente e adottare maggiori cautele per prevenire situazioni di emergenza.

 La predisposizione di una scorta di sangue adeguata, la fissazione di protocolli in situazioni emergenziali e le modalità di contattare l'ospedale S. Camillo, come evincibile dall'*excursus* delle disposizioni in materia sopra riportato, rientrano nelle specifiche competenze del direttore sanitario e sotto la sua diretta responsabilità. 

In conclusione, può affermarsi che al direttore sanitario di una casa di cura privata spettano poteri di gestione della struttura e doveri di vigilanza ed organizzazione tecnico-sanitaria, compresi quelli di predisposizione di precisi protocolli inerenti al ricovero dei pazienti, all'accettazione dei medesimi, all'informativa interna di tutte le situazioni di rischio, alla gestione delle emergenze, alle modalità di contatto di altre strutture ospedaliere cui avviare i degenti in caso di necessità e all'adozione di scorte di sangue e/o di medicine in caso di necessità (vedi, sia pur in tema di direttore sanitario di struttura pubblica e non privata, Sez. 4, n. 7597 del 08/11/2013, dep. 2014, Stuppia, Rv. 259125).

Il conferimento dei suindicati poteri comporta l'attribuzione al direttore sanitario di una posizione di garanzia giuridicamente rilevante, tale da consentire di configurare una responsabilità colposa per fatto omissivo per mancata o inadeguata organizzazione della casa di cura privata, qualora il reato non sia ascrivibile esclusivamente al medico e/o ad altri operatori della struttura.

Tale colpa di "organizzazione", da intendersi in senso normativo, è fondata sul rimprovero derivante dall'inottemperanza da parte del direttore sanitario di adottare le cautele organizzative e gestionali, necessarie a prevenire la commissione dei reati previsti tra quelli idonei a fondare la responsabilità della casa di cura (vedi, per riferimenti, Sez. U, n. 38343 del 24/04/2014, Espenhahn, Rv. 261113).

5. Per tali ragioni, la sentenza deve essere annullata senza rinvio agli effetti penali perché i reati rispettivamente ascritti agli imputati sono estinti per prescrizione. Devono essere rigettati i ricorsi agli effetti civili con conseguente condanna degli imputati, in solido tra loro, alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili che si liquidano: per [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED] in complessivi euro 3.500,00 oltre accessori di legge; in favore di [REDACTED], [REDACTED] ed [REDACTED] in complessivi euro 3.500,00 oltre accessori di legge; in favore di [REDACTED] [REDACTED] in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge; in favore di [REDACTED] [REDACTED] in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge; condanna inoltre [REDACTED] [REDACTED] a condannato alla rifusione delle spese sostenute dalla parte civile "Gilda [REDACTED] [REDACTED]" che si liquidano in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge.

P. Q. M.

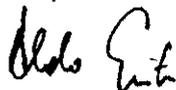
Annula senza rinvio la sentenza impugnata agli effetti penali perché i reati rispettivamente ascritti agli imputati sono estinti per prescrizione. Rigetta i ricorsi agli effetti civili e condanna gli imputati in solido alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili che liquidano per [REDACTED], [REDACTED] e [REDACTED]

in complessivi euro 3.500,00 oltre accessori di legge; in favore di ~~Marco Rosati~~  
~~z...~~ in complessivi euro 3.500,00 oltre accessori di legge;  
in favore di ~~...~~ in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge; in  
favore di ~~...~~ in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge; condanna  
inoltre ~~...~~ alla rifusione delle spese sostenute dalla parte civile ~~...~~za  
~~...~~ che liquida in complessivi euro 2.500,00 oltre accessori di legge.

Così deciso in Roma il 19 febbraio 2019.

Il Consigliere estensore

Aldo Esposito



Il Presidente

Fausto Izzo

