

Ritenuto in fatto

1. Con sentenza in data 16.7.2008 il giudice monocratico del Tribunale di Varese assolveva perché il fatto non sussiste C.M.P. , R.C. , S.C. e perché il fatto non costituisce reato T.G. dal reato di lesioni colpose gravi e gravissime cagionate a G.E. . In particolare, secondo l'imputazione, ai medesimi era ascritto il delitto previsto e punito dagli artt. 110 e 590 commi 1 e 2 c.p., perché, nella veste di medici che avevano in cura G.E. , minore di età (nata l'(omissis)), come meglio sottospecificato per colpa professionale, cagionavano alla citata G.E. lesioni personali gravi e gravissime (malattie ed incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 40 giorni; indebolimento permanente di sensi e di organi; malattie certamente insanabili), lesioni, allo stato, sintetizzabili in gravi difficoltà alla deambulazione, perdita della sensibilità alla mano destra, gravi danni alla deficit alla vista, deficit nervo cranico e manifestazioni epilettiche (diagnosi in corso di perfezionamento).

Precisamente, la minore G.E. accusava intensa cefalea e, per questo, condotta presso una struttura sanitaria pubblica, veniva visitata dal dr. S.C. (professore associato di neurochirurgia) che, a seguito di risonanza magnetica, diagnosticava la sussistenza nell'encefalo della minore di un "tumore ad altissima malignità" e consigliava un immediato intervento chirurgico di asportazione (il (...)). Di seguito, sottoposta a nuove visite e risonanza magnetica dal dr. T.G. (direttore di neurochirurgia presso l'ospedale di circolo di (...)), quest'ultimo confermava la diagnosi di tumore ad altissima malignità e suggeriva un intervento neurochirurgico di demolizione (cioè ad altissima invasività dell'encefalo, con asportazione della massa tumorale ed elevato rischio di danni collaterali) che in ogni caso riteneva necessario, perché, asseritamente, alla bambina rimanevano pochi giorni di vita (affermazioni del (...)). Infatti, l'(...) il dr. T.G. effettivamente eseguiva l'intervento chirurgico di "craniotomia fronto-parietale sinistra ed asportazione radicale di lesione espansiva parietale sinistra". Ciò faceva, nonostante l'esame istologico estemporaneo eseguito dalla dr.ssa R.C. (medico) contestualmente all'intervento su "lesione cerebrale e lesione necrotica cistica cerebrale", avesse individuato due diverse e contrastanti diagnosi una di "glioblastoma a basso grado di malignità" e l'altra di glioblastoma di IV grado ad altissima malignità" ed avesse quindi offerto una diagnosi già di per sé dai connotati ambigui ed indicativi della necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici. Terminata l'operazione, dopo l'esame istologico definitivo compiuto il (OMISSIS) dal dr. C.M. (dirigente medico di primo livello), che aveva confermato la diagnosi di "glioblastoma di IV grado", il dr. T. consigliava alla madre della minore di far sottoporre quest'ultima a cicli di chemioterapia e radioterapia, cosa che effettivamente avveniva nelle settimane successive (sul presupposto che effettivamente la piccola era stata operata per una grave forma tumorale al cervello e non avesse speranze di lunga sopravvivenza).

Infine, il (...), la minore E..G. veniva ricoverata presso l'Istituto (omissis) e sottoposta ad esami ed accertamenti clinici prodromici rispetto agli ulteriori cicli di chemio e radioterapia consigliati che escludevano la presenza di qualsiasi neoplasia, anche pregressa, evidenziando, invece, un generico processo flogistico necrotizzante ed un "quadro infiammatorio demielinizzante con placca unica gigante" curabile farmacologicamente. Colpa professionale quindi consistente nella grave imperizia diagnostico-curativa ai vari livelli e nelle varie fasi sopra evidenziati.

2.A seguito d'impugnazione della parte civile, la Corte di appello di Milano, con sentenza in data 2.3.2011, in parziale riforma della sentenza di primo grado, affermava la responsabilità agli effetti civili del solo T.G. in ordine al fatto reato ascrittogli, condannandolo al risarcimento dei danni da liquidarsi in separata sede in favore della costituita parte civile Gi.Sa. in proprio e al pagamento della provvisoria nella misura di Euro 200.000,00 a Gi.Sa. nella qualità (di madre della minore) e

di Euro 100.00,00 a Gi.Sa. in proprio (a seguito di ordinanza di correzione del dispositivo sul punto della provvisionale).

3. Avverso tale sentenza ricorre per cassazione il difensore di fiducia di T.G. deducendo la contraddittorietà della motivazione ed in particolare evidenziando la radicale incompatibilità interna della motivazione, tale da disarticolare radicalmente il ragionamento seguito dalla Corte di merito. Infatti, a seguito della rinnovazione dell'istruzione dibattimentale era stata disposta ed eseguita una perizia medica collegiale alla quale erano stati affidati 4 quesiti: 1. sussistenza o meno di un tumore maligno nella minore G.E. all'atto dell'ingresso e dei primi accertamenti presso l'Ospedale di Circolo di (...) nei giorni (omissis) ; 2. in caso affermativo, se la diagnosi imponesse l'urgenza dell'intervento seguito l'(...); 3. se nel caso di diagnosi negativa di carcinoma cerebrale vi fosse urgenza di intervento chirurgico nei tempi adottati dall'Ospedale predetto e se avrebbe avuto diverse modalità esecutive; 4. se dall'intervento praticato e del ciclo di chemioterapia, fossero derivate conseguenze lesive così come dall'installazione di un catetere nel seno della minore.

Ai primi due quesiti era stata data risposta affermativa ma la Corte, pur dando atto che la relazione peritale era stata "diffusamente motivata con ricchezza di argomentazioni", aveva poi ritenuto di non condividerne le conclusioni sulla base di talune osservazioni pertinenti dei consulenti di parte, delle dichiarazioni del dr. Ca. e di talune osservazioni contenute nella stessa perizia.

Osserva il ricorrente che la fattispecie configurava una ipotesi patologica assolutamente complessa ed estremamente rara ma che questa fu circostanza accertata ex post, mentre nell'imminenza dell'intervento tutti gli accertamenti diagnostici orientavano indiscutibilmente (e non solo con probabilità) verso l'esistenza di una forma di neoplasia cerebrale, richiamando in proposito le dichiarazioni della Dr.ssa B. all'udienza dibattimentale del 1.6.2007 e degli altri consulenti di parte e periti d'ufficio. Rileva il ricorrente che la tesi del Giudice di appello, secondo la quale l'intervento chirurgico effettuato non presentava caratteri di urgenza, contrastava con le risultanze processuali, richiamando al riguardo le integrali dichiarazioni dibattimentali (del 24.9.2007) del teste dr. Ca. che si riferiva al momento del ricovero della paziente e cioè al giorno (...) e non invece al momento dell'intervento chirurgico.

Assume, altresì, che vi era stato travisamento della Corte territoriale circa le condizioni della paziente immediatamente prima del giorno (...), laddove aveva ritenuto che a seguito della terapia cortisonica vi era stato un certo miglioramento e non vi era urgenza immediata dell'intervento: tanto era in contrasto ancora una volta con la situazione clinica in cui versava la paziente sulla scorta della relazione dei periti d'ufficio nominati dalla Corte e di quanto riferito dal Prof. A..D.S. , consulente di parte dell'imputato. Si duole, infine, dell'inconsistenza logico-giuridica della motivazione della sentenza impugnata circa l'asserita negligenza ed imperizia dell'imputato per "mancata sottoposizione a visita oncologica" della paziente prima dell'intervento e circa "l'omessa richiesta di rinnovazione del consenso informato del genitore della bambina alla prosecuzione" una volta acquisito l'esito della biopsia.

Ma oltre a ribadire, tramite le dichiarazioni del dr. Ca. (il cui significato è stato completamente travisato dalla Corte di Appello), l'urgenza dell'intervento per la situazione di ipertensione endocranica a prescindere dall'aspetto istologico della lesione, il ricorrente richiama la deposizione del perito del Tribunale dr. R. (all'udienza del 10.7.2008, pag. 74 e 75 verbale) secondo cui il tessuto asportato non era sano ancorché non tumorale bensì necrotico, pieno di macrofagi e quindi non più tessuto cerebrale.

Rappresenta, infine, l'inconsistenza logico-giuridica e la contraddittorietà motivazionale circa la valutazione della necessità di effettuare una angiografia prima dell'intervento chirurgico, benché tale esame sia stato ritenuto strumento del tutto obsoleto rispetto ai criteri attuali di impiego di tecnologie scientifiche quali angio NMR, peculiare risonanza magnetica, richiamando in proposito le dichiarazioni rese dal dr. R. e del dr. Ce. (consulente della parte civile).

È stata depositata una memoria nell'interesse della parte civile a supporto della sentenza, argomentando in replica a quelle svolte nel ricorso dell'imputato.

Considerato in diritto

4. Il ricorso è fondato e merita accoglimento.

Come è noto (cfr. Cass. pen. Sez. V, 17.10.2008 n. 42033, Rv. 242330 e numerosi precedenti, tra cui Sez. VI, n. 6221 del 2006, Rv 233083 e Sez. Un. n. 33748 del 12.7.2005, Rv. 231769), sulla sentenza di appello di riforma totale del giudizio assolutorio di primo grado grava un onere motivatorio rafforzato, dovendo confutare specificamente, pena altrimenti il vizio di motivazione, le ragioni poste dal primo giudice a sostegno della decisione assolutoria, dimostrando puntualmente l'insostenibilità sul piano logico e giuridico degli argomenti più rilevanti della sentenza di primo grado, anche avuto riguardo ai contributi eventualmente offerti dalla difesa nel giudizio di appello, e deve quindi corredarsi di una motivazione che, sovrapponendosi pienamente a quella della decisione riformata, dia ragione delle scelte operate e della maggiore considerazione accordata ad elementi di prova diversi o diversamente valutati.

Ma a tale onere motivatorio questo Collegio non ritiene che la sentenza impugnata abbia soddisfatto.

Giova, infatti, evidenziare che la sentenza di primo grado risulta meticolosamente motivata su ogni punto della delicata vicenda. Ma, a fronte delle puntuali considerazioni ivi svolte, non è stata fornita dalla Corte territoriale una non meno accurata contro-tesi adeguatamente supportata da una motivazione coerente ed ossequiosa delle emergenze istruttorie che valesse a inficiare in radice o almeno a sminuire quella del primo Giudice.

Peraltro il giudice, ove ritenga erroneo o non condivida il risultato della perizia, una volta che questa sia stata disposta ed espletata finanche in sede di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale in appello (istituto di natura eccezionale al quale la Corte territoriale è evidentemente ricorsa, nel silenzio della sentenza sul punto, perché riteneva di non essere in grado di decidere allo stato degli atti ovvero lo riteneva assolutamente necessario ai fini del decidere: art. 603 c.p.p.) può sicuramente disattenderlo, fermo restando l'adempimento del dovere di motivazione anche con riferimento ai criteri seguiti e, per il caso in cui sussista contrasto rispetto alle deduzioni delle parti, pure quello di contestare ogni singolo profilo di censura (cfr. Cass. pen. Sez. VI, n. 7627 del 31.1.1996, Rv. 206594).

Ma non può disconoscersi la contraddittorietà della motivazione della sentenza impugnata che, pur a fronte delle chiare risultanze della perizia disposta dalla stessa Corte in sede di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale e, non paga dell'esito di essa che pure qualificava "diffusamente motivata con ricchezza di argomentazioni", se ne è comunque radicalmente discostata (ignorando, sostanzialmente, anche le argomentazioni e conclusioni peritali di primo grado) riferendosi a dichiarazioni di consulenti di parte, a quelle (meramente parziali, e non integrali, quali riportate in ricorso) del dr. Ca. - già presenti in atti e che quindi smentivano la necessità della rinnovazione dell'Istruzione dibattimentale - e di talune (nemmeno chiaramente esplicitate) osservazioni contenute nella stessa perizia ed adducendo motivazioni molto poco convincenti e agevolmente contraddette dal ricorrente. Infatti, per quanto attiene ai primi due quesiti sopra riportati (se sussistesse o meno un tumore maligno nella minore G.E. all'atto dell'ingresso e dei primi accertamenti presso l'Ospedale di Circolo di (...) nei giorni (omissis) e, in caso affermativo, se la diagnosi imponesse l'urgenza dell'intervento seguito l'(...)) la stessa Corte riconosce che i periti nominati in sede di giudizio di appello si erano espressi "nei senso che il quadro clinico della paziente era altamente suggestivo di una neoplasia all'encefalo la quale, in presenza di ipertensione endocranica, correttamente faceva ritenere necessario un intervento chirurgico urgente". E, più precisamente, a proposito del secondo quesito, i periti d'ufficio esponevano (secondo quanto si apprende dalla stessa sentenza di appello) che "la terapia di tale stato patologico è finalizzata a controllare o diminuire la pressione con la somministrazione di farmaci e a rimuovere al più presto la causa dell'aumento di volume" e "il manifestarsi nella paziente di un peggioramento dello stato di coscienza, nonostante la terapia cortisonica instaurata all'entrata con la necessità di aggiungere diuretici osmotici per diminuire la pressione nonché la comparsa di fenomeni irritativi locali

configurava una situazione ormai critica, potenzialmente a rischio vita segnatamente in un bambino".

Quindi, "dopo alcuni giorni di indagini preoperatorie e di terapie antiedemigene il quadro clinico radiologico confermava l'indicazione chirurgica urgente che derivava dalla improrogabile necessità di impedire una possibile e imprevedibile ulteriore progressione dell'ipertensione intracranica agendo direttamente sulla massa edemigena, mentre ulteriori procedure di diagnosi differenziale e richieste di consulenze specialistiche avrebbero richiesto un periodo di tempo sicuramente elevato". In altri termini, la perizia espletata non solo ha sottolineato l'urgenza dell'intervento, già ravvisata dai primi medici che intervennero (S. , Ca. , So. , oltre allo stesso ricorrente), ma anche la sua necessità nella situazione che allora si presentava: infatti, la sintomatologia accusata dalla bambina (cefalea, vomito violento e formicolio alle dita della mano destra e al piede destro) in una al responso della prima TAC all'Ospedale di Ponte avevano fatto sorgere i primi sospetti nel dr. Ca. che disponeva il ricovero presso l'Ospedale di Circolo ove la paziente veniva sottoposta a risonanza magnetica all'esito della quale il dr. S. diagnosticava l'esistenza di un tumore ad alta malignità, estremamente esteso e, all'esito di una ulteriore risonanza magnetica all'Ospedale di Circolo il dr. T. confermava la detta diagnosi, riferendo ai genitori che la massa andava rimossa chirurgicamente con grande urgenza perché comprimeva il cervello. L'urgenza dell'intervento emerge, peraltro, dalle stesse integrali dichiarazioni del dr. Ca. che ha escluso ogni alternativa: ed anzi costui, assieme al dr. M. So. , ha condiviso sia la diagnosi della lesione tumorale sia la necessità dell'intervento chirurgico "in considerazione della grave condizione di pressione endocranica che affliggeva la bambina e che appariva in peggioramento, ed avrebbe potuto in tempi non facilmente prevedibili provocare conseguenze irreversibili", come si esprime al riguardo la sentenza di primo grado.

Quanto al terzo quesito, la relazione peritale si era espressa nel senso che, fra l'altro, la terapia cortisonica conseguente alla natura infiammatoria della lesione "non avrebbe escluso a priori un intervento decompressivo o demolitivo connesso alla persistenza di una significativa ipertensione endocranica" e, in ordine all'ultimo quesito, i periti hanno escluso conseguenze rilevanti sotto il profilo penale degli esiti cicatriziali del catetere venoso e rilevato che l'unico ciclo di chemioterapia somministrato determinava una tossicità a lungo termine trascurabile.

Insomma, complessivamente, la perizia d'ufficio si è sovrapposta alle conclusioni della sentenza di primo grado che, in sostanza, ha corroborato.

5. A fronte di ciò, la sentenza impugnata ha ritenuto la colpevolezza, agli effetti civili, del T. , ravvisandone l'imperizia e negligenza nel non aver preventivamente disposto un'angiografia ed una visita oncologica e nella mancata comunicazione ai genitori della bambina dell'esito della biopsia effettuata e l'omessa richiesta di rinnovazione del consenso dei genitori alla prosecuzione dell'intervento.

Invero, è chiaro come nella situazione connotata, secondo quanto già sopra evidenziato, da palese urgenza ed imprevedibile evoluzione ben descritta nella sentenza di primo grado e nelle condizioni della paziente rappresentate in via di evidente aggravamento, nonostante la terapia a base di cortisone, dall'elaborato dei periti d'ufficio, né la previa visita oncologica né, tanto meno, l'angiografia (che, come già riportato nella sentenza di primo grado, lo stesso consulente di parte ha riconosciuto essere accertamento non è più comunemente utilizzato, poiché superato, quanto ad esiti ed utilizzazione nella pratica neurochirurgica, dall'introduzione di altre metodologie neuro radiologiche non invasive, quali TC e NMR" e "non avrebbe potuto escludere la ricorrenza di una patologia tumorale" né "fornire indicazioni decisive"), potevano essere ritenute indispensabili (tanto che, come rileva la stessa sentenza in esame, la perizia d'ufficio non vi fa - significativamente, deve ritenersi alcun cenno): alla luce di siffatte considerazioni, è problematico se non proprio impossibile ritenere che la loro omissione possa rappresentare un atto di negligenza o imperizia.

Ciononostante, la sentenza impugnata sostiene, ma non si comprende sulla base di quale supporto scientifico o precognitivo, che dall'espletamento di tali accertamenti preventivi sarebbe emerso "con ogni probabilità che non si trattava di neoplasia bensì di processo flogistico ossia di

un'inflammation e conseguentemente sarebbe stato necessario effettuare terapie cortisoniche ad ampio dosaggio...".

E comunque, per un verso, va ribadito che gli accertamenti non invasivi sopra indicati (TC e NMR) sono stati qualificati come tecnicamente preferibili e maggiormente adoperati nello specifico e, per altro verso, va rilevato che la paziente risulta essere stata preventivamente sottoposta sia a TAC sia, per due volte, a risonanza magnetica nonché alla angioNMR cerebrale in data (...) (v. sentenza di primo grado nella esposizione in fatto, decima pagina, perizia collegiale a pag. 11 e perizia svolta in primo grado che evidenzia l'accuratezza della fase preoperatoria).

Inoltre, non è chiaro da quale fonte scientifica si sia tratto il convincimento che una mera visita oncologica nel peculiare caso in esame avrebbe potuto sortire l'esito di sicuro o almeno probabile accertamento dell'assenza di una neoplasia in atto (si pensi, come ancora riporta la sentenza di primo grado e ribadisce, con precisazioni, la relazione peritale in appello, all'estrema rarità della patologia demielinizante infine accertata - nota in letteratura in non più di una ventina di casi a livello pediatrico in tutto il mondo - tanto che il caso della piccola G.E. , primo ed unico in Italia, è stato persino oggetto di segnalazione e pubblicazione su rivista scientifica in lingua inglese nel 2008, ad opera degli specialisti del Besta). Né la Corte risponde alle precise osservazioni svolte sul punto dalla relazione peritale (pag. 32), laddove ha evidenziato che tale consulenza specialistica, oltre ad essere richiesta a discrezione del neurochirurgo, viene effettuata, nella prassi, dopo l'intervento chirurgico ad ottenimento dell'esito istologico e che "in ragione del quadro preponderante di ipertensione endocranica, la consulenza oncologica non avrebbe potuto modificare la condotta terapeutica". Del pari, non si comprende come un esito bioptico dell'esame istologico, comunque compatibile con una neoplasia maligna, in quello specifico e drammatico contesto che aveva indotto all'intervento chirurgico, potesse, in costanza di un'alternativa ma equivoca interpretazione diagnostica, imporre la sospensione dell'intervento ovvero un ulteriore prelievo di tessuto (la cui utilità è stata sostanzialmente esclusa dai periti: pag. 37 della relazione) ed una rinnovazione del consenso informato dei genitori della minore, eventualità, quest'ultima, del tutto assurda in quello specifico e delicato contesto (un nuovo consenso informato è necessario solo in caso di atto operatorio più grave di quello per il quale è stato espresso l'iniziale consenso). Sul punto bene ha argomentato, ancora una volta, la sentenza di primo grado, rilevando, da un canto, come a detto consenso non facesse alcun cenno il capo d'imputazione e, dall'altro, che il consenso inizialmente dato dai genitori, come da modulo in atti, era intervenuto, secondo quanto riferito dalla madre della piccola, a seguito di una puntuale nonché fin troppo esplicita e diretta informazione circa le conseguenze dannose dell'operazione dal dottor Scamoni e dal dottor T. ; né a seguito dell'esame istopatologico estemporaneo, dal punto di vista degli operanti, recante comunque la detta formulazione di conferma della diagnosi preventivamente formulata, poteva implicare per il sanitario procedente un motivo sopravvenuto per sospendere (per un lasso temporale neppure definito o ipotizzato tecnicamente come possibile e senza complicazioni in quel frangente, deve aggiungersi) l'operazione in pieno svolgimento ed interpellare nuovamente i parenti della paziente per prospettare un ipotetico diverso panorama diagnostico, per giunta in attesa di ulteriori accertamenti diagnostici.

6. Ma vi è di più.

La Corte territoriale ha persino superato le conclusioni peritali (quesito n. 3), presupponendo l'esito positivo degli ipotizzati esami angiografici ed oncologici che avrebbero portato ad escludere la sussistenza della neoplasia. Infatti, indipendentemente dalla natura della lesione, a fronte della oggettivamente rilevata ipertensione endocranica, derivante dall'aumento del volume della massa all'interno della scatola cranica con meccanismi di compensazione che sono particolarmente labili nei bambini (come osservano ancora i periti), il Giudice a quo sostiene che si sarebbe potuto sopperire con la mera terapia cortisonica, obliterando del tutto l'accurata risposta fornita sul punto dalla relazione peritale.

In tal modo rimane anche irrisolto il quesito di come si sarebbe potuto intervenire evitando di produrre i rilevanti effetti demolitivi conseguenti all'operazione la cui necessità i periti non hanno escluso per la persistenza di una significativa ipertensione endocranica.

7. Conseguono l'annullamento della sentenza impugnata con rinvio, ai sensi dell'art. 622 c.p.p., al giudice civile competente per valore in grado di appello cui va rimessa anche la regolamentazione tra le parti delle spese relative al presente giudizio.

Infine, si deve disporre che, in caso di diffusione del presente provvedimento, siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi a norma dell'art. 52 d.lgs. 196/03 in quanto imposto dalla legge.

P.Q.M.

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