



TRIBUNALE DI PARMA

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Parma alla pubblica udienza del 18 dicembre 2018, in composizione monocratica, nella persona del magistrato dottor Luca Agostini, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei confronti di [REDACTED],  
[REDACTED],  
[REDACTED], libero, presente.

Difeso di fiducia dall'avvocato Luigi De Giorgi del Foro di Parma, presente.

N. 1584/2018 N. Sent. Δ  
N. 547/2017 R.G.  
N. 2551/2012 N.R.

Data del deposito  
6 MARZO 2019

Data irrevocabilità  
\_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Reg. Es.  
N. \_\_\_\_\_ Camp. Pen.

Redatta scheda il  
\_\_\_\_\_

Visto P.G. il  
05 MAR 2019

N. \_\_\_\_\_ RCA

Comunicata ex art. 27 disp. reg. il  
\_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ RCA

### *Imputato*

del delitto previsto e punito dall'articolo 590 comma 2° secondo periodo del codice penale, perché, per colpa consistita in negligenza, imprudenza e imperizia e in particolare nella violazione delle norme che regolano la disciplina medica, cagionava a [REDACTED] lesioni personali gravissime diagnosticate in «grave emisindrome sensitivo-motoria destra, che rende allo stato inservibile l'arto superiore destro e gravemente deficitaria la postura e la deambulazione con un indebolimento permanente della funzione prensile e deambulatoria» e ancora «grave forma di afasia che ostacola notevolmente l'espressione verbale con elevatissima probabilità di una permanente e grave difficoltà della favella» e ciò in quanto il [REDACTED] in qualità di medico del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma, in servizio il giorno 11 marzo 2011, avuto riguardo al quadro clinico che presentava la [REDACTED] al momento del suo arrivo presso il Pronto Soccorso dove era stata trasportata dal personale del 118, in seguito a improvvisa perdita di coscienza e caduta a terra mentre si trovava all'interno di un bar di [REDACTED] ometteva, pur in presenza di sintomi di persistenza di deficit di forza e sensibilità alla mano destra, l'insorgenza di un disturbo ictale di tipo ischemico cerebrale, di attivare un "percorso trombolisi", che prevede una valutazione clinica generale immediata, l'esecuzione di esami specifici (cosiddetto profilo *stroke*), l'effettuazione di un elettrocardiogramma urgente, la disamina dei criteri di eleggibilità alla trombolisi, la convocazione immediata dello specialista neurologo (entro 25 minuti), avendo il dottor [REDACTED] richiesto una consulenza neurologica solo alle ore 12,22 (dopo circa due ore dall'accesso della paziente al Pronto Soccorso) senza specificare l'urgenza della prestazione e soprattutto l'inderogabilità dell'immediato accesso del neurologo presso i locali del Pronto Soccorso, l'attivazione dell'esame TC encefalo (da eseguire e refertare entro 45 minuti dalla richiesta) con la necessità, quindi, di inviare la [REDACTED] presso un'unità di cura dedicata (*Stroke Unit*) per un trattamento terapeutico trombolitico precoce, nonostante l'infermiera addetta al *triage* ([REDACTED]) avesse indicato nel referto «al triage ipostenia arto superiore destro» e lo stesso [REDACTED] avesse osservato «deficit di forza arto superiore destro, non riscontrabile nell'arto inferiore omolaterale, né asimmetrie funzionali del volto».

In Parma, il giorno 11 marzo 2011.

### §

Con l'intervento del Vice Procuratore Onorario, dottor Lino Vicini, e dell'avvocato Oscar Caroselli del foro di Parma per la parte civile [REDACTED] rimasta assente.

Le parti hanno concluso come segue:

- o il Pubblico Ministero ha chiesto che l'imputato fosse assolto ai sensi dell'articolo 530 comma 2° del codice di procedura penale;

du

- l'avvocato Oscar Caroselli del foro di Parma si è riportato alle conclusioni scritte che ha depositato unitamente a nota spese di cui ha chiesto la liquidazione;
- l'avvocato Luigi De Giorgi del foro di Parma ha chiesto che ██████████ fosse assolto con la formula più ampia; in subordine, che fosse assolto ai sensi dell'articolo 590-*sexies* del codice penale; in estremo subordine, che fosse assolto per mancanza di nesso di causalità.

## MOTIVAZIONE

### *La vicenda processuale*

██████████, come in atti generalizzato, fu tratto a processo con decreto di citazione diretta del 17 marzo 2016 e presenziò all'udienza del 7 aprile 2017, quando si costituì parte civile ██████████ (sul punto si richiama l'ordinanza con cui fu rigettata la richiesta di esclusione formulata dall'avvocato De Giorgi), fu dichiarato aperto il dibattimento e furono ammesse le prove richieste dalle parti. Ebbe quindi inizio l'istruttoria con la deposizione della persona offesa ██████████, dopo di che il processo fu rinviato, poiché secondo le indicazioni dello scrivente si sarebbe dovuto tenere il 10 aprile 2017 (mentre le parti erano state citate dalla Procura della Repubblica per il 7 aprile 2017) e considerato anche che era stato superato l'orario per terminare l'udienza indicato dagli accordi sindacali con il personale amministrativo.

Il 10 aprile 2017 il processo fu ulteriormente rinviato, poiché lo scrivente era impegnato quale componente del Consiglio Giudiziario presso la Corte di Appello di Bologna, ma il giudice onorario supplente non poté svolgere alcuna attività, giacché i difensori aderirono all'astensione dalle udienze proclamate dall'Unione delle Camere Penali Italiane.

Conseguentemente, il decorso del termine di prescrizione del reato oggetto di giudizio restò sospeso - giacché l'istruttoria sarebbe altrimenti potuta proseguire - sino all'udienza del 21 novembre 2017 (per complessivi 226 giorni), quando il Vice Procuratore Onorario rinunciò invece ad aderire all'astensione dalle udienze proclamata dall'organismo di categoria e furono così sentiti ██████████, ██████████ e ██████████, che però, dovettero deporre nuovamente il 3 luglio 2018, giacché non fu possibile ottenere una trascrizione fedele delle loro dichiarazioni per un malore occorso alla stenotipista e perché il supporto digitale contenente la registrazione delle loro testimonianze era andato perduto.

Alla stessa udienza si procedette altresì all'audizione ai sensi dell'articolo 197 del codice di procedura penale degli originari coindagati ██████████ e ██████████, considerato che il termine di prescrizione del reato originariamente ipotizzato a loro carico era ormai interamente decorso, senza che constassero atti interruttivi (in particolare il provvedimento di archiviazione adottato il 4 maggio 2016 per la ██████████ non risultò essere stato preceduto da apposita udienza).

*du*

Dopo di che depose il dottor ██████████, consulente tecnico del Pubblico Ministero, e, infine, fu disposto l'accompagnamento coattivo del testimone ██████████, che fu anche sanzionato per non essere comparso senza addurre alcun impedimento, nonostante fosse stato regolarmente citato.

Tale provvedimento fu però revocato il 21 settembre 2018, alla luce della documentazione pervenuta nelle more, dalla quale risultava che il 3 luglio 2018 lo stesso ██████████ era stato dimesso dall'██████████ dopo aver subito un intervento chirurgico ed egli fu quindi sentito all'udienza del 25 settembre 2018 (anche in questo caso ai sensi dell'articolo 197 del codice di procedura penale, essendo ormai interamente decorso il termine di prescrizione del reato originariamente ipotizzato a suo carico), fu svolto l'esame dell'imputato e depose anche il testimone ██████████.

L'istruttoria terminò perciò il 20 novembre 2018, quando ebbe luogo l'audizione del dottor ██████████, consulente tecnico della difesa, e fu acquisito il certificato datato 5 aprile 2011.

Il 18 dicembre 2018 ██████████ rese spontanee dichiarazioni, dopo di che le parti conclusero come sopra riportato e il Pubblico Ministero produsse a sostegno delle sue argomentazioni la richiesta di archiviazione formulata il 7 marzo 2016 per le posizioni di ██████████ e ██████████ dal sostituto procuratore della Repubblica titolare delle indagini.

§

### *1 - Ricostruzione dei fatti*

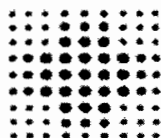
Alle 9.50 di venerdì 11 marzo 2011, ██████████, che all'epoca aveva ventotto anni, si trovava al bar ██████████ per fare colazione, quando improvvisamente accusò un malore e svenne; i titolari dell'esercizio chiesero perciò l'intervento di un'autoambulanza, che trasportò la ██████████ al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma, dove la giovane arrivò alle 10.33<sup>1</sup>.

██████████, infermiera in servizio al *triage*, accolse la paziente e raccolse le sue dichiarazioni, dato che era vigile, lucida e collaborante, e apprese così che ██████████ aveva perso conoscenza poco prima e che in quel momento avvertiva un deficit di forza all'arto superiore destro, come riscontrato direttamente anche dalla ██████████. In base a ciò, l'infermiera assegnò alla ██████████ un codice giallo nella scheda informatica che compilò per segnalare al medico in servizio presso il Pronto Soccorso, cioè il dottor ██████████, che la giovane doveva

<sup>1</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 20 – 21, 30; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, p. 51.

essere visitata entro venti minuti, dopo di che la portò in uno degli ambulatori in barella, dove la lasciò ad attendere il [REDACTED]<sup>2</sup>.

L'imputato visitò quindi [REDACTED] nel box numero 6 e compilò il seguente referto:



Servizio Sanitario Regionale - Regione Emilia-Romagna  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma  
Dipartimento Emergenza - Urgenza  
Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza  
Direttore: Dr. Gianfranco Cervellini

4/BOX 6

### Modulo di richiesta Consulenze

Numero di Verbale [REDACTED] Data/ora Ingresso 11/03/2011 10.33.29  
Ambulatorio: PS\_AREA\_BARELLATI\_2A Al Reparto di NEURO AMB GEN

Cognome: [REDACTED]	Nome: [REDACTED]	Sesso: F
Nato il: [REDACTED]	a: [REDACTED]	Prov.: [REDACTED]
Residente a: [REDACTED]	Prov.: [REDACTED]	Indirizzo: [REDACTED]
Codice USL: [REDACTED]	Tessera sanitaria: [REDACTED]	Cod. Fisc.: [REDACTED] STP:

Causale: MALATTIA Mod.invio: DECISIONE PROPRIA  
Mezzo arrivo: AMBULANZA 118 Luogo: Data/ora:  
Mezzo: Ruolo: Tipo:

Dati anamnestici: -IPERTIROIDEA IN TRATTAMENTO.  
-EPISODIO SINCOPALE SEGUITO DA IPOSTENIA MARCATA ARTO SUPERIORE DX.

Esame obiettivo: -DEFICIT DI FORZA ARTO SUPERIORE DESTRO, NON RSCONTRABILE NELL'ARTO INFERIORE  
OMOLATERALE, NÈ ASIMMETRIE FUNZIONALI DEL VOLTO.  
-VIGILE, ORIENTATA, COLLABORANTE

Accertamenti: TAC CRANIO/ENCEFALO EMOCROMO  
ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZ. PANCREATICA) UREA  
BILIRUBINA TOTALE CLOREMIA  
CREATININEMIA GLICEMIA  
LDH (LATTICODEIDROGENASI) POTASSIEMIA (K)  
SODIEMIA (NA) TRANSAMINASI (GPT O ALT)  
ATTIVITA' PROTROMBINICA (PT) (TEMPO DI QUICK) TEMPO TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)  
ISOENZIMA MB DELLA CREATINCHINASI (CK-MB) TROPONINA I

Consulenze: VISITA NEUROLOGICA

Quesito diagnostico: -IPERTIROIDEA IN TRATTAMENTO.  
-EPISODIO SINCOPALE SEGUITO DA IPOSTENIA MARCATA ARTO SUPERIORE DX.

Consulenza/e richiesta/e :

37 - VISITA NEUROLOGICA

Data 11/03/2011 12:22

Il Medico richiedente [REDACTED]

### Referto

[REDACTED] dispose quindi vari accertamenti, come emerge dal documento sopra riportato, e in particolare alle 10.58 [REDACTED] fu sottoposta a una tomografia assiale computerizzata (d'ora innanzi, per brevità, TAC)<sup>3</sup>.

Verso le 11.30 giunsero presso il nosocomio [REDACTED] e [REDACTED], sorella e padre di [REDACTED], che però non poterono vedere subito, né incontrarono il [REDACTED], perché rimasero con

<sup>2</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. [REDACTED], pp. 35 - 38.

<sup>3</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. [REDACTED], p. 51.

la persona offesa nella corsia del Pronto Soccorso, all'esterno degli ambulatori, in attesa che la portassero nel reparto di Neurochirurgia, dove l'imputato dispose che fosse condotta alle 12.46, dopo aver ricevuto alle 12.17 il referto della TAC e, nonostante da questo esame non fossero emerse «aree focali di alterata densità parenchimale di tipo acuto», alle 12.22 chiese una consulenza neurologica sulla paziente<sup>4</sup>.

Verso le 13.30 ██████████ arrivò nel reparto di Neurochirurgia e durante questa attesa ██████████ e ██████████ constatarono che la persona offesa avvertiva un forte mal di testa, mal di stomaco e un formicolio alle braccia, ma parlava esprimendo ancora i suoi pensieri con lucidità. La neurologa ██████████ visitò quindi la ██████████ alle 14.35 e, verificato che la TAC effettuata in mattinata non aveva riscontrato anomalie, le pose alcune domande, testò i suoi riflessi percuotendo con un martelletto la sua gamba e la fece camminare, constatando che deambulava normalmente, era vigile ma molto agitata, piangeva e si lamentava di un forte mal di capo e di una certa difficoltà nel muovere il braccio destro, in cui avvertiva una minore sensibilità. A tal proposito va chiarito che ██████████ verificò che in realtà la persona offesa presentava soltanto un deficit nella motricità fine della mano destra, per cui la congedò, ritenendo che fosse vittima di una semplice indigestione, ma dispose comunque che fosse ricondotta in barella nel Pronto Soccorso, in attesa di essere ricoverata nel reparto di Medicina Generale, dove sarebbe rimasta in osservazione qualche giorno. La dottoressa ██████████ programmò altresì una risonanza magnetica parenkhym per il successivo lunedì, ipotizzando che ██████████ potesse essere affetta da una sclerosi multipla, nonché un'ecodoppler ai tronchi sovraortici e un ecocardiogramma, per accertare che l'episodio sincopale non avesse origine cardiogena<sup>5</sup>.

Secondo i familiari, la giovane iniziò però a balbettare e a vomitare dopo la suddetta visita, sin da quando si sedette nel corridoio fuori dall'ambulatorio del neurochirurgo e proseguì nel pomeriggio, quando l'emicrania si fece più intensa e ██████████ divenne paonazza, perse l'uso della parola, non riuscì più a controllare il piede destro, ogni forza nel braccio destro la abbandonò e a tratti non era presente a se stessa<sup>6</sup>.

Va osservato che questo quadro contrasta, però, con quanto appurò verso le 16.00 il dottor ██████████, all'epoca dirigente medico del Pronto Soccorso di Parma, che subentrò in

<sup>4</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 21 – 22, 30; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 4 – 5, 12; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 39 – 41, 43 – 44; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, p. 51; rel. integr. ██████████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 5.

<sup>5</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 22, 27; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 5 – 6, 13; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 39 – 42, 45 – 47; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 51 – 52; rel. integr. ██████████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 5.

<sup>6</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 6 – 7; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 22 – 24.

turno al ██████ e diagnosticò a ██████ una semplice sincope, sulla base dei sintomi che constatò, cioè cefalea, vomito e una leggera fotofobia, ma non disartria. Pure il professor ██████, l'endocrinologo che seguiva ██████ per i suoi problemi alla tiroide e che giunse in ospedale alle 18.00 circa, suggerì alla dottoressa ██████ che la sintomatologia poteva derivare da una vasculite causata da un farmaco che la ragazza assumeva per il suo problema metabolico, senza ipotizzare che fosse in corso un *ictus*.

Invero, soltanto in serata la ██████ fu ricoverata in Prima Clinica Medica e, poiché neppure i medici di quel reparto riuscirono a comprendere le cause dei sintomi che manifestava, verso mezzanotte la sottoposero a una TAC, da cui emerse che era stata vittima dell'occlusione della carotide interna sinistra, che le causò un'ischemia cerebrale, dalla quale derivarono un'afasia, un'emiparesi controlaterale e anche un edema maligno. ██████, peraltro, entrò in coma mentre fu effettuata una seconda TAC, nella prima mattina del 12 marzo 2011, tanto che il radiologo richiese l'intervento del dottor ██████ del Reparto Rianimazione, che, dopo aver posto in essere tutte le misure per preservare le funzioni vitali della paziente (in particolare intubandola e praticandole una tracheotomia), la fece trasportare nel suo reparto, dove fu ospitata per venti giorni. Una volta superato il pericolo di vita, la giovane fu risvegliata dal coma indotto, fu trasferita in Neurochirurgia e da qui, dopo circa una settimana, nel padiglione Cattani, in cui rimase sino al luglio 2011, perché intraprese un difficile percorso riabilitativo<sup>7</sup>.

Ciò nonostante, all'epoca del dibattimento ██████ non aveva ancora recuperato la capacità di articolare discorsi complessi, mentre il suo braccio destro era paralizzato e insensibile al dolore e al calore, anche se si era sottoposta a un intervento chirurgico per allungarne i muscoli; per di più, l'immobilità dell'arto aveva pure originato un trombo che aveva costretto la ragazza a recarsi al Pronto Soccorso. Anche la mano destra di ██████ si era rattrappita ed ella non poteva aprire le dita, per cui non era neppure in grado di svolgere attività apparentemente banali come scrivere. Inoltre, nella gamba destra della donna era stata inserita una pompa per rilasciare un farmaco che rilassasse i muscoli in modo da consentirle di distendere il piede, sorretto da un tutore; per giunta, ogni anno ██████ dovette sottoporsi a interventi chirurgici per ovviare alla tendenza a contrarsi anche delle dita di questo arto<sup>8</sup>.

Questo complesso di patologie portò peraltro ██████ ad abbandonare il suo impiego come operatrice socio sanitaria presso una casa di cura di ██████ e gli enti competenti a valutarla

<sup>7</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 22 – 24, 26 – 27, 30; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 6 – 10, 13 – 14; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 42 – 43; verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████, pp. 4 – 7; verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████, pp. 18 – 21.

<sup>8</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 28 – 29; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 10 – 11, 13 – 14; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 19; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 32.

totalmente invalida, per cui le riconobbero una pensione mensile di poco meno di 300,00 euro. Dopo l'11 marzo 2011, inoltre, ██████ dovette accudire la sorella a tempo pieno, perché anche la madre ebbe gravi problemi di salute, tanto che si trasferì nell'appartamento di ██████ a ██████, ma dopo circa un anno e mezzo entrambe tornarono a vivere nell'abitazione di famiglia a ██████, dove fu necessario installare un corrimano che aiutasse la persona offesa a raggiungere la stanza da letto, dato che non riuscì più a deambulare senza l'ausilio di una stampella. ██████, inoltre, dovette accompagnare quotidianamente ██████ alle sedute di fisioterapia<sup>9</sup>.

§

## ***2 – Considerazioni sul compendio probatorio***

### ***2.1. Le prove a carico***

#### ***2.1.1. Le prove orali***

L'11 marzo 2011 si consumò una tragedia, perché la vita di una giovane donna restò per sempre compromessa da un'ischemia che non fu diagnosticata tempestivamente, alla quale fortunatamente sopravvisse (nonostante il rilevante pericolo in cui si trovò la sua vita), ma che le causò varie menomazioni permanenti; altrettanto evidente è il contraccolpo subito dai familiari di ██████, costretti a sacrifici personali per accudirla nella sua nuova quotidianità.

Tuttavia, compito del processo penale è appurare responsabilità personali, con rigore istruttorio e logico, fino a valicare la soglia del ragionevole dubbio che impone una pronuncia assolutoria, senza avvalersi di semplificazioni probatorie proprie di altri rami dell'ordinamento, nella ricerca di un'umana Giustizia che, conscia dei propri limiti, deve astrarsi dal dolore delle vittime, non lasciarsi contaminare da desideri di vendetta, né piegarsi al desiderio di individuare ad ogni costo un colpevole.

Ebbene, nel caso di specie la Pubblica Accusa non ha raggiunto la prova della penale responsabilità di ██████, per le motivazioni che ora si espliciteranno.

A tal proposito va innanzitutto tracciato con chiarezza il perimetro di questa decisione: ciò che rileva, in questa sede, è accertare lo stato in cui ██████ si presentò quando fu visitata dall'imputato, posto che, come è noto, per verificare la fondatezza di un addebito colposo occorre porsi nella prospettiva del soggetto nel momento in cui non tenne la condotta doverosa imposta dalla regola cautelare, alla luce degli elementi di conoscenza che aveva a disposizione in quel momento per orientare il suo comportamento.

<sup>9</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 24 – 26, 28 – 29; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 11; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 32 – 33.



Non solo: va anche tenuto conto delle condizioni in cui l'imputato si trovò ad agire, cioè quale medico di un reparto fisiologicamente deputato a operare in emergenza (il Pronto Soccorso), con altri ventisei pazienti da seguire (senza che sia emerso quale scala di gravità presentassero i loro malanni), vale a dire in una situazione ben differente da quella vissuta dai consulenti tecnici quando riesaminarono il caso.

In ciò consiste il metodo della prognosi postuma, che pur concernendo il profilo soggettivo della colpa si riflette ineluttabilmente sulla selezione del materiale istruttorio da considerare ai fini della presente decisione, nel senso che le testimonianze di coloro che assistettero all'evoluzione della sintomatologia presentata da ██████████ dopo che la ragazza fu visitata da ██████████ potranno, al più, offrire elementi logici da cui inferire quali fossero le sue condizioni quanto il ██████████ la prese in consegna.

Inoltre, in linea generale, va considerato che l'ampio lasso di tempo trascorso dall'epoca dei fatti ha inevitabilmente sfumato i ricordi dei testimoni e che quindi maggiori certezze offre il compendio documentale acquisito dagli inquirenti presso l'Ospedale Maggiore di Parma, perché creato all'epoca delle vicende che il Tribunale è chiamato ad accertare.

Alla luce di ciò, va osservato che le versioni offerte da ██████████ e ██████████ inquadrano segmenti della vicenda successivi al momento in cui il ██████████ visitò ██████████, di modo che non vi è prova del fatto che egli abbia mai assistito ai conati di vomito della ragazza oppure che ella presentasse già difficoltà nella favella finché si trovò nell'ambulatorio 6 del Pronto Soccorso. Anzi, sia ██████████ che ██████████ hanno genuinamente ammesso in dibattimento di non avere neppure incontrato l'imputato quell'11 marzo, che trascorsero tra i vari reparti dell'ospedale al capezzale della loro cara; tanto ciò è vero che nessuno dei due riconobbe ██████████, nonostante si trovasse in aula quando deposero<sup>10</sup>.

Peraltro, va registrato il contrasto tra le due suddette testimonianze circa il momento in cui i citati, eloquenti, sintomi si palesarono, poiché secondo ██████████ la figlia rigurgitò e balbettò già verso mezzogiorno, quando la vide per la prima volta, mentre stando a ██████████ ciò avvenne dopo che la sorella era stata visitata in neurologia<sup>11</sup> e, nel dubbio, va privilegiata questa seconda chiave di lettura, perché più favorevole al reo.

Vi è peraltro un ulteriore contrasto tra le fonti orali che merita di essere evidenziato.

██████████ e sua sorella ██████████ hanno infatti riferito che, quando visitò ██████████ il 12 marzo 2011, il dottor ██████████ avrebbe affermato che i medici del Pronto Soccorso oppure quelli del reparto di Neurochirurgia avevano commesso un errore, non individuando la

<sup>10</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 5, 12 – 13.

<sup>11</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 5, 12 – 13; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 22 – 23.

patologia dalla quale era affetta e non praticandole una terapia salvifica, la trombolisi – il che, si noti, è il cuore dell'accusa mossa a ██████████. Tuttavia, il dottor ██████████ ha precisato in udienza che in realtà commentò negativamente il fatto che fosse stato il radiologo a richiedere il suo intervento e non intendeva affatto riferirsi a eventuali errori terapeutici di chi l'aveva preceduto, perché non sarebbe stato in grado di formulare una simile valutazione subito dopo aver preso in consegna la paziente<sup>12</sup>.

Considerato che dall'istruttoria non è emerso un concreto motivo che potesse indurre il dottor ██████████ a mentire per favorire ██████████, deve ritenersi che la memoria degli eventi di ██████████ e ██████████ fosse almeno in parte alterata dallo sconvolgimento morale determinato dal dramma che vissero, che però si traduce in una scarsa affidabilità ai fini della presente decisione.

### **2.1.2. Le prove documentali**

Alla luce di quanto sinora esposto, va ribadito che occorre attribuire maggiore rilievo alle prove documentali raccolte nel corso dell'istruttoria.

Ebbene, in primo luogo è opportuno chiarire che la patologia che colpì ██████████ il giorno 11 marzo 2011, in base alla cartella di ricovero della stessa presso il Dipartimento di Emergenza – Urgenza dell'Ospedale Maggiore di Parma datata 31 marzo 2011, fu un *«ictus ischemico per trombosi dell'arteria carotide interna sinistra con lesione ischemica acuta nel territorio di vascolarizzazione superficiale e profondo dell'arteria cerebrale media omolaterale»*<sup>13</sup>, come confermato dalla lettera di dimissioni del 5 aprile 2011, che certificò un *«ictus ischemico emisferico sx da trombosi di c. interna ad eziologia in corso di determinazione»*<sup>14</sup>.

Tali diagnosi appaiono pienamente affidabili, perché furono il frutto di un prolungato periodo di osservazione, durante il quale la ██████████ fu altresì sottoposta a una nutrita serie di accertamenti anche strumentali (i cui risultati sono peraltro confluiti nel fascicolo per il dibattimento) da parte di medici specializzati, che grazie alle loro cure e attenzioni le salvarono la vita.

Ciò detto, alla luce del perimetro della decisione tracciato nel precedente paragrafo della motivazione, rileva soprattutto quanto emerge dalla documentazione medica redatta fino al momento in cui la persona offesa uscì dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore; occorre

<sup>12</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 9 – 10; verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, pp. 16 – 18; verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████████, p. 6.

<sup>13</sup> V. scheda ricovero 31 marzo 2011 (all. decr. cit.), che si rifà ai risultati della TAC all'encefalo e al collo effettuata il 12 marzo 2011 dal dottor ██████████ (all. decr. cit.).

<sup>14</sup> V. lettera dimissioni 5 aprile 2011 (all. decr. cit.).

quindi basarsi essenzialmente sul referto di Pronto Soccorso che per così dire fotografò la situazione tra le 10.33 e le 12.58, che si è riportato poc'anzi<sup>15</sup>.

Da tale documento emerge chiaramente che:

- [REDACTED] arrivò al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma in autoambulanza;
- i dati anamnestici, riferiti dalla paziente a [REDACTED], riguardarono le patologie in atto a lei note (*«ipertiroidea in trattamento»*), quanto le era accaduto (*«episodio sincopale»*) e le sensazioni che provava nel momento in cui il [REDACTED] la visitò (*«ipostenia marcata arto superiore dx»*);
- l'esame obiettivo svolto dall'odierno imputato appurò che [REDACTED] presentava un *«deficit di forza arto superiore destro, non riscontrabile nell'arto inferiore omolaterale, né asimmetrie funzionali al volto»* e che la paziente era *«vigile, orientata, collaborante»*;
- per individuare le cause di tale quadro clinico, l'imputato dispose una serie di accertamenti ematici e una TAC all'encefalo della giovane, che come già si è detto diede questo esito:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE**  
**Unità Operativa Complessa NEURORADIOLOGIA**  
*Direttore: Dr. Girolamo Crisi*

<b>Cognome Nome :</b> [REDACTED]	<b>Sesso:</b> F
<b>Nato a:</b> [REDACTED]	<b>il:</b> [REDACTED]
<b>C.F. :</b> [REDACTED]	<b>Tessera Sanitaria:</b> [REDACTED]
<b>Data esame:</b> 11/03/2011 10:58	<b>Data refertazione:</b> 11/03/2011 12:17
<b>Provenienza:</b> PS-AREA BARELLATI 2A	<b>N° Cartella:</b> [REDACTED]
<b>Tipo Esame:</b> TAC CRANIO/ENCEFALO	

**TAC CRANIO/ENCEFALO**

Non aree focali di alterata densità parenchimale di tipo acuto attualmente evidenziabili.  
Ventricoli cerebrali in asse, di taglia proporzionata all'età.

- alle 12.22, cinque minuti dopo aver conosciuto l'esito della TAC, [REDACTED] chiese una consulenza neurologica, espletata dalla dottoressa [REDACTED], che compilò a mano la parte inferiore del referto di Pronto Soccorso per attestare quanto da lei appurato dopo aver

<sup>15</sup> V. ref. Pr. Socc. 11 marzo 2011 (all. decr. cit.).

visitato la paziente a partire dalle 14.35 (in calce alla sezione del documento sopra riportata)<sup>16</sup>.

Ulteriore documento di cui occorre dare conto è il “Percorso trombolisi E.V.” adottato dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel luglio 2009, in base al quale:

a) già l’equipaggio dell’autoambulanza che soccorse la persona offesa e la trasportò al Pronto Soccorso di Parma avrebbe dovuto allertare il personale medico se avesse ravvisato un possibile *ictus* sulla scorta degli indici enucleati dal cosiddetto Cincinnati Prehospital Stroke Scale (d’ora innanzi, C.P.S.S.)<sup>17</sup>. Nel caso di specie, invece, ciò non avvenne, perché quando l’ambulanza arrivò al bar ██████████ di ██████████ ██████████ non presentava nessuno dei sintomi del C.P.S.S., ma, anzi, il quadro di esordio del malessere che manifestò era caratterizzato da un episodio sincopale, associato a una breve perdita di coscienza;

b) l’infermiera del *triage* avrebbe dovuto riscontrare la prima analisi svolta dal personale di soccorso, assegnare un codice giallo alla paziente e inserire l’apposita dicitura “*ictus possibile candidato a trombolisi*”<sup>18</sup>; di tale inequivoca indicazione, però, non v’è traccia nei documenti agli atti;

c) il terzo passaggio sarebbe stato quello in cui entrò in scena il dottor ██████████, medico del Pronto Soccorso, che a discapito della totale assenza di segnalazioni da parte di chi lo aveva preceduto intuì la patologia in atto in base alla debolezza del braccio destro (circostanza da lui stesso ammessa in sede di esame, come si vedrà)

Dopo di che, il ██████████ avrebbe dovuto<sup>19</sup>:

1. controllare i parametri vitali di ██████████;
2. eseguire un prelievo urgente per gli esami “Profilo Stroke” ed effettuare una valutazione estemporanea della glicemia con glucometro su sangue capillare;
3. eseguire un elettrocardiogramma urgente a dodici derivazioni;
4. fornire le cure come prescritto dai comportamenti in uso evitando di somministrare ASA;
5. effettuare la disamina dei criteri di eleggibilità alla trombolisi secondo lo schema semplificato;
6. posizionare un catetere venoso;

<sup>16</sup> V. ref. Pr. Socc. 11 marzo 2011 (all. decr. cit.).

<sup>17</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, p. 48; rel. integr. ██████████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), pp. 3 – 4; “Percorso trombolisi E.V.” luglio 2009 (prod. dif. ██████████ ud. 20 novembre 2018), p. 7.

<sup>18</sup> V. rel. integr. ██████████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 4; “Percorso trombolisi E.V.” luglio 2009 (prod. dif. ██████████ ud. 20 novembre 2018), pp. 7 – 8.

<sup>19</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████████, p. 48; rel. integr. ██████████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 4; “Percorso trombolisi E.V.” luglio 2009 (prod. dif. ██████████ ud. 20 novembre 2018), p. 14.

7. qualora i suddetti criteri di eleggibilità fossero stati confermati, convocare il neurologo di guardia per ottenere una consulenza entro venticinque minuti e disporre una TAC all'encefalo.

Il "percorso trombolisi" disciplinava peraltro anche le successive fasi che avrebbero dovuto seguire sanitari di altri settori, che non rilevano ai fini di questo processo e sulle quali è quindi inutile dilungarsi.

Ebbene, va innanzitutto rilevato che sulla scorta dell'istruttoria si può affermare che [REDACTED] [REDACTED] dispose un elettrocardiogramma urgente a dodici derivazioni (che risulta eseguito alle 10.41), mentre dal più volte citato referto di Pronto Soccorso si evince che prescrisse esami del sangue della persona offesa, incluso un controllo sulla glicemia e non sussistono elementi per dubitare che ne abbia verificato i parametri vitali.

Ciò detto, occorre dare atto di quelli che erano i criteri di non eleggibilità abbreviati per il personale del Pronto Soccorso, poiché il [REDACTED] doveva vagliare la sussistenza di una possibile causa ostativa prima di convocare il neurologo e disporre che [REDACTED] intraprendesse il percorso trombolisi. Va osservato al riguardo che, in base alle prove documentali e orali raccolte, si trattava di parametri stringenti, poiché i farmaci in questione presentano rilevanti controindicazioni: se erroneamente somministrati (cioè a un paziente non eleggibile), infatti, possono provocare emorragie e finanche la morte cerebrale<sup>20</sup>.

In sostanza, l'imputato avrebbe dovuto compilare la seguente scheda, che si trova a pagina 14 del "Percorso trombolisi E.V." e che giova qui riportare, dopo di che avrebbe dovuto sottoscriverla, precisando sin d'ora che tale documento non è stato versato in atti (nonostante in sede di indagini sia stata acquisita l'intera cartella clinica della [REDACTED]):

---

<sup>20</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, dep. [REDACTED], p. 24; anche il c.t. P.M. concorda sul punto.

## Criteria di non eleggibilità (esclusione) abbreviati per il personale di P.S.

Qualsiasi condizione clinica a giudizio del medico: basta 1 criterio dell'elenco sottoesposto.

Demografici: età < 18 anni > 80 anni

### 1 – Anamnestici

- Inizio dei sintomi non definibile con precisione e/o sintomi esorditi da più di 120'
- Rapido miglioramento dei sintomi in corso
- Presenza di coma o stupor con **GCS ≤ 8**
- Pregresso ictus ischemico/emorragico nei 3 mesi precedenti o residuo pregresso deficit invalidante
- Patologie severamente invalidanti

### 2 – Patologici

- Diatesi emorragica e/o condizioni favorevoli
- neoplasia cerebrale, interventi neurochirurgici negli ultimi 3 mesi
- malformazioni artero venose, aneurismi arteriosi, recente rachicentesi (ultimi 7 gg)
- Neoplasie con aumentato rischio emorragico
- Epatopatie (cirrosi, ipertensione portale, varici esofagee, epatite in fase attiva), M. di Crohn, Rettocolite ulcerosa
- Recente parto o biopsia di organo parenchimale o intervento chirurgico (meno di 10 gg)
- Recente diagnosi di ulcera gastro intestinale, emorragia del tratto digerente o urinaria (nei 3 mesi precedenti).

### 3 - Clinico laboratoristici

- Pressione sistolica > 185 o diastolica > 110 mm/Hg non trattabile con provvedimenti di base (diuretico i.v.)
- Glicemia < 50 mg > 400 mg/dl

### 4 – Farmacologici

- Terapia in corso con calciparina, eparina sodica o eparina a basso peso molecolare
- Terapia anticoagulante per os

Firma del medico

### 2.1.3. La consulenza tecnica disposta dal Pubblico Ministero

Altra fonte di prova particolarmente rilevante è costituita dalla consulenza tecnica esplicita su incarico del Pubblico Ministero dal dottor ██████████, che visitò ██████████ tra il luglio e l'agosto del 2011 e, con l'ausilio del neurochirurgo e neurologo dottor ██████████,

*[Handwritten signature]*

██████████<sup>21</sup>, giunse alle seguenti conclusioni:

- quando sorga il sospetto di un *ictus* ischemico in atto il paziente, indipendentemente dall'età, va avviato a un percorso preferenziale che consenta di trattarlo entro quattro ore e mezza (secondo la letteratura internazionale e in particolare secondo le linee guida "SPREAD"), con farmaci che, somministrati per via endovenosa (o più raramente endoarteriosa), sciolgano il trombo che ostruisce la circolazione del sangue<sup>22</sup>;
- il "Percorso trombolisi E.V." adottato dal 2009 dall'azienda ospedaliera parmigiana era ancora più stringente, perché prevedeva che il farmaco trombolitico venisse iniettato entro tre ore allo scopo di evitare il rischio di emorragie<sup>23</sup>;
- quando i soccorritori arrivarono sul luogo in cui si trovava ██████████, ella non presentava gli indici che in base al C.P.S.S. avrebbero indotto a instradarla verso il percorso trombolitico, vale a dire alterazioni del linguaggio, della mimica facciale, della motricità degli arti<sup>24</sup>;
- tali sintomi comparvero però quando la ██████ arrivò al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma, perché nella scheda di *triage* fu riportato che presentava un'ipostenia marcata all'arto superiore destro, come risulta pure dal referto di Pronto Soccorso redatto da ██████████, che sulla base di ciò avrebbe dovuto avviare il percorso trombolisi. Il ██████ invece si limitò a richiedere soltanto che ██████ fosse sottoposta a una TAC, senza sollecitare anche l'intervento di un neurologo in reparto<sup>25</sup>;
- in sostanza, l'imputato errò nel non diagnosticare l'ischemia in atto, perché dalla tipologia di esami da laboratorio inizialmente prescritti ed eseguiti si evinceva che aveva indagato la possibile genesi cardiaca della sincope; tale ipotesi però a parere del dottor ██████ era «non confortata dai dati clinici», perché l'ipostenia dell'arto superiore destro non era accompagnata da dispnea, dolore toracico o addominale e la pressione arteriosa era nella norma<sup>26</sup>;
- conseguentemente, l'imputato dispose una TAC all'encefalo, perché era logico cercare «un possibile disturbo neurologico cui imputare l'improvvisa ipostenia a carico di un arto, preceduta da una perdita di coscienza senza apparenti motivi», il cui esito negativo consentiva di escludere «la presenza di lesioni focali di tipo emorragico, cistico o tumorale», ma secondo il consulente tecnico del

<sup>21</sup> V. rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), pp. 1 – 2.

<sup>22</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 52; rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 32.

<sup>23</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 52; rel. integr. ██████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 3.

<sup>24</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, p. 52; rel. integr. ██████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 4.

<sup>25</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 52 – 53, 55.

<sup>26</sup> V. rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 29.

Pubblico Ministero non anche di scartare l'ipotesi di una «ischemia cerebrale in fase iperacuta, poiché sono necessarie almeno 12 ore perché compaiano segni diretti o indiretti» della stessa<sup>27</sup>;

- l'ipertiroidismo di ██████ avrebbe potuto giustificare, in parte, l'episodio sincopale occorso, ma non anche la suddetta ipostenia e un unico sintomo tra quelli classificati dal C.P.S.S. doveva far scattare quanto previsto dal “percorso trombolisi”, anche perché la debolezza al braccio per il ██████ era «fortemente suggestiva per una genesi neurologica “centrale” dell'evento, specie in assenza di altri segni e sintomi che potessero far ipotizzare altre diagnosi (traumi, disturbi psichiatrici, ecc.)»<sup>28</sup>;
- in particolare, l'ictus ischemico era un evento morboso «infrequente ma non eccezionale»<sup>29</sup>;
- in ogni caso, quand'anche la diagnosi fosse stata corretta e la trombolisi fosse stata tempestivamente somministrata, la terapia in questione non avrebbe con criterio di probabilità prossimo alla certezza evitato le conseguenze lesive prodotte dall'ischemia su ██████, perché solo «nel 60 % dei pazienti affetti da stroke la trombolisi determina un miglioramento dei deficit neurologici permanenti e una riduzione significativa della disabilità» e, specularmente, «una corretta e tempestiva condotta sanitaria avrebbe avuto una probabilità stimabile nell'ordine del 60 % di evitare le conseguenze lesive e menomative patite»<sup>30</sup>.

La chiave di lettura offerta dal consulente tecnico del Pubblico Ministero appare pienamente condivisibile, alla luce delle argomentazioni addotte e dalla letteratura scientifica su cui si basa, quanto alla possibilità ed esigibilità da parte di ██████ di addivenire a una diagnosi corretta, quanto meno in forma differenziale.

Sul punto, occorre però superare preliminarmente l'incertezza prospettata dal consulente tecnico del Pubblico Ministero in punto di causalità della condotta dell'imputato rispetto all'evento del delitto di lesioni colpose su cui verte il giudizio.

A tal proposito va chiarito che non sussistono dubbi in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra l'omessa diagnosi da parte di ██████ e la disabilità che l'ictus cagionò alla persona offesa, posto che, al di là del coefficiente di probabilità statistica menzionato dall'esperto nominato dal rappresentante dell'accusa, va considerato che nel caso di specie l'errore in cui incorse l'imputato impedì qualsiasi tempestivo intervento successivo. Infatti, ██████ visitò la ██████ soltanto alle 14.35, quando ormai erano trascorse oltre quattro ore

<sup>27</sup> V. rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 29.

<sup>28</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 54 – 55; rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 31.

<sup>29</sup> V. rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 36.

<sup>30</sup> V. verb. ud. 3 luglio 2018, dep. ██████, pp. 53 – 54; rel. integr. ██████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 11.



dall'insorgere dell'ischemia e si erano prodotti svariati danni sulla paziente, posto che si tratta pacificamente di una patologia tempo dipendente<sup>31</sup>.

In altre parole, si intende dire che se il ██████ avesse correttamente e tempestivamente individuato l'*ictus* in atto, avrebbe attivato il percorso previsto dalle regole precauzionali codificate dall'Azienda Ospedaliera di Parma ed è del tutto ragionevole ipotizzare che (con un grado di probabilità logica prossimo alla certezza) ciò avrebbe ridotto l'entità delle lesioni riportate da ██████, se non altro per la maggiore attenzione che le sarebbe stata rivolta dagli specialisti chiamati a intervenire con urgenza, che ragionevolmente le avrebbero (diligentemente) iniettato il farmaco trombolitico o praticato tutte le altre cure possibili.

D'altronde non vi sono percorsi causali alternativi che si palesino di fronte a questo giudice: fu il perdurare per oltre dodici ore dell'ischemia a causare alla ██████ le lesioni riportate nel capo d'accusa.

Per di più, si trattava di comportamento esigibile da parte dell'imputato, che, come condivisibilmente spiegato dal consulente tecnico del Pubblico Ministero, aveva elementi per scartare ogni diversa causa (cardiaca, metabolica o neurologica) dei sintomi di ██████.

#### ***2.1.4. Le ulteriori risultanze probatorie***

La già evidenziata delimitazione del campo di questa decisione rende irrilevanti le deposizioni della dottoressa ██████ e del dottor ██████, poiché il quadro che si presentò innanzi a ██████ è quello che trasfuse nelle poche righe dedicate all'anamnesi nel referto di Pronto Soccorso agli atti<sup>32</sup>.

#### ***2.2. Le prove a discarico***

##### ***2.2.1. La consulenza medico legale del dottor ██████***

Nel corso del dibattimento è stato sentito anche il dottor ██████, consulente medico legale incaricato dalla difesa dell'imputato, che, dopo aver chiarito di aver collaborato nell'espletare tale compito con il professor ██████, ██████ ordinario di Neurologia<sup>33</sup>, ha sostenuto che:

- o secondo la letteratura scientifica, l'efficacia protettiva del percorso trombolisi sarebbe di gran lunga inferiore al 60 % (percentuale che peraltro non troverebbe riscontri nella fonte citata dal consulente tecnico del Pubblico Ministero, cioè il "Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke" del 2002), attestandosi sulle poche decine di unità percentuali. In

<sup>31</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████, p. 20.

<sup>32</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████, pp. 25 – 26.

<sup>33</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, p. 16, rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), p. 1.

- altre parole, la somministrazione di farmaci trombolitici aumenterebbe le probabilità di sopravvivere del paziente del 6 % circa e quella di non dover dipendere da macchinari del 4 % circa. In ogni caso, anche all'atto delle dimissioni l'eziologia dell'*ictus* che colpì ██████ il giorno 11 marzo 2011 sarebbe stata incerta, come risulta dalla lettera di trasferimento redatta anche dal responsabile del reparto Stroke dell'Ospedale Maggiore di Parma, dottor ██████, il 5 aprile 2011. Pertanto non era possibile affermare che farmaci trombolitici, quand'anche somministrati, avrebbero prodotto effetti favorevoli alla ██████, perché sarebbero per esempio stati inutili se l'occlusione della circolazione sanguigna fosse stata causata da un embolo o da una dissezione carotidea e non già da un trombo<sup>34</sup>;
- secondo il professor ██████, la sincope sofferta la mattina dell'11 marzo 2011 da ██████ fu infatti *«manifestazione d'esordio di una dissezione della carotide, una causa di ictus nei giovani spesso difficile da sospettare e da diagnosticare [...] concorre a formulare questa diagnosi anche l'intensa cefalea comparsa all'esordio della sintomatologia. In quest'ambito la sincope è dovuta alla stimolazione dei barocettori del glomo carotideo e l'iniziale miglioramento della sintomatologia è da attribuirsi all'attivazione di circoli collaterali che compensano la diminuzione del flusso nel territorio carotideo colpito»*. Pertanto, a parere del ██████, la terapia trombolitica sarebbe comunque risultata *«sostanzialmente inefficace se non addirittura pericolosa per l'inevitabile e contestuale rischio emorragico»*, giacché non poteva rimediare a un'occlusione meccanica dei vasi, da parte della tonaca intima slaminata della parete interna degli stessi<sup>35</sup>;
  - il "Percorso trombolisi E.V." adottato dall'Azienda Ospedaliera di Parma nel 2009 prevedeva una serie di criteri di selezione (o non eleggibilità) dei pazienti colpiti da *ictus cerebri* (definito con termine inglese "*stroke*") curabili mediante trombolisi, dai quali vanno esclusi i casi troppo lievi (con un punteggio inferiore a 7 o, secondo alcuni autori, a 5 sulla scala del "National Institute of Health Stroke Scale", d'ora innanzi N.I.H.H.S.) e quelli troppo gravi (con un punteggio superiore a 25 sulla scala N.I.H.H.S.). E ciò perché tale terapia è connotata da una certa probabilità di successo, ma a fronte di complicanze assai rilevanti, come emorragie<sup>36</sup>;
  - il quadro sintomatico presentato da ██████ quando fu visitata da ██████ era confondente, poiché la sincope (o perdita di coscienza) è del tutto atipica negli *ictus*, mentre

<sup>34</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, pp. 5, 13 – 14, 18 – 19; rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), pp. 13 – 14.

<sup>35</sup> V. rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), p. 15.

<sup>36</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, pp. 5 – 6, 15; rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), pp. 7 – 9, ove si chiarisce anche che l'acronimo NIHSS sta per National Institute of Health Stroke Scale.

l'ipostenia dell'arto superiore destro in realtà consisteva in una riduzione della motricità fine della mano e in un leggero deficit di sensibilità.

In altri termini, la dicitura «*deficit di forza nell'arto superiore destro*» che il ██████ inserì nella parte del referto di Pronto Soccorso dedicata all'esame obiettivo della paziente sarebbe stata una dicitura generica e onnicomprensiva, che si spiegherebbe con la funzione del medico di Pronto Soccorso di indirizzare rapidamente il percorso terapeutico e con il fatto che in quel frangente l'imputato doveva prendersi cura di ventisette pazienti, in base ai registri consultati al consulente tecnico<sup>37</sup>;

- in base al “percorso trombolisi E.V.” ciascuno degli indici sintomatici di *stroke* poteva graduarsi ulteriormente (a titolo esemplificativo, il *deficit* di forza poteva valutarsi con un punteggio da 0 a 9, mentre la totale perdita di funzionalità era fuori scala). Nel caso di specie, secondo la valutazione del ██████ e del ██████ (dato che non risulta che la scala N.I.H.H.S. sia stata formalmente applicata dall'odierno imputato), il quadro clinico consentiva di arrivare a 2/3 punti, in particolare tenuto conto del fatto che la ██████ presentava soltanto un *deficit* di sensibilità, pari a 1<sup>38</sup>;
- la decisione di non procedere secondo il percorso trombolisi fu corretta, perché ██████ ██████ riscontrò «*anamnesticamente un miglioramento della paresi (punto 1.2. dei Criteri di Non Eleggibilità (Esclusione) Abbreviati per il Personale di Pronto Soccorso a pag. 18) e – soprattutto – [...] un deficit neurologico lieve (ipostenia e deficit di sensibilità limitata alla sola mano)*», cioè tenne un comportamento «*strettamente aderente alle linee guida (protocollo aziendale) all'epoca disponibili*»<sup>39</sup>;
- a conferma della non univocità del quadro clinico, neppure la dottoressa ██████ (peraltro più versata nella materia, in quanto medico specialista, cioè neurologo) e il dottor ██████, che visitarono la ██████ quel pomeriggio, quando ormai le avvisaglie dovevano essere più evidenti, diagnosticarono un *ictus*, che fu scoperto soltanto a mezzanotte. Argomentando *a contrario*, i sintomi dovevano essere persino meno chiari alle 10.33, quando il ██████ vide la paziente e anche per questo motivo la mancanza di forza che segnalò sarebbe in realtà l'«*impaccio della motilità mano dx*» poi constatato pure dalla ██████, che fu più dettagliata nella descrizione di tale sintomo perché poté visitare la

<sup>37</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████ pp. 6, 9 – 12, 14, 19, 22; rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), pp. 10 – 11.

<sup>38</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████ pp. 6 – 7, 14 – 15, 21 – 22; rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), pp. 3, 9 – 10; parere ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018).

<sup>39</sup> V. rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), p. 10.

persona offesa con maggiore calma e menzionò nel suo referto un deficit limitato e periferico, come tale non catalogabile come espressione di un evento ictale<sup>40</sup>;

- o da ciò si evincerebbe altresì che, quand'anche il ██████ avesse sottoposto al neurologo di turno il caso di ██████, comunque il percorso trombolisi non sarebbe stato attivato, come dimostrato dal fatto che la ██████ non si avvide dello *stroke* in progressione alle 14.35 e anzi prescrisse di effettuare un ecodoppler dei tronchi sovraortici della paziente, per verificare se l'insieme di sintomi da lei constatato fosse eventualmente riconducibile a una patologia cardiaca<sup>41</sup>.

Ebbene, a parere dello scrivente, innanzitutto il fatto che il dottor ██████ e il professor ██████ non incontrarono mai, né visitarono o sottoposero ad analisi diretta ██████<sup>42</sup> rende le loro conclusioni di per sé di dubbia attendibilità.

In ogni caso, va osservato che le argomentazioni del predetto consulente tecnico in punto di nesso causale tra la condotta omissiva dell'imputato e le lesioni riportate dalla persona offesa non sono per nulla condivisibili, perché le considerazioni già esposte in ordine all'irrelevanza nel caso di specie della mera percentuale statistica valgono anche per i dati tratti dalla rivista Lancet e riportati nella relazione dello stesso ██████. Questi ultimi, a ben vedere, confrontano gli esiti di studi randomizzati controllati e quelli di studi che tali non sono<sup>43</sup>, quindi non riguardano l'efficacia in sé della terapia trombolitica, che, non a caso, in entrambi i casi supera l'80 % per quanto attiene al salvataggio della vita del paziente e il 50 % per quanto concerne il mantenimento da parte del paziente di un'autonomia funzionale. Con maggiore impegno esplicativo, si intende dire che, se la terapia in questione fosse efficace in un'assai limitata percentuale di ipotesi, come pretende il dottor ██████, sarebbe irragionevole che la stessa fosse praticata in tutto il modo, nonostante il rischio di eventi esiziali che comporta, come si è detto.

Allo stesso modo, neppure pare plausibile l'ipotesi, formulata dal professor ██████, di una dissezione della carotide di ██████, perché essa è rimasta su un piano astratto, non è riscontrata da accertamenti diagnostici e non fu mai formulata dai medici che visitarono direttamente la persona offesa, nonostante la batteria di verifiche anche strumentali cui la sottoposero nel periodo in cui ██████ rimase ricoverata, sino al 5 aprile 2011. Richiamando

---

<sup>40</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, pp. 7 – 8, 10, 14 – 15; rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), pp. 11 – 12.

<sup>41</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, pp. 7 – 8, 10.

<sup>42</sup> V. verb. ud. 20 novembre 2018, dep. ██████, p. 16.

<sup>43</sup> V. rel. ██████ (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), p. 14; si tratta peraltro di dati statistici identici a quelli riportati nella premessa del "Percorso trombolisi E.V." dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma del luglio 2009 (prod. dif. ██████ ud. 20 novembre 2018), p. 3.

qui, alla luce di tale argomentazione, soltanto gli esami afferenti alla zona della carotide, vengono in rilievo<sup>44</sup>:

- una risonanza magnetica all'encefalo e al collo con angiografia;
- la risonanza magnetica del circolo intracranico senza mezzo di contrasto;
- le due TAC all'encefalo, una eseguita il 18 marzo 2011 e una il 25 marzo 2011.

A tutto voler concedere, peraltro, a parere dello scrivente sotto il profilo logico è altamente probabile che se il ██████ avesse tempestivamente attivato il percorso *stroke* lo specialista neurologo e gli accertamenti svolti avrebbero potuto individuare tale causa dell'*ictus* e quindi avrebbero consentito ai sanitari di apprestare il trattamento terapeutico più consono, cioè tale da lenire almeno in parte le conseguenze lesive della patologia per la paziente.

Venendo alla dedotta insussistenza di profili di colpa, va chiarito che non paiono parimenti condivisibili le asserzioni del dottor ██████ quanto alla consistenza del problema al braccio destro di ██████ nel momento in cui il ██████ la visitò, giacché muovono da un assunto non riscontrato e anzi in contrasto con la prova, documentale e obiettiva, costituita dal referto del Pronto Soccorso stilato dallo stesso imputato il giorno 11 marzo 2011, laddove si parla di «*deficit di forza nell'arto superiore destro*».

Invero, pur avendo il ██████ cercato di ridimensionare nel corso del suo esame (come si vedrà) la portata letterale di tale frase, spiegando (in totale sintonia con il suo consulente tecnico) che intendeva riferirsi alla sola mano destra di ██████, è del tutto inverosimile che un medico possa essere così approssimativo da non distinguere un arto con una parte dello stesso, in un'involontaria sineddoche suscettibile di fuorviare chi avesse letto il documento nei successivi passaggi della terapia della persona offesa. E ciò a maggior ragione laddove si consideri che, paradossalmente, la frase scelta da ██████ avrebbe aggravato il quadro per il lettore, posto che avrebbe naturalmente evocato una problematica più ampia (perché concernente l'intero braccio) e più grave (una mancanza di forza e non soltanto una qualche difficoltà nei movimenti più fini).

Per gli stessi motivi non possono reputarsi affidabili le conclusioni cui pervenne il professor ██████, che presero le mosse sempre dall'assunto che la ██████ presentasse soltanto un problema di motilità e sensibilità alla mano.

In ogni caso, anche a voler ammettere tale interpretazione e ritenere che la stessa tragga conferma da quanto certificato quattro ore dopo dalla dottoressa ██████, si trattava di un sintomo che, a parere dello scrivente, legittimava quanto meno una diagnosi differenziale, che

<sup>44</sup> V. missiva ██████ – ██████ 5 aprile 2011 (prod. P.M. ud. 20 novembre 2018, peraltro già contenuta tra gli allegati al decreto di citazione a giudizio); gli esiti degli esami citati nel testo sono anche riportati nella rel. ██████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), pp. 17 – 20.

meritava di essere esplorata per le conseguenze gravemente menomative che potevano derivare da un'ischemia (come poi, purtroppo, accadde). Invero, come efficacemente evidenziato dal dottor ██████████ «un deficit sensitivo-motorio alla mano destra preceduto da perdita di coscienza, ma senza segni e sintomi di crisi epilettica, né di emicrania, né di altre patologie cardio-vascolari o metaboliche [...] con TAC negativa» avrebbe comunque costituito «un evento clinico del tutto coerente con una genesi neurologica "ictale"»<sup>45</sup>.

Né sul punto si può ipotizzare, come fa il dottor ██████████, che il neurologo allertato da ██████████ avrebbe ugualmente interrotto il percorso trombolisi, valutando la paziente non eleggibile per lo stesso, giacché si tratta di pura illazione non ancorata a dati certi.

Infatti, a tacer d'altro, se l'imputato avesse diagnosticato un ictus in atto, lo specialista convocato nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma sarebbe intervenuto con urgenza, entro venticinque minuti (e non alle 14.35 come fu per la ██████████) ed è del tutto verosimile che avrebbe esercitato il suo compito con la massima diligenza, proprio in virtù delle possibili gravissime conseguenze che un suo errore avrebbe potuto determinare.

È quasi superfluo, infine, ribadire che il criterio della prognosi postuma rende del tutto inconferente l'argomento tratto dal consulente tecnico della difesa dalle omesse diagnosi della dottoressa ██████████ e del dottor ██████████, ovviamente verificatesi in un momento successivo a quello in cui il ██████████ non tenne il comportamento doveroso.

### **2.2.2. L'esame e le spontanee dichiarazioni dell'imputato**

Resta da vagliare, in questa parte della motivazione, la versione dei fatti offerta dall'imputato.

A tal riguardo va innanzitutto considerato che, nel corso del suo esame (svoltosi all'udienza del 25 settembre 2018), ██████████ ha affermato che:

- iniziò a lavorare presso il Pronto Soccorso nel 1993, per diventare medico strutturato nel 1997<sup>46</sup>;
- alle 10.33 dell'11 marzo 2011 visitò ██████████, nell'ambulatorio dove fu trasportata in barella in codice giallo; la ragazza parlò con lui esprimendosi in modo coerente, senza palesare alcun disturbo nell'eloquio, nella memoria o nell'orientamento; in particolare, la ██████████ gli riferì di essere svenuta in un bar, di ignorare per quanto tempo era rimasta senza coscienza e che, dopo aver ripreso i sensi, aveva percepito meno forza in un braccio<sup>47</sup>;

<sup>45</sup> V. rel. ██████████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 33.

<sup>46</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████████, p. 8.

<sup>47</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████████, pp. 8 – 9, 16.

- perciò, le fece sollevare e ruotare l'arto interessato, movimento che la ██████ riuscì a compiere correttamente, a discapito delle sue dichiarazioni di poco prima. Si trattava della cosiddetta manovra di Mingazzini, che consiste nel sollevare contemporaneamente prima gli arti superiori e osservare se uno dei due si flette denotando un *deficit* di forza e, poi, entrambe le gambe in modo che possano piegarsi in corrispondenza delle ginocchia e appurare se una o entrambe si abbassano, per analoghe ragioni<sup>48</sup>;
- la sintetica dicitura riportata nella parte del referto afferente alla diagnosi («*deficit di forza arto superiore destro*») in realtà era imprecisa: egli intendeva riferirsi non già al braccio, ma alla sola mano, perché fece stringere le sue dita alla giovane contemporaneamente con entrambe le mani in parallelo e notò che la presa di ██████ era più vigorosa a sinistra che a destra. In ogni caso, tale sintagma era sufficiente a evidenziare che constatò direttamente una deficienza decisamente meno rilevante di quella denunciata dalla paziente e riportata nella parte del referto dedicata all'anamnesi, ove come più volte detto si legge «*ipostenia marcata arto superiore destro*»<sup>49</sup>;
- per attivare il percorso trombolisi occorreva verificare che non sussistessero criteri di esclusione del paziente; in particolare nel caso di specie ██████, alla luce di quanto egli aveva appurato direttamente non poteva essere sottoposta alla suddetta terapia, perché presentava “*deficit neurologici minori in rapido miglioramento*”, cioè ricorreva la situazione di cui al punto 3 del protocollo ospedaliero<sup>50</sup>;
- il vaglio di eleggibilità doveva essere molto rigoroso, tant'è che il “percorso trombolisi” dell'azienda ospedaliera di Parma recava la dicitura “*criteri di esclusività assoluti*”, perché in caso di errore i farmaci trombolitici avrebbero potuto ledere l'endotelio e provocare un'emorragia cerebrale con esiti anche letali per il paziente<sup>51</sup>;
- sulla scorta di ciò e tenuto anche conto che la giovane gli aveva riferito di doversi sottoporre a un intervento alla tiroide, ipotizzò che potesse essere vittima di una neoplasia cerebrale, oppure che la sincope avesse origine cardiaca (causa più frequente nei giovani secondo la letteratura scientifica e anche alla sua esperienza), oppure metabolica o ancora neurologica<sup>52</sup>;
- chiese quindi una consulenza neurologica per scandagliare anche le possibili cause di quel tipo, mentre non vi erano elementi per pensare a un *ictus* ischemico da trattare con trombolisi<sup>53</sup>;

<sup>48</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, p. 15.

<sup>49</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, pp. 9, 13.

<sup>50</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, pp. 14 – 15.

<sup>51</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, pp. 17 – 18.

<sup>52</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, pp. 10 – 11, 16 – 17.

<sup>53</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████, pp. 11 – 12.

- la visita si svolse in un apposito box e durò circa quindici minuti, dopo di che chiese che fossero effettuati esami ematici e un elettrocardiogramma sulla persona offesa; una volta avuti i risultati di tali accertamenti, dopo circa un'ora e mezza, dispose una TAC, per fornire al neurologo una base su cui orientarsi, ma tali esami non significavano che avesse ipotizzato che fosse in atto un ictus<sup>54</sup>.

All'ultima udienza del 18 dicembre 2018, dopo l'audizione del dottor ██████████, consulente tecnico da lui nominato, ██████████ ha quindi spontaneamente dichiarato che:

- né lui, né la dottoressa ██████████, né il dottor ██████████ nel caso di specie avevano elementi per diagnosticare un *ictus* passibile di essere curato con trombolisi, come confermato dal suo consulente professor ██████████, autore del maggior numero di interventi trombolitici in Emilia Romagna, la regione in cui si pratica con maggiore frequenza tale terapia sul territorio nazionale<sup>55</sup>;
- lo stesso dicasi per il dottor ██████████, che come lui aveva firmato il referto di Pronto Soccorso, per i sanitari del reparto di Prima Clinica Medica, che presero in consegna ██████████ alle 22 e indirizzarono gli accertamenti verso una patologia vascolare, posto che motivarono l'urgenza della TAC che richiesero alle 22.20 con una «*sospetta crisi comiziale in stato di coscienza alterato*», alla ricerca di «*alterazioni per parenchima cerebrale o emorragie intracraniche*»<sup>56</sup>;
- neppure il secondo neurologo che visitò la ██████████, alle 22.30, mise per iscritto un'ipotesi diagnostica di attacco ischemico, anche se constatò che la vittima presentava un'emisindrome motoria destra e movimenti involontari coreici dell'emisoma sinistro, richiese una terza TAC di controllo, prescrivendo per l'indomani mattina un elettroencefalogramma – esame che nulla aveva a che vedere con un *ictus* – e una «*risonanza magnetica con liquido di contrasto*», nonostante già dalla seconda TAC fosse emersa una «*verosimile area ischemica*»<sup>57</sup>;
- in definitiva, si era limitato a scrivere nel referto di Pronto Soccorso soltanto che ██████████ presentava un «*deficit di forza*», perché tale messaggio era rivolto al neurologo di guardia (cioè la dottoressa ██████████) allo scopo di far sì che visitasse la ██████████ benché presentasse pochi sintomi<sup>58</sup>;

<sup>54</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████████, pp. 12 – 13, 17.

<sup>55</sup> V. verb. ud. 18 dicembre 2018, dich. spont. ██████████, p. 4.

<sup>56</sup> V. verb. ud. 18 dicembre 2018, dich. spont. ██████████, p. 4.

<sup>57</sup> V. verb. ud. 18 dicembre 2018, dich. spont. ██████████, pp. 4 – 5.

<sup>58</sup> V. verb. ud. 18 dicembre 2018, dich. spont. ██████████, p. 5.



o quando la paziente fu dimessa, la diagnosi finale fu di una dissecazione della carotide e quindi la trombolisi avrebbe avuto su di lei effetti devastati, se fosse stata praticata, per cui era stato un caso fortunato che i criteri di eleggibilità individuati dall'azienda sanitaria di Parma gli avessero impedito di proseguire nel trattamento<sup>59</sup>.

Ebbene, a tal proposito va osservato che il ██████ esprime una valutazione operata con il senno del poi che è ovviamente inconferente rispetto all'addebito di aver violato una regola cautelare, posto che – giova ribadirlo – esso va scandagliato secondo una prospettiva *ex ante* e non certo *ex post*, che appartiene invece all'accertamento del nesso di causalità.

Peraltro, come si è già detto non vi è alcun riscontro istruttorio alla tesi per cui l'ischemia che colpì ██████ l'11 marzo 2011 derivasse da una dissecazione della carotide.

Tuttavia, è plausibile che ██████ abbia effettivamente scartato l'ipotesi diagnostica corretta seguendo i criteri di esclusione dettati dal "Percorso trombolisi E.V.", che verosimilmente aveva introiettato nel corso della sua lunga carriera di medico di Pronto Soccorso.

In altre parole, su questo specifico punto pare verosimile la versione dei fatti proposta dall'imputato, nonostante non sia stata reperita in sede di indagine né sia stata prodotta in dibattimento la scheda che come si è visto era contenuta a pagina 14 del suddetto documento dell'Azienda Ospedaliera di Parma e che il medico del Pronto Soccorso avrebbe dovuto compilare barrando le apposite caselle, per poi sottoscriverla in corrispondenza dell'apposito spazio dedicato alla firma.

### 2.3. Conclusioni

Tirando le fila di quanto sinora detto, in base alle prove raccolte può affermarsi che quando ██████ visitò ██████ la giovane presentava uno degli indici che potevano consentire all'imputato di ipotizzare l'*ictus* ischemico che l'aveva colpita e segnatamente il «*deficit di forza nell'arto superiore destro*», di cui non a caso lo stesso ██████ diede atto nel referto di Pronto Soccorso che redasse.

Infatti, da tale documento - coevo alla vicenda e della cui genuinità non vi sono elementi per dubitare – risulta che la ██████ aveva difficoltà nel muovere un arto (il braccio destro) per una debolezza (ipostenia), però «*non riscontrabile nell'arto inferiore omolaterale, né asimmetrie funzionali del volto*».

Proprio questa locuzione segnala che ██████ trasfuse nel referto da lui redatto il dubbio diagnostico che nutrì, nel senso che egli si chiese se ██████ fosse stata colpita da

<sup>59</sup> V. verb. ud. 18 dicembre 2018, dich. spont. ██████, p. 5.

un'ischemia cerebrale, ma scartò tale ipotesi alla luce della mancanza di altre avvisaglie che deponessero in tal senso, cioè l'assenza di asimmetrie al volto e di un deficit di forza nella gamba dello stesso lato del corpo del braccio indebolito, che una simile patologia avrebbe dovuto determinare.

Allo stesso modo, il ██████ menzionò il fatto che la ██████ era «*vigile, orientata, collaborante*», altro elemento che poteva indurre a escludere che fosse in atto un *ictus cerebri* acuto, perché la giovane non presentava difficoltà nel parlare e ulteriore indizio del fatto che intuì un attacco ischemico è costituito dal fatto che dispose che la giovane fosse sottoposta a un elettrocardiogramma con urgenza, tant'è che fu eseguito appena otto minuti dopo la visita in Pronto Soccorso.

Alla luce della successiva evoluzione della vicenda, è evidente che l'imputato errò e, di conseguenza, impedì di attivare il percorso trombolitico che avrebbe evitato che la persona offesa riportasse conseguenze lesive così gravi come quelle verificatesi nella fattispecie, anche perché restavano oltre due ore per completare tutte le tappe clinico-anamnestiche e diagnostiche per arrivare a somministrare i farmaci antitrombo entro tre ore dall'insorgenza dei sintomi, limitando «*l'entità del danno ischemico nel territorio carotideo sinistro e le correlate sequele neurologiche permanenti*»<sup>60</sup>.

Va però ribadito che tale errore diagnostico fu verosimilmente dovuto all'applicazione dei criteri di esclusione del "Percorso trombolisi E.V.", sulla cui valenza giuridica meglio si dirà nel prossimo capitolo della motivazione.

§

### 3 - Qualificazione giuridica

Le menomazioni riportate da ██████ costituiscono un dato processualmente acquisito perché incontestato, sul quale è sufficiente rifarsi al capo di imputazione.

Inoltre, vanno innanzitutto richiamate le considerazioni già esposte che consentono di ravvisare un nesso eziologico tra la condotta dell'imputato e il suddetto evento, secondo il canone dell'elevato grado di probabilità logica o credibilità razionale, accolto dalla prevalente e condivisibile giurisprudenza di legittimità<sup>61</sup>, nonché da autorevole dottrina.

A tal proposito va osservato che il caso di specie è emblematico della responsabilità medica, posto che il dottor ██████ intervenne in una situazione di rischio promanante

<sup>60</sup> V. rel. integr. ██████ dep. 3 novembre 2015 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 11.

<sup>61</sup> Cfr., *ex plurimis*, limitandosi a richiamare le decisioni intervenute in tema di colpa medica: Cass. Pen., Sez. IV, 23 gennaio 2018, n. 9146, non mass., punto 5 mot. dir. (relativa a un caso di omessa diagnosi affine a quello oggetto di giudizio); Sez. IV, 11 maggio 2016, n. 26491, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 267734 – 01; Sez. Fer., 25 agosto 2015, n. 41158, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 264883 – 01; oltre che ovviamente Sez. Un., 11 settembre 2002, n. 30328, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 222138 – 01.

*aliunde*, vale a dire dalla patologia in atto, che degenerò nell'evento *hic et nunc* verificatosi, perché non la diagnosticò tempestivamente e correttamente.

In altre parole, la condotta dell'imputato fu omissiva, perché non contrastò un rischio già presente nel quadro clinico della paziente e quindi va operato un giudizio controfattuale, ipotizzando ciò che sarebbe accaduto laddove il ██████ avesse agito in modo corretto.

Ebbene, sulla scorta delle risultanze istruttorie, si può affermare che se l'imputato avesse individuato l'*ictus* in atto e avesse attivato il protocollo *stroke* dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è del tutto ragionevole ritenere che gli operatori sanitari coinvolti avrebbero correttamente individuato la patologia di ██████, svolgendo un'accurata anamnesi e un approfondito esame obiettivo della giovane, che sarebbe stata altresì sottoposta a tutti gli esami previsti dal "Percorso trombolisi E.V.", di modo che, infine, le sarebbe stato somministrato un farmaco trombolitico che avrebbe quanto meno attenuato i danni cerebrali da lei riportati.

In altri termini, il comportamento alternativo corretto richiesto al dottor ██████ avrebbe innescato una diversa sequenza di eventi che avrebbe portato con elevate probabilità, prossime alla certezza, a diagnosticare tempestivamente la patologia in atto e a praticare le cure necessarie alla paziente.

Con maggiore impegno esplicativo, si intende dire che la trombolisi, se praticata in tempo, avrebbe in modo pressoché certo ridotto le menomazioni della persona offesa, poiché (sulla scorta degli stessi dati statistici valorizzati dal dottor ██████, consulente tecnico dell'imputato) in oltre il 50 % dei casi l'avrebbe resa del tutto indipendente e autonoma dall'aiuto di terzi, sostanzialmente annullando le ricadute lesive dell'attacco ischemico, di modo che è ragionevole ritenere che con una probabilità ancora maggiore avrebbe comportato un evento di minore intensità lesiva rispetto alle menomazioni permanenti che la colpirono.

Sul punto va altresì ribadito che non sussistono elementi concreti per sostenere che il trombo che partì dall'arteria carotidea interna sinistra della ██████ fosse dovuto a una dissezione della stessa, per i motivi di cui si è già detto nella parte della motivazione dedicata alla valutazione della consulenza tecnica della difesa di ██████, per cui non vi è ragione per dubitare dell'efficacia della terapia trombolitica.

Ciò detto, occorre ora vagliare la configurabilità di profili di colpa in capo all'imputato, ponendosi nella prospettiva *ex ante* dell'agente modello (il cosiddetto *homo eiusdem conditionis et professionis*) e, quindi, alla situazione esistente tra le 10.33 e le 12.17 dell'11 marzo 2011, quando il ██████ ebbe a disposizione gli esti della TAC all'encefalo di ██████, che costituirono l'ultimo tassello della base gnoseologica a sua disposizione.

In primo luogo, va chiarito che la regola precauzionale violata mirava a prevenire proprio il rischio che un paziente colpito da un *ictus* riportasse gravi lesioni cerebrali, pericolo che si concretizzò<sup>62</sup>.

Quanto alla cosiddetta misura soggettiva della colpa, va osservato che un medico di Pronto Soccorso con circa diciotto anni di esperienza che aveva curato centinaia di malati avrebbe potuto effettuare una diagnosi corretta, sulla scorta dell'indice costituito dalla debolezza del braccio destro della persona offesa, catalogato come si è visto dal C.P.S.S. e da ritenersi a tal fine sufficiente, in assenza di sintomi che conducessero univocamente a una causa diversa (sul punto si richiama quanto esposto nei paragrafi dedicati alla valutazione delle prove).

Dopo di che, un agente modello avrebbe potuto prevedere il pericolo di gravi lesioni per la paziente e avrebbe potuto neutralizzarlo attivando il protocollo *stroke* previsto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Proprio perché il processo verte su una fattispecie di responsabilità omissiva, pare superflua ogni ulteriore considerazione circa la sussistenza della cosiddetta causalità della colpa, perché già si è detto della significativa probabilità che il comportamento alternativo lecito avrebbe attivato il successivo intervento da parte di altri sanitari, che avrebbero operato in modo diligente<sup>63</sup>.

Inoltre, va osservato che il precetto cautelare non rispettato dal ██████ ricade nel campo della perizia, posto che egli incorse in un errore diagnostico applicando la scienza medica, nel senso che valutò in modo non corretto gli esiti della manovra di Mingazzini, cioè di un accertamento clinico, anche alla luce del parziale miglioramento che constatò nella giovane paziente, passata da una «*marcata ipostenia*» a un deficit di forza nel braccio destro. Sulla scorta di tale fuorviante giudizio, ██████ inquadrò il caso di ██████ e – in un momento logicamente e cronologicamente successivo – dispose accertamenti strumentali e di laboratorio, tra i quali la già citata TAC all'encefalo, ma non diede il via all'*iter* per la somministrazione di farmaci trombolitici.

Come si è anticipato, in base alle prove raccolte è plausibile che tale scelta sia stata frutto dell'applicazione, da parte del ██████, del "Percorso trombolisi E.V." dell'Azienda Ospedaliera di Parma, che costituiva la linea guida indicatagli in questa materia, giacché vi erano condensate le acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti

---

<sup>62</sup> Cfr., *ex plurimis*, Cass. Pen., Sez. IV, 29 marzo 2018, n. 40050, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 273870 - 01; in particolare, in materia di colpa medica, Sez. IV, 23 aprile 2009, n. 36857, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 244979 - 01.

<sup>63</sup> Cfr., *ex plurimis*, Cass. Pen., Sez. IV, 2 luglio 2015 n. 31244, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 264358 - 01; Sez. IV, 6 giugno 2013, n. 31980, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 256745 - 01.

quell'ambito operativo<sup>64</sup>, sinteticamente riportate nella premessa e le cui plurime fonti sono citate in calce al suddetto documento.

In particolare, dal punto di vista dogmatico i criteri di esclusione dettati in tale atto avevano un carattere così stringente da integrare forse un vero e proprio protocollo o addirittura una cosiddetta *check list*, poiché in base all'esame dell'imputato e alla testimonianza del dottor ██████████<sup>65</sup> andavano verificati necessariamente e in modo sistematico, spuntando dalla lista quelli già controllati prima di procedere con il successivo e, se uno soltanto avesse prodotto un risultato di segno negativo, non era consentito proseguire alla fase seguente.

In ogni caso, si trattava di precetti a loro volta aventi natura certamente cautelare, posto che attenevano alla salvaguardia del paziente dai potenziali pregiudizi derivanti dall'errata somministrazione della trombolisi.

Nel caso di specie, però, per l'epoca in cui fu adottato, il "Percorso trombolisi E.V." non fu pubblicato ai sensi di legge ai fini dell'articolo 590-*sexies* del codice penale; tuttavia, a parere dello scrivente esso integra comunque una codificazione di una buona pratica clinico assistenziale<sup>66</sup>. Infatti, come è stato acutamente osservato in dottrina, il legislatore ha utilizzato nella disposizione ora citata una formula evocativa della sussidiarietà delle buone pratiche, che consente di annoverarvi le linee guida non accreditate nonché i protocolli e le *check list*.

È peraltro opportuno aggiungere, sul punto, che non consta che tra il 2009 e il 2011 fossero intervenuti mutamenti nella scienza medica in materia di diagnosi e cura delle patologie ischemiche tali da imporre a ██████████ di discostarsi da quanto prescritto dal documento in questione.

Ebbene, va ricordato che i criteri di esclusione del "Percorso trombolisi E.V." comprendevano anche il «*rapido miglioramento dei sintomi in corso*»<sup>67</sup>, che risulta essersi verificato dai documenti in atti, poiché la certificata evoluzione da una «*marcata ipostenia*» a un «*deficit di forza nell'arto superiore destro*» fu il frutto di una valutazione tecnica del medico del Pronto Soccorso oggi imputato, che lo portò a eliminare l'attributo qualificativo dopo aver visitato la paziente, cioè quando era trascorso qualche minuto, di modo che il progresso poteva anche essere catalogato come «*rapido*». Ciò, però, ingannò definitivamente l'odierno imputato, che trascurò sulla base di questo assunto gli esiti della TAC che gli pervennero circa due ore dopo.

<sup>64</sup> L'essenza delle linee guida è stata confermata anche da Cass. Pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (dep. 22 febbraio 2018), punto 3 mot. dir.

<sup>65</sup> V. verb. ud. 25 settembre 2018, es. ██████████, pp. 14 – 15; 17; verb. ud. 25 settembre 2018, dep. ██████████, p. 24.

<sup>66</sup> Cfr. Cass. Pen., Sez. IV, 22 giugno 2018, n. 37794, in *C.E.D. Cass.*, Rv. 273464 – 01; in chiave possibilista, pur evidenziando che si tratta di opzione ermeneutica non agevole, anche Sez. IV, 13 aprile 2018, n. 33405, in *C.E.D. Cass.*, punto 3 mot. dir. e da Sez. IV, 22 giugno 2018, n. 47748, non mass., punto 4.1 mot. dir.

<sup>67</sup> Si tratta, peraltro, di una controindicazione menzionata pure nella rel. ██████████ 10 gennaio 2012 (prod. P.M. ud. 3 luglio 2018), p. 34.

A tale riguardo va quindi osservato che anche per le Sezioni Unite<sup>68</sup> l'erronea valutazione del sintomo e la conseguente omessa o ritardata diagnosi è da ascrivere all'imperizia per inosservanza delle *leges artis*, poiché non vi è prova che il comportamento di [REDACTED] sia stato improntato ad indifferenza, scelleratezza o comunque assoluta superficialità e lassismo, che lo condurrebbero nel campo (attiguo) della negligenza.

In definitiva, il [REDACTED] intuì che la [REDACTED] poteva essere stata colpita da un *ictus* e nel perseguire una possibile diagnosi differenziale individuò correttamente le linee guida/buone prassi da seguire, ma peccò nell'esecuzione di quanto esse prescrivevano<sup>69</sup>.

Occorre, quindi, chiedersi se si verta in un'ipotesi di *culpa levis* e, quindi, se sia applicabile nel caso di specie l'articolo 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 oppure l'articolo 590-*sexies* del codice penale.

A parere dello scrivente, la colpa dell'imputato fu lieve, considerato che, anche rifacendosi al canone di razionalità e alla massima di esperienza cristallizzate nell'articolo 2236 del codice civile, egli<sup>70</sup>:

- intervenne in un contesto emergenziale, come si evince dal codice giallo assegnato alla paziente dall'infermiera del triage del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Parma;

- visitò [REDACTED] con urgenza, dato che doveva occuparsi anche di altri ventisette malati (circostanza non messa in dubbio dal Pubblico Ministero, né dal difensore della parte civile);

- fronteggiò un quadro clinico piuttosto oscuro, per la contestuale presenza di sintomi confondenti, vale a dire la sincope di [REDACTED] e, in misura minore, le sue patologie metaboliche, difficili da collegare tra loro;

- non aveva specializzazioni in neurologia, tant'è che chiese un consulto alla dottoressa [REDACTED].

Tirando le fila di quanto sinora esposto, non si può pervenire a una statuizione di condanna di [REDACTED].

Infine, va chiarito che nel caso di specie, proprio perché la regola cautelare violata appartiene al campo della perizia, l'articolo 590-*sexies* del codice penale (introdotto dall'articolo 6 comma 1° della L. 8 marzo 2017, n. 24) e la previsione di cui all'articolo 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189) sono

<sup>68</sup> Cfr. Cass. Pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (dep. 22 febbraio 2018), punto 6.2 mot. dir.; conf., Sez. IV, 12 giugno 2018, n. 54802, non mass., punto 9 mot. dir.

<sup>69</sup> Cfr. Cass. Pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (dep. 22 febbraio 2018), punto 9.1 mot. dir.

<sup>70</sup> Gli indici di graduazione della colpa sono enucleati da Cass. Pen., Sez. IV, 22 giugno 2018, n. 37794, non mass., punto 8.3 mot. dir.

del tutto equivalenti per ciò che attiene alla individuazione della previsione più favorevole, ai sensi dell'articolo 2 comma 4° del codice penale sulla successione delle leggi penali nel tempo.

Infatti, l'articolo 3, comma 1°, del decreto Balduzzi prevedeva un coordinamento con l'accertamento del giudice penale, nella cornice dell'articolo 2043 del codice civile, ribadito dall'articolo 7, comma 3°, della legge Gelli-Bianco. Di conseguenza, la responsabilità civile anche per colpa lieve resta ferma a prescindere dallo strumento tecnico con il quale il legislatore regoli la sottrazione del comportamento colpevole da imperizia lieve all'intervento del giudice penale<sup>71</sup>.

Ne consegue che va privilegiata la norma attualmente vigente, non essendovi motivo perché abbia luogo l'ultrattività del citato articolo 3 del D.L. 158 del 2012.

§

La complessità delle questioni di fatto e diritto implicate dalla decisione ha reso necessari novanta giorni per la stesura della motivazione.

P.Q.M.

Visto l'articolo 530 del codice di procedura penale

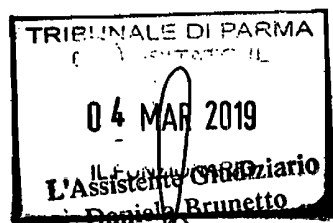
Assolve

██████████ dal delitto ascrittogli perché il fatto non è punibile ai sensi dell'articolo 590-*sexies* del codice penale.

Indica in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione.

Parma, 18 dicembre 2018

Il Giudice  
dottor Luca Agostini



<sup>71</sup> Cfr. Cass. Pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (dep. 22 febbraio 2018), punto 12 mot. dir., ove si richiamano anche i precedenti della giurisprudenza di legittimità in sede civile (Sez. IV, 17 aprile 2014, ord. n. 8940; Sez. III, 19 febbraio 2013, n. 4030)