



REPUBBLICA ITALIANA
in nome del Popolo Italiano

LA CORTE DI ASSISE D'APPELLO DI MILANO

SEZIONE PRIMA

Composta dai Signori:

1 – Dott.	Sergio SILOCCHI	Presidente
2 – Dott.ssa	Barbara BELLERIO	Consigliere
3 – Sig.	Cristina RIVA	Giudice Pop.
4 – Sig.	Gabriella PONISSI	Giudice Pop.
5 – Sig.	Sergio CECCHIN	Giudice Pop.
6 – Sig.	Stefano SOZZANI	Giudice Pop.
7 – Sig.	Sonia PAPA	Giudice Pop.
8 – Sig.	Massimo DOVERI	Giudice Pop.

ha pronunciato la seguente

sentenza

nella causa penale

contro

1) BREGA MASSONE PIER PAOLO, nato il 18/07/1964 a Stradella (PV); residente a Pavia Via Strada Cascina Spetta, 24/B. Arrestato il 25.07.2013; attualmente detenuto presso la Casa Circondariale di Milano Opera;

DETENUTO -PRESENTE

2) PRESICCI PIETRO FABIO, nato il 09/04/1965 a Lecce (LE); attualmente detenuto per altra causa presso la Casa Circondariale di Milano Opera;

DETENUTO - PRESENTE

N. 61/15 della Sentenza

N. 54/14 Reg. Gen.

N. 25477/08 R.G.N.R.

UDIENZA

del giorno

21 DICEMBRE 2015

Addì _____

trasMESSO l'estratto esecutivo
alla Procura Generale della
Repubblica di Milano

Addì _____

redatte le schede per il ca-
sellario e le comunicazioni
ai sensi della Legge Eletto-
rale.

3) PANSERA MARCO, nato il 06/01/1971 a Milano; residente in Segrate, Via F.lli Cervi – res. Poggio scala 5;

LIBERO - PRESENTE

4) LA CORTE ENZA, nata il 30/01/1983 a Licata (AG); residente in Campodolcino, Via Don Guarrella n. 56; domiciliata in Campodolcino, Via dei Crotto, 11;

LIBERA - CONTUMACE

5) BONA GIANANDREA, nato il 10/04/1957 a Milano; residente in Varese, Viale Borri n. 66, elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore avv. Massimo Schirò del Foro di Milano;

LIBERO - CONTUMACE

6) SCARPONI RENATO, nato il 22/07/1944 a Perugia (PG), residente in Milano, Via Spallanzani n. 10; elettivamente domiciliato presso lo studio dei difensori avv. Cosimo Maglie del Foro di Milano e avv. Rosalba Cilia del Foro di Milano;

LIBERO - CONTUMACE

7) DI TERLIZZI GIUSEPPE SERGIO, nato il 15/04/1968 a Milano; residente in Peschiera Borromeo, Via Nino Bixio n. 8; elettivamente domiciliato presso lo studio dell'avv. Federico Boezio del Foro di Milano;

LIBERO - CONTUMACE

8) LOLLI ANDREA, nato il 06/05/1971 a Tradate (VA); residente in Milano, Via Brera n. 6; elettivamente domiciliato presso lo studio dell'avv. Davide Steccanella del Foro di Milano;

LIBERO - CONTUMACE

RESPONSABILI CIVILI:

CLINICA SAN CARLO EUKOS, con l'avv. Giuseppe Lomboni, Piazza Emilia n. 7 Milano;

ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI S.P.A., con l'avv. Paolo Veneziani, Via Cavour n. 64 Piacenza

APPELLANTE

Gli imputati per mezzo dei difensori avverso la sentenza della I^a Corte Assise di Milano del 09.04.2014.

Gli imputati erano stati rinviati a giudizio per i seguenti reati:

BREGA MASSONE Pier Paolo — PRESICCI Pietro Fabio — PANSERA Marco

A) dei reato: p. e p. dagli. Artt. 81 cpv.. - 110 — 640 2° co. - 61 n. 7 c.p. perché, in tempi diversi, in concorso morale e materiale tra loro, nonché con **Pipitone** Francesco (decaduto, all'epoca dei fatti, socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.) con **Sampietro** Maurizio e **Merlano** Gianiuca (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice direttore sanitario dal 2 novembre 2005 sino al. maggio 2007) ed in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, ciascuno nelle qualità di seguito descritte, si procuravano. l'ingiusto profitto, ammontante a Euro 651.365,00, della percezione di indebiti rimborsi per prestazioni sanitarie fornite dalla Casa di Cura Santa Rita S.p.a., con pari danno patrimoniale per la ASL — Città di Milano che ha erogato le somme e per la Regione Lombardia che ne ha predisposto i relativi stanziamenti, inducendo in errore l'Ente Pubblico sulla regolarità dei pagamenti richiesti con artifici e raggiri consistiti nel rappresentare falsamente che le patologie per cui venivano ricoverati i pazienti avevano un'univoca indicazione chirurgica. In particolare perché; **BREGA MASSONE** Pierpaolo nella sua qualità di dirigente medico responsabile dell'unità Operativa di Chirurgia. Toracica, **PRESICCI** Pietro. Fabio e **PANSERA** Marco, nella loro qualità di membri dell'equipe di chirurgia toracica, presentavano alla ASL competente richieste di rimborso a carico del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni sanitarie descritte ai capi di incolpazione che seguono e segnatamente dal n. 1 al n. 49 (esclusi i. capi nn. 37, Il parte 43/44/45, relativi ad interventi effettuati presso la clinica San Carlo). Prestazioni nell'ambito di ricoveri documentati nelle relative cartelle cliniche aventi ad oggetto interventi chirurgici eseguiti nel reparto di chirurgia toracica, tutti incongrui e/o inappropriati in ordine alla reale patologia del paziente e/o alle sue condizioni fisiche.. Con l'aggravante del danno patrimoniale di rilevante entità. In Milano dai 2 marzo 2005 al 28 settembre 2007.

BREGA MASSONE Pier Paolo — PRESICCI Pietro Fabio — PANSERA Marco

B) dei reato p. e p. dagli artt. 81 cpv — 110 — 479-61 n. 2 c.p.. perché, in concorso e previo concerto tra loro, nonché con **Pipitone** Francesco

(deceduto, all'epoca dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.), con **Sampietro** Maurizio e **Menano** Giantuca (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice direttore sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in tempi diversi, nelle qualità sopra descritte, attestavano falsamente, nelle cartelle cliniche indicate al capo che precede, la sussistenza di requisiti legittimanti il rimborso dei ricoveri per le prestazioni effettuate. In particolare; apponevano su ciascuna Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) codici IDC9 non corrispondenti alla reale patologia e alla conseguente terapia somministrata.

Con l'aggravante di aver eseguito il fatto per eseguire il delitto di cui al capo che precede e conseguire il relativo profitto.

In Milano dal 2 marzo 2005 ai 28 settembre 2007,

BREGA MASSONE Pier Paolo — PRESICCI Pietro Fabio

C) dei reati p. e p. dagli artt. 81 cpv. • 110 — 640 2° co. c.p. perché il solo.

BREGA MASSONE nel caso della paziente CATALANO (capo d'incolpazione n. 37, Il parte),, entrambi in concorso tra loro nei casi delle pazienti ZITO, DURE' e PAGANINE (capi d'incolpazione nn. 43/44/45), in tempi diversi, in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, nella loro qualifica di primo e secondo operatore,, con artifici e raggiri consistiti nel rappresentare falsamente che le patologie per cui venivano ricoverati i pazienti avevano un'univoca indicazione chirurgica, procuravano a sé e ad altri, l'ingiusto profitto della percezione di indebiti rimborsi per prestazioni sanitarie eseguite presso la **Clinica San Carlo di Milano**, corrispondenti a Euro **5.995,00** — con pari danno patrimoniale per la ASL — Città di Milano che ha erogato le somme e per la Regione Lombardia che ne ha predisposto i relativi stanziamenti, inducendo in errore l'Ente Pubblico sulla regolarità dei rimborsi richiesti per le prestazioni descritte nei predetti capi d'incolpazione. Prestazioni nell'ambito di ricoveri documentati nelle relative cartelle cliniche e aventi ad oggetto interventi chirurgici eseguiti nel reparto di chirurgia generale, tutti incongrui e/o inappropriati in ordine alla reale patologia del paziente e/o alle sue condizioni fisiche.

In Milano, dal 28 gennaio ai 28 aprile 2008.

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio

D) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv – 110 – 479 – 61 n. 2 c.p. perché, il solo **BREGA MASSONE** nel caso della paziente **CATALANO** (capo d'inculpazione n. 37, II parte), entrambi in concorso tra loro nei casi delle pazienti **ZITO**, **DURE'** e **PAGANINI** (capi d'inculpazione nn. 43/44/45), con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in tempi diversi, nelle qualità sopra descritte, attestavano falsamente, nelle cartelle cliniche indicate al capo che precede, la sussistenza dei requisiti legittimanti il rimborso dei ricoveri per le prestazioni effettuate. In particolare, apponevano su ciascuna Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) codici IDC9 non corrispondenti alla reale patologia e alla conseguente terapia somministrata. Con l'aggravante di aver eseguito il fatto per eseguire il delitto di cui al capo che precede e conseguire il relativo profitto.

In Milano dal 28 gennaio al 28 aprile 2008.

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

E) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv. - 110 – 640 2° co. - 61 n. 7 c.p. perché in tempi diversi, in concorso morale e materiale tra di loro, nonché con **Plipitone Francesco** (decaduto all'epoca dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.) con **Sampietro Maurizio** e **Merlano Gianluca** (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice direttore sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) ed in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, **BREGA MASSONE Pier Paolo** nella sua qualità di dirigente medico responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica, **PRESICCI Pietro Fabio** e **PANSERA Marco** nella loro qualità di membri dell'equipe di chirurgia toracica, si procuravano l'ingiusto profitto della percezione di indebiti rimborsi per prestazioni sanitarie fornite presso la suddetta clinica – pari ad almeno complessivi Euro 13.147,00, con pari danno patrimoniale per

la ASL - Città di Milano che ha erogato le somme e per la Regione Lombardia che ne ha predisposto i relativi stanziamenti, inducendo in errore l'Ente Pubblico sulla regolarità dei pagamenti richiesti, con artifici e raggiri consistiti nella rappresentazione delle patologie e delle conseguenti prestazioni sanitarie di cui si chiedeva il rimborso attuata con l'indicazione di codici di DRG con valorizzazioni superiori a quelle corrette sia sotto il profilo dell'appropriatezza che della congruenza. In particolare, con riguardo alle seguenti cartelle cliniche:

cartella 2007/000267, relativa alla paziente VISIGALLI Piera (DRG richiesto 261; dovuto 262);

cartella 2007/006880, relativa alla paziente POLIGNINO Maria Chiara (DRG richiesto 261; dovuto 262);

cartella 2007/002042, relativa alla paziente LOSI Angela Clementina (intervento non rimborsabile);

cartella 2007/010967, relativa alla paziente BARRACO Angela Gabriella (intervento non rimborsabile);

cartella 2007/005128, relativa alla paziente AIOLFI Maria Rosaria (intervento non rimborsabile);

cartella 2007/003498, relativa alla paziente ABBA' Claudia (DRG richiesto 261; dovuto 262)

In Milano, dal 10 gennaio 2007 al 22 agosto 2007.

BREGA MASSONE Pler Paolo - PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

F) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv - 110 - 479 - 61 n. 2 c.p. perché, in concorso e previo concerto tra di loro nonché con Pipitone Francesco (decaduto, all'epoca dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.) con Sampietro Maurizio e Merlano Gianluca (nei

confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice direttore sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in tempi diversi, nelle qualità sopra descritte attestavano falsamente, nelle cartelle cliniche indicate al capo che precede, la sussistenza dei requisiti legittimanti il rimborso dei ricoveri per le prestazioni effettuate. In particolare apponevano su ciascuna Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) codici IDC9 non corrispondenti alla reale patologia e alla conseguente terapia somministrata.

Con l'aggravante di aver eseguito il fatto per eseguire il delitto di cui al capo che precede e conseguire il relativo profitto.

In Milano, dal 10 gennaio 2007 al 22 agosto 2007.

BREGA MASSONE Pierpaolo – SCARPONI Renato

G) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv. - 110 - 640 2° co. - 61 n. 7 c.p. perché in tempi diversi, in concorso morale e materiale tra di loro, nonché con Pipitone Francesco (decaduto e all'epoca dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.), Sampietro Maurizio e Merlano Gianluca (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice Direttore Sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) ed in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, ciascuno nelle qualità di seguito descritte, con artifici e raggiri, si procuravano l'ingiusto profitto della percezione di indebiti rimborsi per prestazioni sanitarie fornite dalla Casa di Cura Santa Rita S.p.a. - corrispondente ad almeno euro **1.219.467,00** per gli anni 2005 e 2006, con pari danno patrimoniale per la ASL - Città di Milano che ha erogato le somme e per la Regione Lombardia che ne ha predisposto i relativi stanziamenti, inducendo in errore l'Ente Pubblico sulla regolarità dei pagamenti richiesti con artifici e raggiri consistiti nel rappresentare falsamente la necessità di trasferimento dei pazienti dal

reparto "per acuti" al reparto di "riabilitazione", talvolta anche con plurimi passaggi tra questi differenti reparti. In particolare perché: **BREGA MASSONE** Pierpaolo nella sua qualità di dirigente medico responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Toracica e **SCARPONI** Renato nella sua qualità di responsabile del reparto di Riabilitazione, previo concerto tra di loro, presentavano alla ASL competente, tra le altre, richieste di rimborso a carico del servizio sanitario nazionale per prestazioni sanitarie su pazienti descritte nelle seguenti cartelle cliniche:

ANNO 2005

464 2005013066 Riabilitazione MSSCST29D45D513N
465 2005013393 Chirurgia Toracica MSSCST29D45D513N
466 2005013584 Riabilitazione MSSCST29D45D513N

492 2005009086 Riabilitazione VVNGNN29D24L219E
493 2005010693 Chirurgia Toracica VVNGNN29D24L219E
494 2005010976 Riabilitazione VVNGNN29D24L219E

564 2005009169 Chirurgia Toracica GBRGNN39A04G388Z 01/09/05
565 2005009369 Riabilitazione GBRGNN39A04G388Z 06/09/05
566 2005009667 Chirurgia Toracica GBRGNN39A04G388Z 13/09/05
567 2005009858 Riabilitazione GBRGNN39A04G388Z 16/09/05

573 2005012272 Riabilitazione GMBNGL41B17B157N 04/11/05
574 2005012656 Chirurgia Toracica GMBNGL41B17B157N 11/11/05
575 2005012798 Riabilitazione GMBNGL41B17B157N 14/11/05
576 2005013762 Chirurgia Toracica GMBNGL41B17B157N 01/12/05

577 2005012588 Chirurgia Toracica GMBPTR36R09B780M 09/11/05
578 2005012674 Riabilitazione GMBPTR36R09B780M 12/11/05
579 2005013039 Chirurgia Toracica GMBPTR36R09B780M 18/11/05
580 2005013132 Riabilitazione GMBPTR36R09B780M 21/11/05

590 2005014765 Riabilitazione JVRBJM48B28Z216M 27/12/05
591 2006001214 Chirurgia Toracica JVRBJM48B28Z216M 27/01/06
592 2006001346 Riabilitazione JVRBJM48B28Z216M 31/01/06
593 2006001746 Chirurgia Toracica JVRBJM48B28Z216M 08/02/06
594 2006001914 Riabilitazione JVRBJM48B28Z216M 10/02/06

646 2005004568 Medicina Generale MNTSDR35A64F205I 26/04/05
647 2005005145 Chirurgia Toracica MNTSDR35A64F205I 09/05/05
648 2005005430 Riabilitazione MNTSDR35A64F205I 13/05/05
649 2005005680 Chirurgia Toracica MNTSDR35A64F205I 17/05/05

650 2005006599 Riabilitazione MNTSDR35A64F205I 09/06/05
 679 2005010685 Chirurgia Toracica RPSGRG53A31Z600M 03/10/05
 680 2005010873 Riabilitazione RPSGRG53A31Z600M 06/10/05
 681 2005011229 Chirurgia Toracica RPSGRG53A31Z600M 13/10/05
 682 2005011409 Riabilitazione RPSGRG53A31Z600M 17/10/05
 428 2005006247 Chirurgia Toracica GRLGPP48S08G388S
 429 2005006334 Riabilitazione GRLGPP48S08G388S
 430 2005006817 Chirurgia Toracica GRLGPP48S08G388S
 431 2005007195 Riabilitazione GRLGPP48S08G388S
 432 2005000564 Chirurgia Toracica LBNTRS60R69A013Z
 433 2005000754 Riabilitazione LBNTRS60R69A013Z
 434 2005001030 Chirurgia Toracica LBNTRS60R69A013Z
 435 2005001175 Riabilitazione LBNTRS60R69A013Z
 436 2005001936 Chirurgia Generale LBNTRS60R69A013Z
 437 2005002507 Chirurgia Toracica LBNTRS60R69A013Z
 438 2005002688 Riabilitazione LBNTRS60R69A013Z
 536 2005010081 Chirurgia Toracica BTDDIO38C07B490W 21/09/05
 537 2005010349 Riabilitazione BTDDIO38C07B490W 27/09/05
 540 2005001452 Riabilitazione CLMLGU28P50M089O 11/02/05
 541 2005001706 Chirurgia Toracica CLMLGU28P50M089O 17/02/05
 542 2005001829 Riabilitazione CLMLGU28P50M089O 21/02/05
 549 2005007628 Chirurgia Toracica CRPGTN18S25F205M 30/06/05
 550 2005007768 Riabilitazione CRPGTN18S25F205M 04/07/05
 583 2005014619 Chirurgia Toracica GSMFNC23A64L109E 20/12/05
 584 2005014725 Riabilitazione GSMFNC23A64L109E 23/12/05
 631 2005009394 Chirurgia Toracica MNCLNZ38M21C383V 08/09/05
 632 2005009607 Riabilitazione MNCLNZ38M21C383V 12/09/05
 634 2005011017 Riabilitazione MNCLNZ38M21C383V 18/09/05
 643 2005004366 Chirurgia Toracica MNSLNR36S64F205Y 20/04/05
 644 2005004576 Riabilitazione MNSLNR36S64F205Y 26/04/05
 660 2005009078 Riabilitazione NGLLRA30P42B354M 26/08/05
 661 2005009261 Chirurgia Toracica NGLLRA30P42B354M 05/09/05
 662 2005009402 Riabilitazione NGLLRA30P42B354M 07/09/05
 668 2005013996 Riabilitazione PRBLGU19H03F205S 06/12/05
 669 2005014230 Chirurgia Toracica PRBLGU19H03F205S 14/12/05
 670 2005014467 Riabilitazione PRBLGU19H03F205S 16/12/05

709 2005001322 Riabilitazione VLLSVT22L06F158X 08/02/05
710 2005001695 Chirurgia Toracica VLLSVT22L06F158X 17/02/05
711 2005001832 Riabilitazione VLLSVT22L06F158X 21/02/05

ANNO 2006

383 2006010636 Riabilitazione CRCJLO17P60F205Q
384 2006010719 Chirurgia Toracica CRCJLO17P60F205Q
385 2006010783 Riabilitazione CRCJLO17P60F205Q

482 2006011197 Riabilitazione SCRCML35P60F158A
483 2006011310 Chirurgia Toracica SCRCML35P60F158A
484 2006011397 Riabilitazione SCRCML35P60F158A

495 2005014764 Chirurgia Toracica BGNMNT55A59M120H 27/12/05
496 2006000016 Chirurgia Toracica BGNMNT55A59M120H 03/01/06
497 2006000129 Riabilitazione BGNMNT55A59M120H 07/01/06
498 2006002172 Chirurgia Toracica BGNMNT55A59M120H 15/02/06
499 2006002306 Riabilitazione BGNMNT55A59M120H 17/02/06

500 2006011316 Chirurgia Toracica BLLLVI31D12L617F 05/09/06
501 2006011393 Riabilitazione BLLLVI31D12L617F 08/09/06
502 2006011874 Chirurgia Toracica BLLLVI31D12L617F 20/09/06
503 2006012076 Riabilitazione BLLLVI31D12L617F 22/09/06
504 2006012576 Chirurgia Toracica BLLLVI31D12L617F 30/09/06
505 2006013191 Chirurgia Toracica BLLLVI31D12L617F 11/10/06

513 2006003748 Chirurgia Toracica BRTGNN48R02D278E 16/03/06
514 2006003963 Riabilitazione BRTGNN48R02D278E 21/03/06
515 2006004385 Chirurgia Toracica BRTGNN48R02D278E 29/03/06
516 2006004509 Riabilitazione BRTGNN48R02D278E 31/03/06

517 2006006089 Chirurgia Toracica BRTMLS37T51F205R 03/05/06
518 2006006314 Riabilitazione BRTMLS37T51F205R 08/05/06
519 2006006467 Chirurgia Toracica BRTMLS37T51F205R 12/05/06
520 2006006627 Riabilitazione BRTMLS37T51F205R 15/05/06

521 2005014805 Chirurgia Toracica BSLNDR45D07A494U 29/12/05
522 2006000028 Riabilitazione BSLNDR45D07A494U 02/01/06
523 2006000235 Chirurgia Toracica BSLNDR45D07A494U 11/01/06
524 2006000433 Riabilitazione BSLNDR45D07A494U 13/01/06

543 2006011122 Chirurgia Toracica CRBNMR22R60F205L 30/08/06
544 2006011196 Riabilitazione CRBNMR22R60F205L 02/09/06
545 2006011384 Chirurgia Toracica CRBNMR22R60F205L 08/09/06
546 2006011494 Riabilitazione CRBNMR22R60F205L 11/09/06

555 2006012971 Chirurgia Toracica DVDGMN46T02A267E 09/10/06
556 2006013375 Riabilitazione DVDGMN46T02A267E 13/10/06
557 2006014210 Chirurgia Toracica DVDGMN46T02A267E 30/10/06
558 2006014514 Riabilitazione DVDGMN46T02A267E 02/11/06

568 2006007933 Chirurgia Toracica GDDPMR42M68F205W 07/06/06
569 2006008111 Riabilitazione GDDPMR42M68F205W 09/06/06
570 2006008327 Chirurgia Toracica GDDPMR42M68F205W 14/06/06
571 2006008537 Riabilitazione GDDPMR42M68F205W 16/06/06

604 2006008844 Riabilitazione LCCNGL23S18G686E 23/06/06
605 2006009042 Chirurgia Toracica LCCNGL23S18G686E 28/06/06
606 2006009200 Riabilitazione LCCNGL23S18G686E 30/06/06
607 2006009749 Chirurgia Toracica LCCNGL23S18G686E 11/07/06
608 2006010043 Riabilitazione LCCNGL23S18G686E 17/07/06

615 2006003753 Chirurgia Toracica LCTDNC48P24L707R 17/03/06
616 2006003964 Riabilitazione LCTDNC48P24L707R 21/03/06
617 2006004386 Chirurgia Toracica LCTDNC48P24L707R 29/03/06
618 2006004508 Riabilitazione LCTDNC48P24L707R 31/03/06

619 2006011356 Chirurgia Toracica LZZFNC72B11F205S 06/09/06
620 2006011420 Riabilitazione LZZFNC72B11F205S 09/09/06
621 2006011690 Chirurgia Toracica LZZFNC72B11F205S 15/09/06
622 2006011782 Riabilitazione LZZFNC72B11F205S 18/09/06

627 2006014430 Chirurgia Toracica MGNMRA39H55E507T 02/11/06
628 2006014679 Riabilitazione MGNMRA39H55E507T 06/11/06
629 2006015024 Chirurgia Toracica MGNMRA39H55E507T 13/11/06
630 2006015175 Riabilitazione MGNMRA39H55E507T 15/11/06

651 2006007437 Chirurgia Toracica MRZNRC21H54F205L 28/05/06
652 2006007730 Riabilitazione MRZNRC21H54F205L 01/06/06
653 2006007859 Chirurgia Toracica MRZNRC21H54F205L 07/06/06
654 2006008177 Riabilitazione MRZNRC21H54F205L 09/06/06

655 2006005604 Chirurgia Toracica MTANNZ23R29B202Q 22/04/06
656 2006005839 Riabilitazione MTANNZ23R29B202Q 27/04/06
657 2006005972 Chirurgia Toracica MTANNZ23R29B202Q 03/05/06
658 2006006209 Riabilitazione MTANNZ23R29B202Q 05/05/06

663 2006005599 Chirurgia Toracica NRDVND28T55G224Z 22/04/06
664 2006005838 Riabilitazione NRDVND28T55G224Z 27/04/06
665 2006005971 Chirurgia Toracica NRDVND28T55G224Z 03/05/06
666 2006006210 Riabilitazione NRDVND28T55G224Z 05/05/06

671 2006011046 Chirurgia Toracica RCCNTN56A28E791W 25/08/06
672 2006011085 Riabilitazione RCCNTN56A28E791W 28/08/06
673 2006012634 Chirurgia Toracica RCCNTN56A28E791W 03/10/06
674 2006012900 Riabilitazione RCCNTN56A28E791W 06/10/06
675 2006013334 Chirurgia Toracica RCCNTN56A28E791W 13/10/06
676 2006013452 Riabilitazione RCCNTN56A28E791W 16/10/06
677 2006014209 Chirurgia Toracica RCCNTN56A28E791W 30/10/06
678 2006014515 Riabilitazione RCCNTN56A28E791W 02/11/06

690 2006004089 Chirurgia Toracica SCHRLN32C65F205R 23/03/06
691 2006004510 Riabilitazione SCHRLN32C65F205R 31/03/06
692 2006004733 Chirurgia Toracica SCHRLN32C65F205R 05/04/06
693 2006004929 Riabilitazione SCHRLN32C65F205R 07/04/06

695 2006009418 Chirurgia Toracica SCRGNR27A16A662Q 04/07/06
696 2006009566 Riabilitazione SCRGNR27A16A662Q 07/07/06
697 2006010115 Chirurgia Toracica SCRGNR27A16A662Q 19/07/06
698 2006010237 Riabilitazione SCRGNR27A16A662Q 21/07/06

701 2006011002 Chirurgia Toracica TPRMTN60D51Z611O 24/08/06
702 2006011065 Riabilitazione TPRMTN60D51Z611O 28/08/06
703 2006011871 Chirurgia Toracica TPRMTN60D51Z611O 20/09/06
704 2006012078 Riabilitazione TPRMTN60D51Z611O 22/09/06

712 2006004663 Chirurgia Toracica VSQMYM65D54Z611I 03/04/06
713 2006005118 Riabilitazione VSQMYM65D54Z611I 11/04/06
714 2006005529 Chirurgia Toracica VSQMYM65D54Z611I 21/04/06
715 2006005655 Riabilitazione VSQMYM65D54Z611I 24/04/06

717 2006012063 Riabilitazione ZNTMRA26S48A223A 21/09/06
718 2006013979 Chirurgia Toracica ZNTMRA26S48A223A 24/10/06
719 2006014369 Riabilitazione ZNTMRA26S48A223A 30/10/06
720 2006014772 Chirurgia Toracica ZNTMRA26S48A223A 08/11/06
721 2006014945 Riabilitazione ZNTMRA26S48A223A 10/11/06

370 2006011940 Chirurgia Toracica CNGCRN24B69E147N
371 2006012079 Riabilitazione CNGCRN24B69E147N
372 2006012331 Chirurgia Toracica CNGCRN24B69E147N
373 2006012539 Riabilitazione CNGCRN24B69E147N

403 2006001324 Chirurgia Toracica DNONLN23A64F205E
404 2006001520 Riabilitazione DNONLN23A64F205E
405 2006001745 Chirurgia Toracica DNONLN23A64F205E
406 2006001913 Riabilitazione DNONLN23A64F205E

443 2006007495 Chirurgia Toracica LLAGPP67B07A040N

11

444 2006007731 Riabilitazione LRAGPP67B07A040N
445 2006007857 Chirurgia Toracica LRAGPP67B07A040N
446 2006008113 Riabilitazione LRAGPP67B07A040N

447 2006008910 Chirurgia Toracica MNTCML18M47D768M
448 2006009127 Riabilitazione MNTCML18M47D768M
449 2006009178 Chirurgia Toracica MNTCML18M47D768M
450 2006009317 Riabilitazione MNTCML18M47D768

455 2006004088 Chirurgia Toracica MRTLGS62H07F205L
456 2006004497 Riabilitazione MRTLGS62H07F205L
457 2006005176 Chirurgia Toracica MRTLGS62H07F205L
458 2006005340 Riabilitazione MRTLGS62H07F205L

468 2006010787 Chirurgia Toracica RBGLRT30E03F205E
469 2006010801 Riabilitazione RBGLRT30E03F205E
470 2006010975 Chirurgia Toracica RBGLRT30E03F205E
471 2006011022 Riabilitazione RBGLRT30E03F205E

472 2006011584 Chirurgia Toracica RSSFNC52P20D852O
473 2006011714 Riabilitazione RSSFNC52P20D852O
474 2006011870 Chirurgia Toracica RSSFNC52P20D852O
475 2006012332 Riabilitazione RSSFNC52P20D852O

477 2006012027 Chirurgia Toracica RVSGCR30D05F205P
478 2006012198 Riabilitazione RVSGCR30D05F205P
479 2006012750 Chirurgia Toracica RVSGCR30D05F205P
480 2006012910 Riabilitazione RVSGCR30D05F205P

485 2006014709 Chirurgia Toracica STP0300970624818
486 2006014949 Riabilitazione STP0300970624818
487 2006015144 Chirurgia Toracica STP0300970624818
488 2006015341 Riabilitazione STP0300970624818

533 2006009456 Riabilitazione BTNJNN46C61Z110E 05/07/06
534 2006009619 Chirurgia Toracica BTNJNN46C61Z110E 10/07/06
535 2006009775 Riabilitazione BTNJNN46C61Z110E 12/07/06

552 2006012409 Riabilitazione DRNTST39R43Z216T 27/09/06
553 2006012534 Chirurgia Toracica DRNTST39R43Z216T 02/10/06
554 2006012826 Riabilitazione DRNTST39R43Z216T 04/10/06

586 2006016959 Riabilitazione HNEJTM36H46Z112Y 15/12/06
587 2006017150 Chirurgia Toracica HNEJTM36H46Z112Y 20/12/06
588 2006017285 Riabilitazione HNEJTM36H46Z112Y 22/12/06

684 2006003567 Riabilitazione RSSGCM33E28H224U 14/03/06
685 2006004091 Chirurgia Toracica RSSGCM33E28H224U 24/03/06
686 2006004271 Riabilitazione RSSGCM33E28H224U 27/03/06

da ritenersi incongrue e/o inappropriate in ordine alla reale patologia del paziente e/o alle sue condizioni fisiche. I pazienti infatti venivano trasferiti dal reparto acuti al reparto di riabilitazione quando le loro condizioni fisiche non erano ancora stabilizzate e tali da non consentire l'effettuazione di prestazioni complesse di recupero e di rieducazione funzionale in pazienti affetti da deficit funzionali consolidati o in fase evolutiva. Questi passaggi di reparto venivano ripetuti anche più volte, concretando un sostanziale frazionamento del ricovero, con possibilità di ottenimento di tanti DRG quanti ricoveri effettuati. Plurimi ricoveri in reparti diversi, invero, solo in apparenza atteso che dalle cartelle cliniche emergono una o più delle seguenti anomalie:

- assenza di valutazione specialistica prima del ricovero in riabilitazione mirata ad identificare la sussistenza dei requisiti necessari per poter consentire l'ingresso del paziente nel reparto;
- il medico che ha seguito il paziente nel reparto per acuti richiede il trasferimento nel reparto di riabilitazione e lo accetta in questo nuovo reparto;
- mancanza di reale trasferimento di reparto del paziente che non cambiava neppure di letto;
- la terapia viene proseguita dagli stessi medici del reparto acuti;
- assenza di progetto riabilitativo;
- assenza di indicazione nel programma riabilitativo individuale delle necessità terapeutiche e delle correlate prospettive di recupero funzionale;
- la condizione funzionale del paziente non è classificata in una specifica scala;
- manca la lettera di dimissione o questa è redatta su carta intestata del reparto per acuti presso il quale il paziente è stato precedentemente degente e non fa specifico riferimento al trattamento riabilitativo eseguito o da eseguire in futuro;

elementi tutti rivelatori dell'unicità del ricovero fittiziamente scomposto in una pluralità di ricoveri con l'evidente finalità di percepire il vantaggio economico della corresponsione sia del rimborso del DRG per il ricovero per l'acuzie che il rimborso (pagato a giornata di ricovero) per la riabilitazione.. Con l'aggravante del danno patrimoniale di rilevante entità

In Milano il 1° marzo 2006 (per le cartelle cliniche del 2005)

In Milano il 1° marzo 2007 (per le cartelle cliniche del 2006)

BREGA MASSONE Pierpaolo – SCARPONI Renato

H) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv - 110 - 479 - 61 n. 2 c.p. perché, in concorso e previo concerto tra di loro, nonché con Pipitone Francesco (decaduto e all'epoca dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.) con Sampietro Maurizio e Merlano Gianluca (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di Vice Direttore Sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007), con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in tempi diversi, nelle qualità sopra descritte attestavano falsamente, nelle cartelle cliniche elencate al capo che precede, tramite la presentazione alla Regione Lombardia delle relative S.D.O., la sussistenza dei requisiti legittimanti i passaggi di ricovero tra reparti per acuti e di riabilitazione e la conseguente richiesta di rimborso al S.S.N.. Con l'aggravante di aver eseguito il fatto per eseguire il delitto di cui al capo che precede e conseguirne il relativo profitto.

In Milano il 1° marzo 2006 (cartelle 2005) e il 1° marzo 2007 (cartelle 2006)

SCARPONI Renato

I) del reato p. e p. dagli artt. 40 2° co. - 81 cpv. - 110 - 640 2° co. - 61 n. 7 c.p. perché in tempi diversi, in concorso morale e materiale con Pipitone Francesco, decaduto e all'epoca dei fatti socio unico e legale

16

rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.p.a.) con **Sampietro Maurizio** e **Merlano Gianluca** (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di Vice Direttore Sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) ed in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, ciascuno nelle qualità di seguito descritte, con artifici e raggiri, si procuravano l'ingiusto profitto della percezione di indebiti rimborsi per prestazioni sanitarie fornite dalla Casa di Cura Santa Rita S.p.a. - corrispondente ad almeno euro **1.039.640,00** per gli anni 2005 e 2006, con pari danno patrimoniale per la ASL - Città di Milano che ha erogato le somme e per la Regione Lombardia che ne ha predisposto i relativi stanziamenti, inducendo in errore l'Ente Pubblico sulla regolarità dei pagamenti richiesti con artifici e raggiri consistiti nel rappresentare falsamente la necessità di trasferimento dei pazienti da reparto "per acuti" al reparto di "riabilitazione", talvolta anche con plurimi passaggi tra questi differenti reparti. In particolare perché: **SCARPONI Renato** nella qualità di responsabile del reparto di Riabilitazione e dell'unità operativa di Ortopedia, (ed in questa sua ultima qualità non impedendo ai medici operanti nel reparto di adottare tali condotte) previo concerto tra loro, presentavano alla ASL competente, tra le altre, richieste di rimborso a carico del servizio sanitario nazionale per prestazioni sanitarie su pazienti descritte nelle seguenti cartelle cliniche:

ANNO 2005

119 2005000417 Ortopedia ZNSMRA27P06C290L
120 2005000598 Riabilitazione ZNSMRA27P06C290L
122 2005001363 Riabilitazione ZNSMRA27P06C290L

127 2005002461 Ortopedia PLLLSE27C66A897Y
128 2005002793 Riabilitazione PLLLSE27C66A897Y
130 2005003699 Riabilitazione PLLLSE27C66A897Y

131 2005001783 Ortopedia PRSMNO32H60F205D
132 2005002052 Riabilitazione PRSMNO32H60F205D
134 2005002687 Riabilitazione PRSMNO32H60F205D

186 2005004454 Ortopedia MRSDNT08E43L328B
187 2005004596 Riabilitazione MRSDNT08E43L328B
189 2005004869 Riabilitazione MRSDNT08E43L328B

241 2005003559 Ortopedia RMLGTA26L61C933U
242 2005003875 Riabilitazione RMLGTA26L61C933U
244 2005004157 Riabilitazione RMLGTA26L61C933U

255 2005005533 Ortopedia DCIRNI13C67D783J
256 2005005922 Riabilitazione NDLGPP46M45L259N
258 2005006337 Riabilitazione NDLGPP46M45L259N

313 2005009379 Ortopedia DLCMMC42P69L273W
314 2005009604 Riabilitazione DLCMMC42P69L273W
316 2005010548 Riabilitazione DLCMMC42P69L273W

317 2005010146 Ortopedia PRMLND29C51F100Y
318 2005010348 Riabilitazione PRMLND29C51F100Y
320 2005010916 Riabilitazione PRMLND29C51F100Y

322 2005010217 Ortopedia RSSSTR11M49B763G
323 2005010537 Riabilitazione RSSSTR11M49B763G

333 2005010898 Riabilitazione MTIRTT26S63E715V
334 2005012094 Ortopedia MTIRTT26S63E715V
335 2005012436 Riabilitazione MTIRTT26S63E715V

349 2005011868 Ortopedia BRSLCU28M41L738U
350 2005012086 Riabilitazione BRSLCU28M41L738U
352 2005012643 Riabilitazione BRSLCU28M41L738U

387 2004010594 Riabilitazione CSCBRN33R23D741X
388 2005000096 Ortopedia CSCBRN33R23D741X
389 2005000121 Riabilitazione CSCBRN33R23D741X

415 2005002863 Ortopedia FVRLBN22S51G780S
416 2005003178 Riabilitazione FVRLBN22S51G780S
418 2005004449 Riabilitazione FVRLBN22S51G780S

451 2005013503 Ortopedia MNZGPP16M68E427D
452 2005013805 Riabilitazione MNZGPP16M68E427D
454 2005014540 Riabilitazione MNZGPP16M68E427D

581 2005013760 Ortopedia GSMFNC23A64L109E 30/11/05
582 2005013982 Riabilitazione GSMFNC23A64L109E 05/12/05

547 2005006933 Ortopedia CRPGTN18S25F205M 15/06/05

548 2005007200 Riabilitazione CRPGTN18S25F205M 21/06/05
 640 2005010219 Riabilitazione MNLGNN27T66E785H 23/09/05
 641 2005011596 Ortopedia MNLGNN27T66E785H 20/10/05
 642 2005011774 Riabilitazione MNLGNN27T66E785H 24/10/05

 20 2005007536 Ortopedia GLNLSU38S62F240M
 21 2005007819 Riabilitazione GLNLSU38S62F240M
 22 2005007887 Ortopedia GLNLSU38S62F240M
 23 2005008103 Riabilitazione GLNLSU38S62F240M

 50 2005007087 Ortopedia ZRLNSE29M45D924P
 51 2005007302 Riabilitazione ZRLNSE29M45D924P
 52 2005007462 Ortopedia ZRLNSE29M45D924P
 53 2005007631 Riabilitazione ZRLNSE29M45D924P

 84 2005009014 Ortopedia DDCFNC21B28C349Z
 85 2005009098 Riabilitazione DDCFNC21B28C349Z
 86 2005009260 Ortopedia DDCFNC21B28C349Z
 87 2005009531 Riabilitazione DDCFNC21B28C349Z

 88 2005009083 Ortopedia CVSNGI45E52G273F
 89 2005009237 Riabilitazione CVSNGI45E52G273F
 90 2005009523 Ortopedia CVSNGI45E52G273F
 91 2005010321 Riabilitazione CVSNGI45E52G273F

 96 2005002783 Ortopedia MSNNGI29T64A883Q
 97 2005003046 Riabilitazione MSNNGI29T64A883Q
 98 2005004222 Ortopedia MSNNGI29T64A883Q
 99 2005004506 Riabilitazione MSNNGI29T64A883Q

 100 2005007939 Ortopedia PTRGCR68M05L872Y
 101 2005008332 Riabilitazione PTRGCR68M05L872Y
 102 2005008513 Ortopedia PTRGCR68M05L872Y
 103 2005008656 Riabilitazione PTRGCR68M05L872Y

 115 2005000595 Ortopedia VLLBRN36D47D530E
 116 2005000696 Riabilitazione VLLBRN36D47D530E
 117 2005001605 Ortopedia VLLBRN36D47D530E
 118 2005001831 Riabilitazione VLLBRN36D47D530E

 144 2004011209 Ortopedia MRSDIA35T41L477N
 145 2004011284 Riabilitazione MRSDIA35T41L477N
 146 2004011339 Ortopedia MRSDIA35T41L477N
 147 2005000045 Riabilitazione MRSDIA35T41L477N

 178 2005005196 Ortopedia CRTRCH30M69D010T

179 2005005529 Riabilitazione CRTRCH30M69D010T
180 2005007453 Ortopedia CRTRCH30M69D010T
181 2005007767 Riabilitazione CRTRCH30M69D010T
182 2005008655 Ortopedia CRTRCH30M69D010T
183 2005008748 Riabilitazione CRTRCH30M69D010T
184 2005008915 Ortopedia CRTRCH30M69D010T
185 2005008994 Riabilitazione CRTRCH30M69D010T

221 2005003473 Ortopedia MRTMRT37M50F205T
222 2005003700 Riabilitazione MRTMRT37M50F205T
223 2005004681 Ortopedia MRTMRT37M50F205T
224 2005004999 Riabilitazione MRTMRT37M50F205T

237 2005003975 Ortopedia FRNGPP22B49I907W
238 2005004191 Riabilitazione FRNGPP22B49I907W
239 2005005370 Ortopedia FRNGPP22B49I907W
240 2005005589 Riabilitazione FRNGPP22B49I907W

245 2005004052 Ortopedia DLLFNC37H18D150F
246 2005004285 Riabilitazione DLLFNC37H18D150F
247 2005005525 Ortopedia DLLFNC37H18D150F
248 2005005858 Riabilitazione DLLFNC37H18D150F

259 2005005646 Ortopedia MSTFPP51M28L583J
260 2005005857 Riabilitazione MSTFPP51M28L583J
261 2005006801 Ortopedia MSTFPP51M28L583J
262 2005006950 Riabilitazione MSTFPP51M28L583J

271 2005005260 Ortopedia CRBLCU25E55F295O
272 2005005526 Riabilitazione CRBLCU25E55F295O
273 2005007097 Ortopedia CRBLCU25E55F295O
274 2005007444 Riabilitazione CRBLCU25E55F295O

279 2005005964 Ortopedia MGGMRA21D44F205E
280 2005006197 Riabilitazione MGGMRA21D44F205E
282 2005007196 Riabilitazione MGGMRA21D44F205E
283 2005007463 Ortopedia MGGMRA21D44F205E
284 2005007619 Riabilitazione MGGMRA21D44F205E

291 2005006493 Ortopedia MNTLST14E55A182B
292 2005007139 Riabilitazione MNTLST14E55A182B
293 2005008164 Ortopedia MNTLST14E55A182B
294 2005008375 Riabilitazione MNTLST14E55A182B

299 2005013648 Ortopedia DCNNMR31D53F205X
300 2005013983 Riabilitazione DCNNMR31D53F205X
301 2005014806 Ortopedia DCNNMR31D53F205X

302 2005009123 Ortopedia MTTLDI20P64F205T
303 2005009309 Riabilitazione MTTLDI20P64F205T
304 2005010957 Ortopedia MTTLDI20P64F205T
305 2005011415 Riabilitazione MTTLDI20P64F205T
306 2005011493 Ortopedia MTTLDI20P64F205T

326 2005010236 Ortopedia PGNLDA22D47E355H
327 2005010505 Riabilitazione PGNLDA22D47E355H
328 2005010827 Ortopedia PGNLDA22D47E355H
329 2005011037 Riabilitazione PGNLDA22D47E355H
330 2005011732 Ortopedia PGNLDA22D47E355H
331 2005012182 Riabilitazione PGNLDA22D47E355H

345 2005011723 Ortopedia MRZLIO32E58G888O
346 2005012016 Riabilitazione MRZLIO32E58G888O
347 2005012440 Ortopedia MRZLIO32E58G888O
348 2005012720 Riabilitazione MRZLIO32E58G888O

353 2005012830 Ortopedia TDSPQL72L24Z112W
354 2005013192 Riabilitazione TDSPQL72L24Z112W
355 2005014151 Ortopedia TDSPQL72L24Z112W

399 2005011429 Ortopedia DNDPTR29P10C634R
400 2005011787 Riabilitazione DNDPTR29P10C634R
401 2005012977 Ortopedia DNDPTR29P10C634R
402 2005013281 Riabilitazione DNDPTR29P10C634R

439 2005003814 Ortopedia LNGGNN66L57F158R
440 2005003992 Riabilitazione LNGGNN66L57F158R
441 2005004287 Ortopedia LNGGNN66L57F158R
442 2005004577 Riabilitazione LNGGNN66L57F158R

ANNO 2006

54 2006016045 Ortopedia BGLVMD44T68G342
55 2006016324 Riabilitazione BGLVMD44T68G342
57 2006016904 Riabilitazione BGLVMD44T68G342

92 2005009018 Ortopedia LZZFCT20P53F842E
93 2005009235 Riabilitazione LZZFCT20P53F842E
95 2005009669 Riabilitazione LZZFCT20P53F842E

107 2006003007 Ortopedia VLRMRA16E65E636Q
108 2006003439 Riabilitazione VLRMRA16E65E636Q
110 2006004357 Riabilitazione VLRMRA16E65E636Q

154 2006009079 Ortopedia PRLGCM33A24A662R
155 2006009409 Riabilitazione PRLGCM33A24A662R

174 2006015011 Ortopedia NREMRA21H59E155H
177 2006015740 Riabilitazione NREMRA21H59E155H

525 2006009629 Ortopedia BSSZLN23S48E008J 10/07/06
526 2006009932 Riabilitazione BSSZLN23S48E008J 14/07/06
527 2006010475 Ortopedia BSSZLN23S48E008J 27/07/06
528 2006010574 Riabilitazione BSSZLN23S48E008J 31/07/06
529 2006010829 Ortopedia BSSZLN23S48E008J 14/08/06
530 2006010893 Riabilitazione BSSZLN23S48E008J 18/08/06

5 2006000660 Ortopedia MGLCLR20A46D077A
6 2006000930 Riabilitazione MGLCLR20A46D077A
7 2006001245 Ortopedia MGLCLR20A46D077A
8 2006001539 Riabilitazione MGLCLR20A46D077A

16 2006004970 Ortopedia MTTMLE39T46D245P
17 2006005337 Riabilitazione MTTMLE39T46D245P
18 2006005715 Ortopedia MTTMLE39T46D245P
19 2006006120 Riabilitazione MTTMLE39T46D245P

28 2006001721 Ortopedia LAICHR47L41F205C
29 2006002083 Riabilitazione LAICHR47L41F205C
30 2006002170 Ortopedia LAICHR47L41F205C
31 2006002397 Riabilitazione LAICHR47L41F205C

36 2006012733 Ortopedia LGRCRL45S61C573W
37 2006013028 Riabilitazione LGRCRL45S61C573W
38 2006014055 Ortopedia LGRCRL45S61C573W
39 2006014185 Riabilitazione LGRCRL45S61C573W

58 2006011130 Ortopedia BNDNMR66A70F205R
59 2006011265 Riabilitazione BNDNMR66A70F205R
60 2006011385 Ortopedia BNDNMR66A70F205R
61 2006011565 Riabilitazione BNDNMR66A70F205R

66 2006010538 Ortopedia CHCRM121P65B524J
67 2006010618 Riabilitazione CHCRM121P65B524J
68 2006010727 Ortopedia CHCRM121P65B524J
69 2006010894 Riabilitazione CHCRM121P65B524J

111 2006007527 Ortopedia ZPPNRC09B41E099J
112 2006007812 Riabilitazione ZPPNRC09B41E099J
113 2006008918 Ortopedia ZPPNRC09B41E099J
114 2006009202 Riabilitazione ZPPNRC09B41E099J

161 2006003017 Ortopedia PGNLCN39H60F205R
 162 2006003437 Riabilitazione PGNLCN39H60F205R
 163 2006004436 Ortopedia PGNLCN39H60F205R
 164 2006005078 Riabilitazione PGNLCN39H60F205R
 197 2006013117 Ortopedia SCNSFN68D20L063G
 198 2006013305 Riabilitazione SCNSFN68D20L063G
 199 2006014457 Ortopedia SCNSFN68D20L063G

 204 2006003901 Ortopedia STPMME21S56E617N
 205 2006004262 Riabilitazione STPMME21S56E617N
 206 2006004766 Ortopedia STPMME21S56E617N
 207 2006005083 Riabilitazione STPMME21S56E617N

 208 2006009774 Ortopedia TRSCCT46T58G2730
 209 2006010046 Riabilitazione TRSCCT46T58G2730
 210 2006010164 Ortopedia TRSCCT46T58G2730
 211 2006010353 Riabilitazione TRSCCT46T58G2730

 212 2006003691 Ortopedia TZNNMR24M59F205B
 213 2006004109 Riabilitazione TZNNMR24M59F205B
 214 2006004498 Riabilitazione TZNNMR24M59F205B
 215 2006008719 Ortopedia TZNNMR24M59F205B
 216 2006008983 Riabilitazione TZNNMR24M59F205B
 218 2006010613 Riabilitazione TZNNMR24M59F205B
 219 2006011124 Ortopedia TZNNMR24M59F205B
 220 2006011712 Riabilitazione TZNNMR24M59F205B

 233 2006008512 Ortopedia RTOFNC36H42F205X
 234 2006009069 Riabilitazione RTOFNC36H42F205X
 235 2006010067 Ortopedia RTOFNC36H42F205X
 236 2006010242 Riabilitazione RTOFNC36H42F205X

da ritenersi incongrue e/o inappropriate in ordine alla reale patologia del paziente e/o alle sue condizioni fisiche. I pazienti infatti venivano trasferiti dal reparto acuti al reparto di riabilitazione quando le loro condizioni fisiche non erano ancora stabilizzate e tali da non consentire l'effettuazione di prestazioni complesse di recupero e di rieducazione funzionale in pazienti affetti da deficit funzionali consolidati o in fase evolutiva. Questi passaggi di reparto venivano ripetuti anche più volte, concretando un sostanziale frazionamento del ricovero, con possibilità di ottenimento di tanti DRG quanti ricoveri effettuati. Plurimi ricoveri in reparti diversi invero solo in apparenza

atteso che dalle cartelle cliniche emergono una o più delle seguenti anomalie:

- assenza di valutazione specialistica prima del ricovero in riabilitazione mirata ad identificare la sussistenza dei requisiti necessari per poter consentire l'ingresso del paziente nel reparto;
- il medico che ha seguito il paziente nel reparto per acuti richiede il trasferimento nel reparto di riabilitazione e lo accetta in questo nuovo reparto;
- mancanza di reale trasferimento di reparto del paziente che non cambiava neppure di letto;
- la terapia viene proseguita dagli stessi medici del reparto acuti;
- assenza di progetto riabilitativo;
- assenza di indicazione nel programma riabilitativo individuale delle necessità terapeutiche e delle correlate prospettive di recupero funzionale;
- la condizione funzionale del paziente non è classificata in una specifica scala;
- manca la lettera di dimissione o questa è redatta su carta intestata del reparto per acuti presso il quale il paziente è stato precedentemente degente e non fa specifico riferimento al trattamento riabilitativo eseguito o da eseguire in futuro;
- elementi tutti univocamente rivelatori dell'incongruità del ricovero utilizzato dalla struttura e dell'evidente finalità di percepire il vantaggio economico della corresponsione sia del rimborso del DRG per il ricovero per l'acuzie che il rimborso (pagato a giornata di ricovero) per la riabilitazione.. Con l'aggravante del danno patrimoniale di rilevante entità.

In Milano il 1° marzo 2006 (per le cartelle cliniche del 2005)

In Milano il 1° marzo 2007 (per le cartelle cliniche del 2006)

SCARPONI Renato

L) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv - 110 - 479 - 61 n. 2 c.p. perché, in concorso e previo concerto con PIPITONE Francesco (deceduto e all'epoca

dei fatti socio unico e legale rappresentante della Casa di Cura Santa Rita S.P.A.) con **Sampietro** Maurizio e **Merlano** Gianluca (nei confronti dei quali si procede separatamente, il primo nella sua qualità di Direttore Sanitario sino al maggio 2007, il secondo nella sua qualità di vice direttore sanitario dal 2 novembre 2005 sino al maggio 2007) con più azioni esecutive di un medesimo disegno criminoso, in tempi diversi, nelle qualità sopra descritte attestavano falsamente, nelle cartelle cliniche elencate al capo che precede, tramite la presentazione alla Regione Lombardia delle relative S.D.O., la sussistenza dei requisiti legittimanti i passaggi di ricovero tra reparti per acuti e di riabilitazione e la conseguente richiesta di rimborso al S.S.N. Con l'aggravante di aver eseguito il fatto per eseguire il delitto di cui al capo che precede e conseguire il relativo profitto.

In Milano il 1° marzo 2006 (cartelle 2005) e 1° marzo 2007 (cartelle 2006)

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

1) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 e 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **ELASWAD Mohamed**, di anni 44, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo un intervento di VATS sinistra + resezione/sutura del parenchima polmonare, intervento effettuato senza prendere nella minima considerazione vie assai meno invasive e adeguate allo scopo (toracentesi e/o posizionamento di drenaggio toracico con successivo controllo radiologico) ed inutile, alla stregua delle condizioni e della storia clinica del paziente, ricoverato a seguito di trauma toracico per fratture costali e lieve versamento pleurico.

• Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. 2007010802.pdf relativa all'intervento chirurgico – 2007010892pdf).

In Milano, il 10/8/2007

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

2) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **BIGI Angiolino**, di anni 78, affetto da anemia megaloblastica (cronica) e fibrillazione atriale, lesioni personali.

In particolare, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico) effettuavano sul medesimo un intervento di VATS sinistra, drenaggio emotorace, wedge resection lingua e lobo inferiore, intervento e resezioni inspiegabili ed abusive in quanto non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico con minimo versamento pleurico, in presenza di rx torace negativa, emoglobina e globuli rossi stabili, da ritenersi anzi pericoloso per l'età del medesimo e le patologie indicate.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in disprezzo delle condizioni di fragilità del paziente per età e patologie come appena descritte (cartelle cliniche di riferimento nr. 2007011890.pdf relativa all'intervento chirurgico -2007012103pdf).

In Milano, il 19.9.2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco – PRESICCI Pietro Fabio

3) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **CARLI Ferdinando**, di anni 94, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, senza prendere in considerazione vie assai meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico) un intervento di VATS sinistra, wedge resection lobo superiore per sutura parenchimale,

intervento e resezioni inspiegabili in quanto non giustificato dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico, con emoglobina stabile, da ritenersi anzi assai pericoloso per l'età del medesimo, in terapia antiaggregante con ticoplidina.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in disprezzo delle condizioni di fragilità del paziente per età e patologie in atti (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007003201.pdf](#), [2007003290.pdf](#), [2007003491.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico, e [2007003621.pdf](#)).

In Milano, il 07.03.2007

PANSERA Marco - BREGA MASSONE Pier Paolo - PRESICCI Pietro Fabio

4) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondi operatori, cagionavano a **CARENZI Mario**, di anni 86, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, senza ricorso a vie assai meno invasive (toracentesi e/o drenaggio), un intervento di VATS sinistra, per sutura lacerazione parenchimale del lobo inferiore + biopsie pleuriche, intervento e resezioni inspiegabili ed abusivi in quanto non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico con fratture costali, con quadro strumentale evidenziante un modesto versamento pleurico, da ritenersi anzi assai pericolosi per l'età del medesimo.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in disprezzo delle condizioni di fragilità del paziente appena descritte. (cartelle

cliniche di riferimento nr. [2007011000.pdf](#), [2007011042.pdf](#), [2007011127.pdf](#)
- relativa all'intervento chirurgico - e [2007011189.pdf](#)).

In Milano, 29/08/2007

PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

5) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **GRIECO Antonio**, di anni 61, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), un intervento di VATS sinistra, per wedge resection lobo superiore, sutura lobo inferiore, intervento e resezione inspiegabili ed abusivi ("il semplice riposo, da solo o associato a toracentesi o drenaggio sarebbe stato in grado di risolvere il quadro clinico") in quanto non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico, senza anemizzazione, con TAC evidenziante modesto versamento pleurico.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007003727.pdf](#), [2007003916.pdf](#), [2007004216.pdf](#) - relativa all'intervento chirurgico - e [2007004342.pdf](#)).

In Milano, 21/03/2007

BREGA Massone Pier Paolo - PRESICCI Pietro Fabio

6) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **MARKART Anna** di anni 58, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), un intervento di VATS sinistra, per wedge resection lobo inferiore + evacuazione

emotorace superiore, sutura parenchimale, intervento e resezione inspiegabili ed abusivi, non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica della paziente, ricoverata per trauma toracico, in assenza di anemizzazione, con l'invio di una "incomprensibile richiesta di esame istologico" su di un campione di parenchima polmonare di gr 16, cm 9x4x3.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. 2007005061.pdf - relativa all'intervento chirurgico - e 2007005382).

In Milano, 11/4/2007

BREGA Massone Pier Paolo - PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco
7) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondi operatori, cagionavano a **SCUPILLITI Carmela**, di anni 54, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), un intervento di VATS sinistra, resezione lobo polmonare (frammento di parenchima inviato all'esame istologico cm. 5x1x1), evacuazione emotorace, intervento e resezioni inspiegabili ed abusivi, non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica della paziente, ricoverata per trauma toracico, non anemizzata.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. 2007005240.pdf, 2007006416.pdf - relativa all'intervento chirurgico - e 2007006746.pdf)

In Milano, 09/ 05/2007

PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

8) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di

primo e secondo operatore, cagionavano a **TEDESCO Maurizio Salvatore**, di anni 39, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), un intervento di VATS sinistra, evacuazione emotorace, wedge resection lobo inferiore sinistro (frammento inviato all'esame istologico cm. 4x2x2), intervento e resezioni inspiegabili ed abusivi, non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico, effettuati a distanza di 7 giorni dal trauma ed in condizioni di emoglobina sostanzialmente stabilizzatesi.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007010595.pdf](#), [2007010692.pdf](#), [2007010821.pdf](#) - relativa all'intervento chirurgico - e [2007010863.pdf](#))

In Milano, 08/08/2007

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

9) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **ZIZZI Antonio**, di anni 70, già colpito da infarto miocardico acuto e affetto da broncopneumopatia cronico-ostruttiva, lesioni personali.

In particolare, senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), effettuavano sul medesimo un intervento di VATS sinistra, resezione/sutura lingua (frammento di parenchima inviato all'esame istologico cm. 5x1x1), intervento e resezioni non giustificati dalle condizioni e dalla storia clinica del paziente, ricoverato per trauma toracico, non anemico ed effettuati a distanza di gg 9 dal trauma e quindi senza alcuna situazione di urgenza.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007002045.pdf](#),

2007002188.pdf, 2007002516.pdf - relativa all'intervento chirurgico -, 2007002699.pdf e 2007004960.pdf).

In Milano, 16/02/2007

PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

10) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro ed in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **CORTI Mario**, di anni 80, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, affetto da morbo di parkinson, con grave patologia tumorale (melanoma) in fase di esplosione metastatica, un intervento di asportazione di lesione infiltrante la parete toracica, VATS destra, evacuazione versamento pleurico, biopsie pleuriche viscerali e parietali, intervento e resezioni totalmente inutili, privi di qualsivoglia giustificazione, in paziente anziano, con patologia tumorale già disseminata.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per l'età, la grave forma di tumore e le ulteriori patologie in atto (cartella clinica di riferimento nr. 2007011798.pdf relativa all'intervento e 2007012100.pdf).

In Milano, il 19/09/2007

PRESICCI Pietro Fabio - BREGA Massone Pier Paolo - PANSERA Marco

11) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro ed in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **ATALLA Safaa Hassan Moust**, di anni 57, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, con anamnesi positiva per pregresso carcinoma mammario e riscontro di lesione polmonare in fase di

esplosione metastatica cerebrale, epatica, splenica, un intervento di VATS sinistra, wedge resection, biopsie pleuriche e talcaggio, intervento e resezioni totalmente inutili, privi di qualsivoglia giustificazione, in paziente con patologia tumorale già disseminata.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per la grave forma di tumore e le ulteriori patologie in atto (cartella clinica di riferimento nr. [2007011579.pdf](#) relativa all'intervento e [2007011877.pdf](#))

In Milano, il 14/09/2007

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco - BREGA MASSONE Pier Paolo

12) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv, 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, cagionavano a VEDOVI Giorgio, di anni 52, lesioni personali.

In particolare:

– sottoponevano (operatore Presicci, aiuto Pansera) lo stesso, per sospetto linfoma toraco addominale, anziché a mediastinoscopia o mediastinotomia (procedure assai meno invasive e del tutto adeguate al sospetto diagnostico) ad un intervento di VATS destra convertita in minitoracotomia, con wedge resection polmonare, biopsia pleuriche e, pur visualizzando direttamente (come riportato esplicitamente nel diario operatorio) numerose adenopatie mediastiniche (costituenti per l'appunto l'obiettivo stesso dell'intervento), non le asportavano, senza alcuna logica spiegazione ed anzi in palese contrasto con la doverosa strategia diagnostica (cartella clinica di riferimento nr. [2007005459.pdf](#) relativa all'intervento e nr. [2007005820.pdf](#));

- sottoponevano (operatore Presicci, aiuto Brega Massone), dopo pochi giorni, il paziente ad intervento di resezione polmonare sinistra, con asportazione delle suddette adenopatie ottenendo finalmente la diagnosi di linfoma non hodgkin (diagnosi volutamente non raggiunta nel corso del primo intervento) (cartella clinica di riferimento no. 2007006058.pdf relativa all'intervento e nr.2007006181.pdf – 2007006969.pdf).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nella duplicazione inutile di interventi invasivi, in soggetto con grave patologia in atto, volutamente ignorata nel corso del primo intervento. In Milano, il 18/4/ 2007 e il 27/4/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Fabio – PANSERA Marco

13) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro ed in qualità di primo e secondi operatori, cagionavano a VECCHIOTTI Maria, di anni 82, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, già affetta da morbo di alzheimer in fase avanzata, in assenza di ulteriori approfondimenti diagnostici appropriati, a fronte di patologia non avente indicazione chirurgica (infarto polmonare) un intervento di toracotomia (corretto all'udienza del 5/6/13 su richiesta del P.M.), wedge resection lobo superiore destro (parte inviata per gli esami istologici di cm 6x3x2,5), con biopsia neoformazione mediastinica (probabilmente, come peraltro descritto dallo stesso chirurgo, una vena succlavia trombizzata).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le patologie in atto e l'età avanzata (per dirla come il consulente: "c'è da rimanere senza

fiato!")) (cartella clinica di riferimento nr. [2007001784.pdf](#) relativa all'intervento e [2007002205.pdf](#))

In Milano, il 7/2/2007.

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

14) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro ed in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **TERUZZI Maria Antonietta**, di anni 79, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, al fine di arrivare alla diagnosi di carcinoma, interventi e resezioni inutili ("la diagnosi ...poteva e doveva essere ottenuta con biopsia transbronchiale in corso di broncoscopia con mediastinoscopia, metodo più appropriato e sicuramente meno invasivo di una VATS", cfr consulenza Prof. Sartori) ed abusivi, nella specie una VATS sinistra, con wedge resection del lobo superiore sinistro, biopsie linfonodali mediastiniche, resezioni tanto più inspiegabili in quanto eseguiti in presenza di esame istologico intraoperatorio di carcinoma.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le condizioni di età e di grave patologia in atto (cartella clinica di riferimento nr. [2007004645.pdf](#) - [2007009313.pdf](#) - [2007010725.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico - [2007010889.pdf](#))

In Milano, il 06/08/2007

PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA Marco

15) del reato p. e p. dagli artt. 31 cpv, 110, 582, 585, 576 n.1 (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro,

cagionavano a HUAYANA QUIJANO Mario Honorato, di anni 49, lesioni personali.

In particolare effettuavano sul medesimo, presentante un quadro clinico di esclusivo interesse medico, tisopneumologico ed infettivologico (febbre, dimagrimento, dispnea, lieve versamento pleurico dx, ascite), in assenza dei necessari approfondimenti clinici (ad esempio test di mantoux e consulenza infettivologica), con una diagnosi istologica di pleurite acuta e cronica:

- un primo intervento (operatore Presicci) di vats destra, con biopsia pleura-parietale e diaframmatica, due wedge resections del lobo inferiore; intervento e resezioni privi di spiegazioni e tanto più incomprensibili posto che il paziente viene sottoposto a ulteriori resezioni, pur con una ottenuta diagnosi istologica intra-operatoria di processo logistico giganto-cellulare (come tale, privo di indicazione chirurgica) (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007010008.pdf](#) – relativa all'intervento chirurgico – [2007010401.pdf](#));

- un secondo intervento (operatore Presicci, aiuto Pansera), effettuato a distanza di 14 giorni dal primo, in assenza di indicazione chirurgica attesa la diagnosi già ottenuta con certezza nel corso del primo intervento ed anzi controindicato per la stessa patologia in atto, di vats sinistra, wedge resections polmonari, biopsie pleuriche, talcaggio (cartella clinica di riferimento nr. [2007010643.pdf](#) – relativa all'intervento chirurgico - [2007010756.pdf](#));

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un duplice intervento tanto inutile quanto invasivo su soggetto in condizioni di particolare fragilità fisica e psicologica (cittadino extracomunitario, transessuale, con recente grave episodio di violenza sessuale)

In Milano, il 20/07/2007 e il 31/07/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo - PRESICCI Pietro Fabio

16) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n.1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno

criminoso, in concorso tra loro, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **IGNAZZI Vitantonio**, di anni 37, lesioni personali. In particolare, effettuavano sul medesimo, presentante un quadro clinico di tipo infiammatorio, con posizionamento di un drenaggio e terapia antibiotica che avevano migliorato la situazione polmonare-pleurica, una resezione del lobo inferiore e superiore + biopsie pleuriche multiple, resezioni abusive e contro ogni logica di trattamento di processo infettivo broncopolmonare, effettuate malgrado un esame istologico intraoperatorio di "processo reattivo".

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007009000.pdf](#) - [2007009913.pdf](#) - [2007009913-1.pdf](#) relative all'intervento e [2007010267.pdf](#) In Milano, il 18/07/2007

BREGA MASSONE Pler Paolo – PRESICCI Pletro Fabio

17) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **MONTAGNA Olindo**, di anni 90, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, ricoverato per ritenzione urinaria acuta e presentante un modesto versamento pleurico, a fronte di patologia di esclusivo interesse medico (pleurite cronica ed enfisema polmonare), senza prendere in considerazione vie meno invasive (toracentesi e/o drenaggio toracico), un intervento di VATS sinistra, con wedge resection lobo inferiore, intervento e resezione del tutto inutili, in contrasto con la storia clinica del paziente (già affetto da ipertensione, cardiopatia, infarto intestinale, anemia cronica, con grave broncopneumopatia cronica ostruttiva), malgrado un consulto del cardiologo in fase pre-operatoria, segnalante l'alto rischio cardiovascolare.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le condizioni patologiche e di età (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007003701.pdf](#), [2007003915.pdf](#), [2007003915-1.pdf](#), [2007004217.pdf](#), [2007004217-1.pdf](#) – relativa all'intervento chirurgico, [2007004340.pdf](#))

In Milano, 21/3/2007

PANSERA Marco – PRESICCI Pietro Fabio - BREGA MASSONE PierPaolo

18) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondi operatori, cagionavano a MURAROLI Silvia, di anni 79, lesioni personali.

In particolare effettuavano sulla medesima, ricoverata per adenopatie mediastiniche bilaterali, in contrasto con la storia clinica della paziente (presentante una placca pleurica calcificata a sinistra, peraltro invariata, colpita da ipertensione arteriosa e pregresso ictus cerebrale, sottoposta a tac con referto di linfonodi mediastinici anch'essi invariati e pet total body con captazione sospetta dei linfonodi mediastinici), senza eseguire esami diagnostici di minor invasività ed adeguati allo scopo (ad esempio biopsie transbronchiali e mediastinoscopia, con eventuale asportazione di linfonodi sospetti) un intervento di vats destra, wedge resection del lobo superiore destro, linfadenectomia mediastinica paratracheale destra con minitoracotomia di servizio, resezioni del tutto abusive.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le condizioni

patologiche e di età (cartella clinica di riferimento nr. [2007011203.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico e [2007011473.pdf](#)).

In Milano, 05/09/2007

PRESICCI Pietro Fabio- PANSERA Marco

19) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **SPEROTTO Giacomo**, di anni 86, lesioni personali.

In particolare effettuavano sul medesimo, affetto da scompensi cardiocircolatori recidivanti, recente episodio di edema polmonare acuto, pregresso infarto miocardico acuto, portatore di pace-maker, pregresso attacco ischemico cerebrale transitorio, a fronte di un versamento pleurico, senza neppure tentare una toracentesi o il posizionamento di un drenaggio toracico, un inspiegabile intervento di vats destra, wedge resection del segmento dorsale polmonare (5 cmx1,5x1), biopsie pleuriche, evacuazione versamento pleurico con talcaggio, resezioni che si segnalano per la loro totale abusività. Tutti gli esami istologici risulteranno negativi, con diagnosi di pachipleurite cronica scleroialina ed enfisema polmonare.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le condizioni patologiche e di età (cartella clinica di riferimento nr. [2007010525.pdf](#), [2007011686.pdf](#), [2007012104.pdf](#) e [2007012378.pdf](#) – relativa all'intervento chirurgico, [2007012549.pdf](#))

In Milano, 28/09/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo- PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

20) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv ,110 , 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondi operatori, cagionavano a **DATTRINO Mario**, di anni 77, lesioni personali.

In particolare effettuavano sul medesimo, affetto da vasculopatia cerebrale cronica con decadimento cognitivo, con il pretesto di consentire l'esecuzione di un intervento al ginocchio in anestesia generale (in contrasto con la prassi comune e a maggior ragione in caso di paziente anziano), in presenza di bolle enfisematosi polmonari:

- un primo intervento (operatore Brega, aiuti Presicci e Pansera) di bullectomie lobo superiore destro + pleurectomia parietale per pleurodesi, previa decorticazione polmonare e wedge lobo inferiore; intervento in contrasto con la storia clinica e le condizioni del paziente, seguito da abusive resezioni (cartella clinica di riferimento nr. [2006016983.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico e [2006017286.pdf](#));
- un secondo intervento (operatore Brega, aiuto Presicci) di bullectomia lobo superiore sinistro + asportazione linfonodi mediastinici + pleurodesi, intervento in contrasto con la storia clinica del paziente e resezioni abusive (cartella clinica di riferimento nr. [2007001091.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico e [2007001331.pdf](#)).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni del paziente di estrema fragilità per le condizioni patologiche e di età.

In Milano 20/12/2006 e 24/01/ 2007

BREGA MASSONE Pler Paolo- PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA

Marco

21) del reato p. e p. dagli artt. 31 cpv, 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n.2 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondi operatori, cagionavano a **RIGHETTO Laura**, di anni 68, lesioni personali.

In particolare effettuavano sulla medesima, affetta da tubercolosi, malgrado la presenza di una tac che, valutata unitamente alla storia clinica della paziente, doveva indurre ad una sospetta TBC diagnosticabile con la semplice esecuzione del test di mantoux pre-operatorio, una vats con decorticazione polmonare destra + wedge resection lobo medio e lobo inferiore + biopsie pleuriche, resezioni polmonari inspiegabili ed abusive e con grave rischio per la paziente e la comunità, con esecuzione di esami istologici che diagnosticavano una "flogosi granulomatosa necrotizzante compatibile con TBC".

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007003432.pdf](#), [2007003612.pdf](#), [2007003873.pdf](#) - relativa all'intervento chirurgico - e [2007003990.pdf](#))

In Milano 14/03/2007

BREGA MASSONE Pler Paolo - PRESICCI Pietro Fabio

22) del reato p. e p. dagli artt. 31 cpv, 110, 582, 583, comma 1, 585, 576 n.1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 cp. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, con più azioni esecutive dello stesso disegno criminoso, in concorso tra loro, in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **FORNETTI Savina**, di anni 60, lesioni personali gravi.

In particolare effettuavano sulla medesima, già affetta da obesità e cirrosi epatica:

- un primo intervento di quadrantectomia destra (primo operatore: Brega Massone asportazione di parenchima mammario di cm 13x13x3), più

radicalizzazioni del margine mammella dx, più resezione mammaria dx, più asportazione di neoformazione quadrante super-esterno mammella dx, più due biopsie mammarie sx, resezioni ampie, assolutamente ingiustificabili ed inspiegabili per una semplice steatonecrosi a destra (situazione di assoluta benignità, per la quale può tutt'al più essere accettata una biopsia mirata) e a sinistra con reperto negativo per neoplasia;

- un secondo intervento, in presenza di intervenuta cirrosi epatica scompensata, di mastectomia totale sinistra e radicalizzazione ascellare (operatori: Brega Massone – Presicci), in assenza di ogni serio tentativo di diagnosi pre-operatoria, per una presunta mastite carcinomatosa (patologia che non avrebbe comunque richiesto un intervento chirurgico), nonché una requadrantectomia mammella destra. La diagnosi istologica accerterà trattarsi, per la mammella sinistra totalmente asportata solo di steatonecrosi con cute e parenchima ghiandolare negativo per neoplasia (!!!); per la mammella destra si avrà una diagnosi di steatonecrosi, mastite cronica granulomatosa riacutizzata ed ascessualizzata (patologie non richiedenti requadrantectomie).

Intervento, quest'ultimo, dal quale è derivato un pericolo alla vita della persona offesa, che, già affetta dalle gravi patologie di cui sopra, nell'immediato decorso post-operatorio è stata trasfusa con otto sacche di emazie e cinque sacche di plasma per grave anemia post-operatoria.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un duplice intervento abnorme, invasivo ed assai demolitivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte (cartelle cliniche di riferimento nr. 2005008744.PDF e 2005012546.PDF).

In Milano 4/8/2005 e 11/11/2005

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio

23) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 583, comma 1, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a DE VECCHI Aurelia, di anni 80, lesioni personali.

In particolare, sottoponevano la medesima ad intervento di videotorascopia, biopsie pleuriche multiple e intalciamento pleurico, posizionamento di catetere venoso centrale, intervento inspiegabile in quanto del tutto inutile e privo di qualsivoglia giustificazione ("atto sconsiderato e solamente dannoso"), effettuato in contrasto con la storia clinica della paziente e le condizioni generali della medesima (affetta da ipertensione arteriosa, sindrome depressiva, gastrite, broncopneumopatia cronica ostruttiva, mastectomia destra per carcinoma in remissione), in assenza di dimostrazione e/o di forte o motivato sospetto di malattia neoplastica in atto al momento del ricovero (assenza poi comprovata dagli esami oncologici negativi) e che ha condotto all'unico risultato di far precipitare la già critica situazione della paziente (deceduta pochi giorni dopo l'intervento). Intervento dal quale è derivato un pericolo immediato alla vita della persona offesa, che, già affetta dalle gravi patologie di cui sopra, nell'immediato decorso post-operatorio è stata trasfusa con sacca di emazie e sette sacche di plasma per grave anemia post-operatoria, con importante peggioramento del quadro generale e ricovero in terapia intensiva.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte (cartelle cliniche di riferimento nr. [2005008556.pdf](#) – relativa all'intervento chirurgico e [2005008758.pdf](#)).

In Milano, il 27/07/2005

PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

24) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **FARINA Luigi**, di anni 90, lesioni personali.

In particolare, sottoponevano il medesimo ad intervento di videotorascopia sx, biopsie pleuriche, wedge resection parenchima polmonare e intalciamento pleurico, intervento inspiegabile in quanto del tutto inutile e privo di qualsivoglia giustificazione, effettuato in contrasto con la storia clinica del paziente e le condizioni generali del medesimo (portatore di pace maker, affetto da fibrillazione atriale, con pregresso episodio di embolia arto superiore sinistro) per un versamento pleurico sinistro, già trattato con successo con un semplice drenaggio toracico, rimosso accidentalmente e, incomprensibilmente non riposizionato, senza adeguata terapia antibiotica, senza l'attesa degli esiti di esami come la broncoscopia (effettuata, contro ogni logica diagnostica, intra-operatoriamente con esiti ovviamente successivi all'intervento).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come appena descritte (cartella clinica di riferimento nr. [2007009241.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico e [2007009395.pdf](#) - [2007008718.pdf](#) - [2007008718.1pdf](#) - [2007008870.pdf](#)).

In Milano, il 29/6/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio

25) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv, 110 cp. 110, 582, 585, 576, n. 1 (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano lesioni a **COLOMBI Franca**, di anni 70.

In particolare, sottoponevano la medesima:

- ad un primo intervento di mastectomia radicale destra, con dissezione ascellare (cartella clinica n. 2005004327.PDF relativa all'intervento chirurgico e 2005004492.pdf); intervento inspiegabile e controproducente, effettuato in presenza di una neoplasia mammaria localmente avanzata, situazione patologica che impone l'esecuzione di esami strumentali atti a dimostrare (o ad escludere) la presenza di metastasi a distanza ed eseguito al contrario senza aver effettuato la necessaria scintigrafia ossea che avrebbe dimostrato la presenza di metastasi ossee, con conseguente esclusione della chirurgia radicale come primo approccio e l'instaurazione di un'adeguata terapia (radioterapia e terapia medica), finalizzata a prevenire fratture patologiche;

- ad un secondo intervento (eseguito da altri operatori) di riduzione chirurgica di frattura patologica del femore sinistro, intervento effettuato a causa dell'appena descritta scelta chirurgica (cartella clinica n. 2005005864.pdf relativa all'intervento chirurgico e 2005006192.pdf);

- ad un terzo intervento di toracosopia video-assistita, resezione transegmentaria del lobo inferiore del polmone, pleurectomia parziale e intalciamento pleurico (numero cartella clinica 2005010755.pdf relativa all'intervento chirurgico e 2005011041.pdf - 2005011607.pdf - 2005011872.pdf), intervento e asportazioni completamente inutili sul piano oncologico ed anzi pericoloso ("del tutto avventato"), attese le condizioni della donna, con metastasi diffuse e gravi precedenti polmonari e cardiaci.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona,

consistita nel propendere per più interventi abnormi ed invasivi, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte.

In Milano, il 20/4/2005 ed il 07/10/2005

BREGA MASSONE Pier Paolo- PRESICCI Pietro Fabio - PANSERA Marco

26) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondi operatori, cagionavano a **GOBBI Giovanna**, di anni 83, lesioni personali.

In particolare, sottoponevano la medesima ad intervento di toracotomia per bullectomie multiple, decorticazione e pleurodesi chimica e meccanica, comportante anche la resezione di più parti di parenchima polmonare (tra le quali di cm 5x4x2; cm 3x2x1; di cm 7x2x2; cm 4x1x0,5). Intervento e resezioni inspiegabili in quanto del tutto inutili e privi di qualsivoglia giustificazioni, effettuati in contrasto con la storia clinica della paziente e le condizioni generali della medesima (classe ASA III/IV, già sottoposta a lobectomia polmonare sinistra, affetta da grave BPCO in ossigenoterapia e ipertensione arteriosa) e che ha condotto all'unico risultato di far precipitare la già critica situazione della paziente (deceduta pochi giorni dopo l'intervento, anche a seguito di un sopravvenuto infarto intestinale, trattato chirurgicamente).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte (cartella cliniche di riferimento nr. [2007007976.pdf](#) e [2007008142.pdf](#) - [2007008549.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico - [2007008753.pdf](#)- [2007008857.pdf](#) - [2007008857-1.pdf](#) - [2007008857a.pdf](#))

In Milano, il 15/6/2007

BREGA Massone Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio

27) dal reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 583, comma 1, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **MACCARELLI Giuseppina**, di anni 65, lesioni personali gravi.

In particolare, sottoponevano la medesima ad intervento di vats bilaterale per resezione transegmentaria dx, biopsie pleuriche multiple dx e sx, intalciamento pleurico bilaterale, biopsie neoformazione mammaria sinistra e linfonodali ascellari. Intervento e resezioni inspiegabili in quanto del tutto inutili e privi di qualsivoglia giustificazione, effettuati in contrasto con la storia clinica della paziente e le condizioni generali della medesima (classe ASA III, in ossigenoterapia, affetta da carcinoma mammario estremamente aggressivo, con metastasi epatiche ed ossee) ed anzi estremamente dannoso in quanto la paziente risulterà avere un decorso post operatorio connotato da grave ed immediato rischio per la vita, comprendente anche l'intubazione ed una successiva tracheotomia (circa la fase post operatoria dirà il consulente: "...si continua con un vero e proprio accanimento terapeutico, in un'atmosfera surreale, dove nessuno sembra chiedersi: a che serve ciò che stiamo facendo? Come non accorgersi, dato il quadro clinico che quella paziente era comunque irrecuperabile?").

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte (cartelle cliniche di riferimento [2005004763.pdf](#) – [2005004996.pdf](#) – [2005005366.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico)

In Milano, il 13/5/2005

BREGA MASSONE Pier Paolo- PANSERA Marco- PRESICCI Fabio

28) del reato p. e p. dagli artt. 31 cpv, 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondi operatori, in esecuzione di un medesimo disegno criminoso, cagionavano a **BOSSI Maria Giovanna**, di anni 73, lesioni personali.

In particolare:

- **Brega Massone e Pansera** sottoponevano la medesima ad intervento di vats destra con wedge resection, biopsie mediastiniche e pleuriche, biopsie del lobo medio e inferiore, talcaggio. Intervento eseguito in assenza del rispetto degli steps diagnostici necessari e indicati nel caso concreto (broncoscopia, biopsia trans bronchiale, mediastinoscopia), con asportazioni inspiegabili e del tutto inutili, come quelle al lobo medio e inferiore (essendo il tumore localizzato al lobo superiore). Il tutto, in paziente in condizioni assai critiche (classe Asa III), già intubata per insufficienza respiratoria connessa a versamento pleurico (cartella clinica relativa all'intervento. [2006015149.pdf](#))
- **Brega Massone e Presicci** sottoponevano, dopo soli 14 giorni, la paziente a vats sinistra, con biopsie pleuriche multiple, wedge resection della lingula e talcaggio, intervento inutile, inspiegabile ("assolutamente inconcepibile", per dirlo con il consulente), accompagnato da resezioni abusive, in presenza di diagnosi di grave ed estesa patologia tumorale già peraltro ottenuta con il primo (parimenti) inutile intervento (cartella clinica relativa all'intervento n. [2006016166.pdf](#)).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un duplice intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come appena descritte.

In Milano, 17/11/2006 e 1/12/2006 (decesso del 20/12/2006)

BREGA MASSONE Pier Paolo

29) del reato p. e p. dagli artt. 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, quale unico operatore, cagionava a VIGANO' Giuseppe, di anni 90, lesioni personali.

In particolare, sottoponeva il medesimo ad intervento di vats destra, con pleurectomia parziale, precision resection e talcaggio pleurico, intervento e resezioni inspiegabili in quanto del tutto inutili e privi di qualsivoglia giustificazioni, a fronte delle condizioni, per età, e della storia clinica del paziente, affetto da tumore polmonare ilare, adenopatie mediastiniche e metastasi epatiche.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come appena descritte (cartella clinica di riferimento relativa all'intervento chirurgico [n.2006010842.pdf](#) - [2006010923.pdf](#)).

In Milano, il 18/8/2006 (decesso del 21 settembre 2006)

BREGA Massone Pier Paolo – PRESICCI Fabio

30) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a PIAZZOLLA Vincenza, di anni 81, lesioni personali.

In particolare, sottoponevano la medesima ad intervento di vats destra, biopsie pleuriche parietali e viscerali, resezione polmonare parziale e talcaggio, resezioni quelle appena descritte ritenute del tutto inutili (la diagnosi istologica sarà di pleurite cronica) ed anzi dannose, in ragione dell'età della paziente e della sua storia clinica (recente intervento di

endoprotesi biarticolare, in persona affetta da insufficienza renale ed epatica).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente, per età e patologie concomitanti, come appena descritte (cartella clinica di riferimento n. [2006006889.pdf](#); cartelle cliniche ulteriori [2006007543.pdf](#) - [2006008326.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico; [2006008538.pdf](#)).

In Milano, il 14/6/2006 (decesso del 28/7/2006)

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio

31) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 583 comma 1, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a COLONNA Pasquale, di anni 73, lesioni personali gravi.

In particolare, sottoponevano il medesimo ad intervento di toracotomia sx, biopsie pleuriche e polmonari, intervento inutile ed anzi dannoso, per la storia clinica del paziente (cardiopatico, nefropatico, affetto da neoplasia polmonare avanzata e diffusa, sindrome disventilatoria ostruttiva molto severa). Detto intervento ha posto in immediato pericolo la vita del paziente, alterando in senso peggiorativo la dinamica respiratoria, tanto da comportare un'assistenza post-operatoria prolungata in terapia intensiva, con intubazione e successiva tracheotomia.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come appena descritte (cartelle cliniche di riferimento nr. [2006006321.pdf](#) - [2006007165.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico - [2006008328.pdf](#)).

In Milano, il 24/5/2006 (decesso del 2/7/06)

PRESICCI Pietro Fabio - BREGA MASSONE Pierpaolo

32) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **INCONTRO Giovanni**, di anni 57, lesioni personali.

In particolare, sottoponevano il medesimo ad intervento di toracotomia, con resezione atipica lobo polmonare sx, biopsia linfonodale, più talcaggio. Intervento, resezioni e talcaggio (non vi era versamento) inutili in quanto effettuati per un asserito scopo diagnostico in paziente già affetto da carcinoma polmonare a grandi cellule con metastasi cerebrali (quindi stadio IV, non trattabile chirurgicamente e la cui stadiazione tramite biopsia linfonodale appariva palesemente inutile in quanto già ottenuta con gli esami strumentali), peraltro sottoposto a broncoscopia il giorno prima dell'intervento, il cui esito diagnostico per la patologia appena indicata non sarà atteso, arrivando una settimana dopo l'intervento.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità, per la patologia presente, del paziente come appena descritte (cartella clinica di riferimento relativa all'intervento chirurgico [n.2006000888.pdf](#) – [2006001161.pdf](#)).

In Milano, il 25/1/2006

BREGA MASSONE Pierpaolo - PRESICCI Pietro Fabio

33) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.)

perché, in concorso tra loro ed in qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **SALTOS ARAUZ Lafia Maria**, di anni 50, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima, con patologia tumorale in esplosione metastatica (metastasi cerebrali bilaterali con interessamento meningeo; plurime lesioni polmonari bilaterali), con paralisi alla parte sinistra del corpo, un intervento, asseritamente a scopo diagnostico, di minitoracotomia, con wedge resection lobo inferiore (cm 5x3x2) e lobo medio (cm 2x1x1). Intervento e resezioni del tutto inutili e inspiegabili, atteso che l'accertamento diagnostico poteva e anzi doveva essere ottenuto con una procedura assai meno invasiva (ago biopsia tac-guidata).

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni della paziente di estrema fragilità per la grave forma di tumore e le ulteriori patologie in atto (cartella clinica di riferimento nr. [2007007317.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico – [2007006812.pdf](#) – [2007007112.pdf](#) – [2007007491.pdf](#))

In Milano, il 24/5/07

BREGA MASSONE PierPaolo – PRESICCI Pietro Fabio – PANSERA

Marco

34) del reato p. e p. dagli artt. 81 cpv 110, 582, 585, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 64 n. 1 c.p.) perché, in concorso tra loro, con più azioni esecutive del medesimo disegno criminoso, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **GARLASCHI Giuseppe**, di anni 57, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sul medesimo, senza alcuna considerazione della storia clinica e delle condizioni del paziente ed a seguito di un intervento di toracotomia per persistenza di empiema in esiti di carcinoma polmonare:

- cinque interventi (primo o unico operatore in tutti gli interventi BREGA MASSONE; secondo operatore nel 1° e nel 2° intervento PRESICCI; 2°

operatore nel 4° intervento PANSERA), tutti in anestesia totale, di vats, con pleurectomia parziale, toilette e lavaggio cavo pleurico, interventi inspiegabili, dovendo il paziente essere sottoposto a meri trattamenti ambulatoriali.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di eseguire il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona consistita nella impressionante reiterazione di interventi invasivi, nel contesto di grave patologia sopra indicato (cartella cliniche [2005006247.pdf](#) – [2005006334.pdf](#) – [2005006817.pdf](#) – [2005007195.pdf](#) – [2005009515.pdf](#) – [2005011627.pdf](#) – [2005012265.pdf](#) – [2005014172.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico – [2006003798.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico – [2006009574.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico – [2006016833.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico – [2007009476.pdf](#) relativa all'intervento chirurgico).

In Milano, interventi del 14/12/2005; 22/3/2006; 12/7/2006; 15/12/2006; 6/7/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo

35) del reato p. e p. dagli artt. 582, 585 in relazione agli artt. 578 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in qualità di primo operatore, cagionava a MANTOVANI Glenda, di anni 31, lesioni personali.

In particolare, effettuava sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia (asportazione di losanga di cute di cm 3 x 0,9, con sottostante parenchima mammario di cm 5x3x1), a fronte di patologie benigne (fibroadenomi e mastopatia fibrocistica) la cui natura doveva essere accertata con una procedura assai meno invasiva, come l'agobiopsia percutanea (in anestesia locale).

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A); (cartella clinica di riferimento nr. [2007010069.pdf](#))

Milano, 18 luglio 2007

BREGA MASSONE Pier Paolo- PANSERA Marco

36) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **BOSCHI Maris Alfonsa**, di anni 59, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi di quadrantectomia dx (4x4x1,5 cm di parenchima mammario; cm 4x1 di cute; radicalizzazione di parenchima mammario di 4x3x1), intervento non congruo per entità e non corretto, in assenza di diagnosi certa ed istologica di malignità.

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007005511.pdf](#))

In Milano, 18/4/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo

37) del reato p. e p. dagli artt. 81cpv, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n.4 (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, quale primo operatore, con più azioni esecutive del medesimo disegno criminoso, cagionava a **CATALANO Alfia**, di anni 47, lesioni personali.

In particolare:

- presso la clinica Santa Rita, effettuava, in assenza dei prescritti steps diagnostici (ago-aspirato e, successivamente, ago biopsia percutanea) un intervento di quadrantectomia dx (con resezione di parenchima mammario di cm 5x4x2; resezione di cute di cm 2,5 x 0,6), a fronte di patologia benigna;
- presso la clinica San Carlo, effettuava, in assenza dei prescritti steps diagnostici (ago-aspirato e, successivamente, ago biopsia percutanea), in presenza di precedente diagnosi negativa per patologia maligna, un intervento di quadrantectomia dx (con ulteriore resezione di parenchima

mammario di cm 5x3,5 x2), a fronte di patologia benigna priva di indicazione chirurgica.

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui ai capi A) e C) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà, consistita nell'esporre la donna ad un duplice inutile intervento demolitivo (cartelle cliniche di riferimento nr. [2007006122.pdf](#) e [2008000785.pdf](#) presso la clinica San Carlo).

In Milano, 2 maggio 2007 e 28 aprile 2008

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

38) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione all'art. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **CONTI Cristina**, di anni 39, una lesione personale.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia (in realtà consistente nell'asportazione di un nodulo di cm. 3x3x 2,5), con radicalizzazioni (di cm 4x3x1); intervento inutile, effettuato in assenza di alcun approfondimento diagnostico (semplice agobiopsia), per una patologia non chirurgica (fibroadenoma presente da oltre 4 anni).

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007001635.pdf](#))

In Milano, il 02/02/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

39) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione all'art. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **BELLONI Emiliana**, di anni 39, una lesione personale.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia (in realtà consistente nell'asportazione di quattro frammenti di parenchima mammario), intervento inutile, effettuato per

patologia inesistente e senza alcun approfondimento diagnostico (semplice agobiopsia).

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007011672.pdf](#)).

In Milano, 14 /9/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

40) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione all' art. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **GAIBOTTI Oriana**, di anni 34, una lesione personale.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia (in realtà consistente nell'asportazione di un nodulo) con radicalizzazioni (ovvero asportazione di ulteriore tessuto mammario), intervento inutile effettuato per una patologia benigna (fibroadenoma), in contrasto con la storia clinica della paziente, senza i necessari steps diagnostici (semplice ago biopsia).

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. [2007007955.pdf](#)).

In Milano, 6/6/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

41) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione all' art. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano a **GESVI Pamela**, di anni 33, una lesione personale.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia bilaterale (in realtà consistente nell'asportazione di un fibroadenoma al quadrante supero esterno sx; nell'asportazione di due "masserelle" al quadrante supero interno sx di circa

cm 2 di diametro; nell'asportazione di sei "masserelle" giallo biancastre elastiche al quadrante supero esterno e infero esterno mammella dx , la maggiore delle quali di cm. 2,5x 1,5 x1) , intervento effettuato in assenza dei doverosi steps diagnostici (semplice agobiopsia), per patologia (fibroadenoma) nel caso di specie priva di indicazione chirurgica e per malattia fibrocistica con adenosi, del tutto priva di interesse chirurgico. Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartella clinica di riferimento nr. 2007007756.pdf).

In Milano, 1/6/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

42) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore, cagionavano a **VELLI Giuseppina**, di anni 74, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia bilaterale (in realtà consistente nell'asportazione di un nodulo), con radicalizzazioni (asportazione, nella mammella sx di tessuto mammario di cm. 4x2x2, in corrispondenza di nodulo in parte calcifico di cm 1,5x1; asportazione, nella mammella dx di parenchima mammario per cm. 4x4x1,5, in corrispondenza di nodulo calcifico di cm 1,8x 1,2); intervento del tutto inutile, effettuato bilateralmente ed in assenza di alcun approfondimento diagnostico, a fronte di patologia (fibroadenomi calcifici) non chirurgica.

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo A) (cartelle cliniche di riferimento nnr. 2007007757.pdf relativa all'intervento chirurgico – 2007015942.pdf).

In Milano, 1/6/2007

BREGA MASSONE Pier Paolo- PRESICCI Pietro Fabio

43) del reato p. a p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, presso la clinica **San Carlo** di Milano, cagionavano a **ZITO Simona**, di anni 31, una lesione personale.

In particolare effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia (in realtà consistente nell'asportazione di un pezzo di parenchima mammario di cm. 4x2x2), con radicalizzazioni (di cm 1x1x1,2 e cm 3x2x2) , intervento del tutto inspiegabile effettuato in assenza di alcuna patologia chirurgicamente trattabile .

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo C) e con l'aggravante dell'aver agito con crudeltà, consistita nell'esporre la giovane donna a un ulteriore intervento inutile (avendo già la ZITO subito un intervento del tutto analogo a quello in esame, altrettanto inutile, con esame istologico privo di qualsiasi significato sotto il profilo oncologico presso la Casa di Cura Santa Rita nel 2006, in relazione al quale si è proceduto separatamente) (cartella clinica di riferimento nr. 2008000157.pdf).

In Milano, 28 gennaio 2008

BREGA MASSONE Pier Paolo- PRESICCI Fabio

44) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, presso la clinica **San Carlo** di Milano, cagionavano a **DURE' Nora Patricia**, di anni 44, una lesione personale.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento, in narcosi, definito dal chirurgo di quadrantectomia (in realtà consistente nell'asportazione di un frammento irregolarmente ovalare di parenchima mammario del peso di gr 60, di cm 7x 6x4 con losanga cutanea di cm 3x0,7), intervento inutile e non giustificato, alla stregua della storia clinica della paziente, affetta da

mastopatia cistica, in relazione al quale il trattamento doveva essere di semplice agocentesi (puntura evacuativa).

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo C) (cartella clinica di riferimento riferita all'intervento nr. 2008000742.pdf)

In Milano, 21 aprile 2008

BREGA MASSONE Pierpaolo- PRESICCI Pietro Fabio

45) del reato p. e p. dagli artt. 110, 582, 585 in relazione agli artt. 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore, presso la clinica San Carlo, cagionavano a PAGANINI Giuseppina, di anni 37, lesioni personali.

In particolare, effettuavano sulla medesima un intervento in narcosi definito dal chirurgo di quadrantectomia supero esterno mammella destra più resezione parziale supero interno omolaterale (in realtà consistente nell'asportazione di un pezzo di cm.7x2,5x2 del quadrante supero esterno della mammella sinistra e di n.2 frammenti irregolari di cm.1,5x1 e 0,7x0,5 del quadrante supero interno retro areolare della mammella sx), intervento non congruo rispetto alla semplice enucleazione del nodulo, in anestesia locale, essendo la paziente affetta da patologia di natura benigna-fibroadenoma- già accertata prima dell'atto chirurgico.

Con l'aggravante di aver agito per commettere il reato di cui al capo C) (cartella clinica di riferimento nr. 2008000741.pdf)

In Milano, 21/4/2008

BREGA MASSONE Pier Paolo – PRESICCI Pietro Fabio

46) del reato p. e p. dagli artt. 110, 575, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano la morte di SCHIAVO Antonio, di anni 85.

In particolare:

- sottoponevano il medesimo ad intervento chirurgico di toracotomia laterale sinistra e decorticazione polmonare, sintesi miocardio, intervento inutile ed inspiegabile, attese le condizioni e la storia clinica del paziente, in assenza dei necessari accertamenti (ad es. ago biptico, consigliato esplicitamente dal radiologo, per "addensamento nodulare parenchimale di verosimile natura eteroformativa"), ad alto rischio operatorio per le condizioni del paziente (ultraottantenne, con precedente by-pass aorto-coronarico e broncopneumopatia cronico ostruttiva).

Nel corso di detto ingiustificato ed ingiustificabile intervento, a causa di errata manovra chirurgica (da identificarsi o in manovre di trazione esercitate sulla gabbia toracica per mantenere pervio l'accesso chirurgico intercostale o in azione diretta degli strumenti chirurgici) veniva lacerato il miocardio, con conseguente rapida emorragia che conduceva, senza l'ingerenza di fattori causali alternativi all'intervento, al decesso.

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come sopra descritte (cartella clinica di riferimento nr. 2006002009.pdf).

In Milano, il 21/2/2006

PRESICCI Pietro Fabio – BREGA Massone Pier Paolo

47) del reato p. e p. dagli artt. 110, 575, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano, anticipandola ampiamente, la morte di **VAILATI Carla Giuseppina**, di anni 82, affetta da ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemico-congestizia, nonché progredita malattia neoplastica, con diffusa metastatizzazione.

In particolare:

- sottoponevano, in data 17/3/06, contro ogni logica ed utilità, la paziente ad un intervento chirurgico di VATS destra per resezioni parziali e biopsie pleuriche più intalramento pleurico, e asportazione linfonodi sovraclaveari a fronte di adenomegalie diffuse e versamento pleurico bilaterale, intervento del tutto inutile (potendosi effettuare la diagnosi delle lesioni sovraclaveari con una semplice biopsia e successivo esame istologico sul materiale prelevato e potendosi trattare il versamento pleurico con una assai meno invasiva toracentesi), in paziente a gravissimo rischio anestesilogico (classe ASA III/IV), per le complicanze mortali intra e post operatorie ed in relazione alla quale un intervento poteva giustificarsi solo per sottrarre la donna ad un imminente pericolo di vita, certamente non incombente nel caso di specie (precedentemente all'intervento la Vailati manifestava solo una lieve dispnea, non necessitante di supporto ventilatorio e le condizioni cardiocircolatorie erano stabili). L'atto chirurgico, alterando in senso peggiorativo la dinamica respiratoria, portava, a meno di 24 ore di tempo, ad una grave condizione di insufficienza cardio-respiratoria che peggiorava progressivamente, conducendo, in assenza di fattori eziologici alternativi, la paziente al decesso.

- Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come sopra descritte (cartella clinica relativa all'intervento n.2006003689.PDF).

In Milano, 17/3/06 (decesso in data 22/3/06)

LOLLI Andrea - LA BIANCA Marco

47 bis) del reato p. e p. dagli artt. 113 , 589 c.p., perché, cooperando tra loro, agendo, il primo quale anestesista che ha effettuato la visita pre-operatoria, il secondo quale anestesista che ha indotto l'anestesia e presente quindi in sala operatoria, agevolavano, per colpa consistita in imprudenza e negligenza, la condotta dolosa descritta al capo che precede,

In tal modo fornendo il loro contributo causale al decesso di **VAILATI Carla Giuseppina**.

Negligenza ed imprudenza consistita nel non avere adeguatamente valutato, ciascuno nel rispettivo ambito di competenza ed avuto riguardo alle condizioni della paziente come descritte nel capo che precede, il gravissimo rischio anestesilogico in rapporto all'intervento proposto e concretamente eseguito, certamente non inquadrabile nella categoria dei cd. interventi salva-vita ed anzi del tutto privo di utilità.

In Milano, il 22/3/06 (intervento del 17/3/06- visita anestesilogica pre-operatoria del 16.03.2006)

BREGA MASSONE Pier Paolo – PANSERA Marco

48) del reato p. e p. dagli artt. 110, 575, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in concorso tra loro, nelle rispettive qualifiche di primo e secondo operatore, cagionavano, accelerandola, la morte di **SCOCCHETTI Maria Luisa**, di anni 65.

In particolare:

- sottoponevano la medesima ad intervento di videotorascopia bilaterale, asportazione versamento pleurico, biopsia della pleure, intalciamento pleurico, posizionamento di catetere venoso centrale, intervento inspiegabile in quanto inutile e tardivo ("appare solamente come puro accanimento": cfr consulenza in atti), effettuato in contrasto con la storia clinica della paziente e le condizioni generali della medesima al momento del ricovero. La donna, infatti, colpita da pregresso carcinoma della mammella trattato con mastectomia ed affetta da metastasi epatiche e recente versamento pleurico bilaterale, collocata in classe ASA III, presentava un precario equilibrio a causa del labile compenso respiratorio (per le patologie) ed un intervento nella concreta fattispecie poteva giustificarsi solo per sottrarre la paziente ad un imminente pericolo di vita, certamente non

sussistente nel caso di specie (precedentemente all'intervento la Scocchetti manifestava dispnea da sforzo , non necessitante di supporto ventilatorio).

L'atto chirurgico, alterando in senso peggiorativo la dinamica respiratoria, portava, quarantacinque minuti dopo, ad una compromissione della funzione respiratoria e cardiocircolatoria che si rivelava irreversibile, sino a condurre, in assenza di fattori eziologici alternativi, pochi giorni dopo, al decesso per "acuta insufficienza cardiorespiratoria" (cartella clinica , relativa all'intervento n. 2006013110.pdf e cartella clinica relativa al ricovero in riabilitazione n. 2006013475.pdf)

Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità della paziente come sopra descritte

In Milano, 11/10/06 (decesso in data 19/10/06)

DI TERLIZZI Giuseppe Sergio – BONA Gianandrea

48 bis) del reato p. e p. dagli artt. 113 ; 589 c.p., perché, cooperando tra loro, agendo, il primo quale anestesista che ha effettuato la visita pre-operatoria, il secondo quale anestesista che ha indotto l'anestesia e presente quindi in sala operatoria, agevolavano, per colpa consistita in imprudenza e negligenza, la condotta dolosa descritta al capo che precede, in tal modo fornendo il loro contributo causale al decesso di **SCOCCHETTI Maria Luisa**. Negligenza ed imprudenza consistita nel non avere adeguatamente valutato, ciascuno nel rispettivo ambito di competenza ed avuto riguardo alle condizioni della paziente come descritte nel capo che precede, il gravissimo rischio anestesilogico in rapporto all'intervento proposto e concretamente eseguito, certamente non inquadrabile nella categoria dei cd. interventi salva-vita ed anzi del tutto privo di utilità .

In Milano, il 19/10/06 (Intervento dell'11/10/06- visita anestesilogica pre-operatoria del 10.10.2006)

BREGA MASSONE Pier Paolo

49) del reato p. e p. dagli artt. 575, 576 n. 1 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 2 c.p.) e 577 n. 4 c.p. (in relazione all'art. 61 n. 4 c.p.) perché, in qualità di primo operatore, cagionava, la morte di **DALTO Gustavo Ermenegildo**, di anni 89.

In particolare:

- sottoponeva, in data 2/3/05, il DALTO, paziente con recente infarto miocardico acuto, cardiopatico per fibrillazione atriale cronica, senza i necessari approfondimenti diagnostici (agobiopsia , tac guidata) ad un intervento chirurgico di segmentectomia laterale lobo medio in toracotomia laterale di minima destra previa pleurolisi , intervento effettuato a fronte di un nodulo polmonare (diagnosticato poi come neoplasia squamocellulare di cm. 1) da non correlarsi né ad un rischio di morte imminente o prossimo, né ad alcuna sintomatologia clinica. Propendeva nell'eseguire la descritta aggressione chirurgica, benché la patologia cardiaca (infarto acuto o recente) rappresenti una delle controindicazioni assolute all'intervento in elezione, essendo ammissibili solo interventi cd "salvavita; nonostante il peggioramento del paziente a causa della somministrazione degli anestetici, causante la comparsa di uno stato ipotensivo di forte entità richiedente l'infusione continuativa di dopamina , decideva inoltre di non sospendere l'intervento (della durata di 85 minuti), all'esito del quale le condizioni respiratorie erano tali da non consentire l'estubazione del paziente. Atto chirurgico dal quale il paziente non si riprendeva, decedendo il giorno successivo a causa di un'acuta insufficienza cardiorespiratoria, in assenza di fattori eziologici alternativi (cartella clinica di riferimento nr. 2005001708.pdf)
Con l'aggravante di aver commesso il fatto al fine di commettere il delitto di cui al capo A) e con l'aggravante di aver agito con crudeltà sulla persona, consistita nel propendere per un intervento abnorme ed invasivo, in totale disprezzo delle condizioni di estrema fragilità del paziente come sopra descritte

In Milano, 2/3/05, decesso in data 3/3/2005

LA CORTE Enza

50) del reato p. e p. dagli artt. 373 , 61 n. 11 c.p. perché aiutava **BREGA MASSONE Pier Paolo** ad eludere le investigazioni dell'Autorità nell'ambito del procedimento penale n.18228/07 R.G.N.R..

In particolare, ben sapendo dell'esistenza di attività investigative nei confronti del Brega Massone, approfittando della sua attività di infermiera presso il reparto di chirurgia toracica della clinica Santa Rita, in essere anche dopo l'allontanamento del responsabile Brega Massone, accoglieva l'invito telefonico di quest'ultimo di riferire a Marco Pansera di cancellare dal computer in uso al reparto " tutte le cose di toracica", specificandole di far cancellare, anche dal "cestino" "tutto ciò che è compromettente".

La donna poi, sempre su incarico di Brega Massone, occultava presso la propria abitazione documentazione medica inerente a pazienti del chirurgo, documentazione rinvenuta dagli operanti nell'immediatezza dell'arresto del medesimo ed inerente a pazienti, risultate parti offese sia nell'ambito del procedimento n. 18228/07 R.G.N.R. sia nel presente procedimento (cfr verbale di perquisizione e sequestro in data 9 giugno 2008, da parte della GDF di Milano)

In Milano, dall'ottobre 2007 al 9 giugno 2008

LA CORTE Enza – BREGA MASSONE Pier Paolo

51) del reato p. e p. dagli artt. 110, 646 , 61 n. 11 c.p. per essersi **LA CORTE Enza**, su richiesta di **BREGA MASSONE Pier Paolo** ed al fine di procurare al medesimo un ingiusto profitto, avendone la disponibilità in ragione dell'attività professionale prestata presso la clinica Santa Rita, appropriata di materiale sanitario e medicinali di proprietà della stessa clinica. Materiali (descritti nella telefonata in data 20/10/07, n. 00475 tra Brega Massone e La Corte) poi ceduti al chirurgo per l'esercizio delle sue attività ambulatoriali, dopo l'allontanamento dalla clinica Santa Rita in seguito alla chiusura del reparto di chirurgia toracica.

Accertato in Milano, 20 ottobre 2007

La I^a Corte Assise di Milano con sentenza del 09.04.2014 ha così deciso:
Visti gli artt. 533-535 c.p.p. 72° primo e secondo comma c.p.

Dichiara

BREGA MASSONE Pier Paola colpevole dei reati ascrittigli, esclusi i reati di lesione di cui ai capi 22 (limitatamente al primo intervento), 25, 27, 29, 30, 32 e 34 (limitatamente ai primi tre interventi), i reati di truffa sub A) e G) limitatamente ai fatti commessi sino al 31.12.2005, nonché i reati di falso sub B). ed H) limitatamente ai fatti commessi sino al settembre 2006 compreso, esclusi altresì quanto ai capi G) e H) i fatti in relazione alle cartelle elencate di seguito, unificati i reati sotto il vincolo della continuazione, esclusa l'aggravante- della crudeltà contestata, e lo

condanna

alla pena dell'ergastolo con isolamento diurna per anni tre,

dichiara

PRESICCI Pietro Fabio colpevole dei reati ascrittigli esclusi i reati di lesione di cui ai capi 22 (limitatamente al primo intervento), 25, 27, 30, 32 e 34 (limitatamente ai primi interventi), ai reati di truffa sub A) limitatamente ai fatti commessi sino al 31.12.2005, nonché ai reati di falso sub B) limitatamente ai fatti commessi sino al settembre 2006 compreso, unificati i reati sotto il vincolo della continuazione, esclusa l'aggravante della crudeltà e, concesse le circostanze- attenuanti generiche ritenute equivalenti alle aggravanti contestate, lo

condanna

alla pena di anni trenta di reclusione;

dichiara

PANSERA Marco colpevole dei reati ascrittigli, escluso il reato di lesione di cui al capo 34 (limitatamente ai primi interventi), i reati di truffa sub A) limitatamente ai fatti commessi sino al 31.12.2005, nonché ai reati di falso sub B) limitatamente ai fatti commessi sino al settembre, 2006 compreso, unificati sotto il vincolo della continuazione, esclusa l'aggravante della crudeltà, riconosciute le circostanze attenuanti generiche ritenute equivalenti alle aggravanti contestate lo

condanna

alla pena di anni ventisei e mesi due di reclusione;

dichiara

LA CORTE Enza colpevole dei reati ascritti, unificati sotto il vincolo della continuazione, riconosciute le circostanze attenuanti generiche e quella di cui all'art. 62 n. 4 c.p., in relazione al reato sub 51), ritenute equivalenti all'aggravante contestata, la:

condanna

alla pena di un anno e mesi due di reclusione;

dichiara

BONA Gian Andrea colpevole del reato ascrittogli, e lo

condanna

alla pena di un anno e mesi sei di reclusione;

dichiara

DI TERLIZZI Giuseppe Sergio colpevole del reato ascrittogli, e lo

condanna

alla pena di un anno e mesi sei di reclusione;

dichiara

SCARPONI Renato colpevole dei reati ascrittigli, ad eccezione dei reati di truffa sub G e I limitatamente ai fatti commessi sino al 31.12.2005, e dei reati di falso sub H e L, limitatamente ai fatti commessi sino a settembre 2006, unificati i reati sotto il vincolo della continuazione, e lo

condanna

alla pena di anni due e mesi tre di reclusione ed euro mille di multa;

condanna

tutti i predetti imputati al pagamento delle spese processuali;

Visti gli artt. 29 e 32 c.p.

dichiara

Brega Massone Pier Paolo, Presicci Pietro Fabio e Pansera Marco interdetti in perpetuo dai pubblici uffici ed in stato di interdizione legale per la durata della pena;

Visto l'art. 31 c.p.

dichiara

Brega Massone Pier Paolo, Presicci Pietro Fabio e Pansera Marco interdetti dall'esercizio della professione medica per anni cinque, e **Scarponi Renato** per la durata di un anno;

Visto l'art. 36 c.p.

ordina

la pubblicazione della presente sentenza a spese dei condannati mediante: affissione nell'albo nel Comune di Milano, pubblicazione una sola volta e per estratto sui

quotidiani il Corriere della Sera e Repubblica nonché l'inserimento nel sito internet del Ministero Grazia e Giustizia per giorni quindici.

Visti gli artt. 538 e ss. c.p.p.

Condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI PIETRO FABIO, PANSERA MARCO, SCARPONI Renato, BONA Gian Andrea e DI TERLIZZI GIUSEPPE in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Regione Lombardia da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 30.000 (trentamila);

Presicci euro 20.000 (ventimila);

Pansera euro 15.000 (quindicimila);

Scarponi euro 10.000 (diecimila);

Bona Gian Andrea euro 5.000 (cinquemila)

Di Terlizzi euro 5.000 (cinquemila);

condanna i predetti imputati e il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile Regione Lombardia che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari;

Condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI PIETRO FABIO, PANSERA MARCO, SCARPONI Renato, BONA Gian Andrea e DI TERLIZZI GIUSEPPE in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile ASL di Milano da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 30.000 (trentamila);

Presicci euro 20.000 (ventimila);

Pansera euro 15.000 (quindicimila);

Scarponi euro 10.000 (diecimila);

Bona Gian Andrea euro 5.000 (cinquemila)

Di Terlizzi euro 5.000 (cinquemila);

condanna i predetti imputati e il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile ASL di Milano che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari;

Condanna

BREGA MASSONE Piero Paol, PRESICCI PIETRO FABIO, PANSERA MARCO e SCARPONI Renato, in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 50.000 (cinquantamila);

Presicci euro 30.000 (trentamila);

Pansera euro 20.000 (ventimila);

Scarponi euro 10.000 (diecimila);

condanna i predetti imputati e il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile Ordine Provinciale dei Medici di Milano che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari oltre oneri fiscali e previdenziali, da distrarsi in favore dell'avv.to Enrico Pennasilico;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI PIETRO FABIO, PANSERA MARCO, SCARPONI Renato, BONA Gian Andrea e DI TERLIZZI GIUSEPPE in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la salute - O.N.L.U.S. da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 15.000 (quindicimila);

Presicci euro 10.000 (diecimila);

Pansera euro 5.000(cinquemila);

Scarponi euro 3000 (tremila);

Bona Gian Andrea euro 3.000 (tremila)

Di Terlizzi euro3.000 (tremila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile Medicina Democratica che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari oltre oneri fiscali e previdenziali;

Condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PRESICCI PIETRO FABIO al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Eukos s.p.a da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 10.000 (diecimila);

Presicci euro 10.000 (diecimila);

condanna i predetti imputati in solido (un quarto a carico di Brega Massone e la restante parte a carico di Presici) alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile Eukos s.p.a. che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari oltre oneri fiscali e previdenziali;

Condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PANSERA MARCO, BONA Gian Andrea e DI TERLIZZI GIUSEPPE in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Bergamo Michele da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale le somme così determinate:

Brega Massone euro 50.000 (cinquantamila);

Pansera euro 50.000 (cinquantamila);

Bona Gian Andrea euro 5.000 (cinquemila)

Di Terlizzi euro 5.000 (cinquemila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile che si liquidano in euro 20.000 (ventimila) a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

PRESICCI PIETRO FABIO e PANSERA MARCO in solido al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Stefano Corti e Ernestina Argenti da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale per ciascuna parte le somme così determinate:

Presicci euro 20.000 (ventimila);

Pansera euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile sopra indicata che si liquidano in euro 13.5000) a titolo di onorari oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio e PANSERA MARCO, in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Marco Vantini e Graziana Vedovi da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale per ciascuna parte le somme così determinate:

Brega Massone euro 20.000 (ventimila);

Presici euro 40.000 (quarantamila)

Pansera euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalle indicate parti civili che si liquidano in euro 13.500= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio e PANSELA MARCO, in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Sandra Sipioni e Marco Sipioni da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisoria la somma di euro 40.000 (quarantamila) da porre a carico dei predetti in via solidale;

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalle indicate parti civili che si liquidano in euro 5.250,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio e PANSELA MARCO, al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Teresina Rota e Tiziana Dattrino da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisoria per Tiziana Dattrino la somma di euro 10.000 (diecimila) e a Teresina Rota la somma di euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalle indicate parti civili che si liquidano in euro 4.50,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio e PANSELA MARCO, in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Giuseppe Garlaschi da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisoria la somma di euro 30.000 (trentamila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 6.750,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali, disponendone il pagamento in favore dello Stato;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo, PRESICCI Pietro Fabio e PANSELA MARCO, in solido al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Maria Caterina Fiorentini da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisoria la somma di euro 40.000 (quarantamila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 13.50,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PRESICCI Pietro Fabio in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Grazia Giovanna Colonna e Antonia Cavallo da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale per ciascuna parte la somma di euro 40.000 (quarantamila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 20.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PANSERA Marco in solido con il responsabile civile Istituto Clinico Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Emiliana Belloni da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale la somma di euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 19.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PANSERA Marco in solido al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Oriana Gaibotti da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale la somma di euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 19.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PRESICCI Pietro Fabio in solido con il responsabile civile s.p.a Eukos al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Simona Zito da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale la somma di euro 20.000 (ventimila);

condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 19.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

PRESICCI Pietro Fabio e PANSERA Marco in solido con il responsabile civile Istituto Città Studi al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Emanuele Trombetta e Maddalena Trombetta da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale per ciascuna parte la somma di euro 40.000 (quarantamila);
condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 10.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

PRESICCI Pietro Fabio e PANSERA Marco in via solidale al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Huayana Quijano Mario Honorato da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale la somma di euro 30.000 (trentamila);
condanna i predetti imputati in via solidale alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 13.00,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PRESICCI Pietro Fabio in solido al risarcimento dei danni patiti dalla costituita parte civile Mirella Schiavo da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale per ciascuna parte la somma di euro 100.000 (centomila);
condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 15.000,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

condanna

BREGA MASSONE Pier Paolo e PRESICCI Pietro Fabio in solido al risarcimento dei danni patiti dalle costituite parti civili Luis Armando Cruzatti Saltos, Marcos Antonio Cruzatti Saltos, Alexandra Beatriz Cruzatti Saltos e Katuska Lorena Cruzatto Saltos da liquidarsi in separata sede, assegnando a titolo di provvisionale la somma di euro 50.000 (cinquantamila);
condanna i predetti imputati ed il responsabile civile in solido alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla indicata parte civile che si liquidano in euro 6.750,00= a titolo di onorari, oltre oneri fiscali e previdenziali;

Al sensi dell'art. 543 c.p.p. si ordina su richiesta delle parti civili Emiliana Belloni, Emanuele Trombetta e Maddalena Trombetta la pubblicazione della sentenza a spese degli imputati Brega Massone, Presicci e Pansera in solido con il responsabile civile per una sola volta e per estratto sul quotidiano "Il Corriere della Sera" entro trenta giorni dalla data di irrevocabilità;

Visti gli artt. 163 e 175 c.p.

conceda

a La Corte Enza, Bona Gian Andrea, Di Terlizzi Giuseppe Sergio i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna;

Visti gli artt. 531 c.p.p. 157 c.p.

dichiara

Non doversi procedere nei confronti di **LOLLI Andrea e LA BIANCA Marco** in ordine al reato loro ascritto al capo 47 bis in quanto estinto per intervenuta prescrizione;

dichiara

non doversi procedere nei confronti di **Brega Massone Pier Paolo, Presicci Pietro Fabio, Pansera Marco e Scarponi Renato** in ordine ai reati loro ascritti ai capi 22 limitatamente al primo intervento, 25, limitatamente al primo terzo intervento, 27, 29, 30 32 e 34 (limitatamente ai primi tre interventi), A), e G) per i fatti sino al 31.12.2005 e in ordine ai capi H), I) ed L) limitatamente ai fatti commessi sino al settembre 2006 in quanto estinti per intervenuta prescrizione;

Visto l'art. 649 c.p.p.

Dichiara

Non doversi procedere nei confronti di **Brega Massone Pier Paolo** in ordine ai reati di truffa e falso (capi G e H) relativi alle cartelle 2006001324 - 1745 - 2172-4386 - 5972 -7437 - 7495 - 7857 - 7859 - 8910 - 9178 - 2006010719 - 10975 - 11310 - 11584- 11870 - 11940 - 12027 - 12331 - 12750 - 14709 - in quanto già condannato nell'ambito del processo n. 18228/07;

Visto l'art. 530 c.p.p.

Assolve

BREGA MASSONE Pier Paolo e Presicci Pietro Fabio dal reato loro ascritto al capo 25 limitatamente al secondo intervento per non aver commesso il fatto.

Fissa in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione,

PARTI CIVILI COSTITUITE:

1) **REGIONE LOMBARDIA**, con sede legale in Milano Piazza Città di Lombardia ti. 1, rappresentata e difesa dall'Avv. Antonella Forloni del Foro di Milano, con studio in Piazza Città di Lombardia n. 1 - Milano

2) **ASL DI MILANO**, in persona dei Dott. Walter Locatelli, suo direttore Generale e legale Rappresentante pro tempore, con sede in Milano Corso Italia n. 19, rappresentata e difesa dall'Avv. Simona Norrieri del Foro di Milano, con studio in Via Barozzi n. 6 - Milano

3) **MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE -O.N.L.U.S.**, con sede legale in Milano Via dei Carracci n. 2, in persona dei dott. Fulvio Aurora, nato a Milano il 13/7/1942, nella sua qualità di Vice Presidente e rappresentante legale, rappresentata e difesa dall'Avv. Margherita Pisapia del Foro di Milano, con studio in Via Fontana n. 22 - Milano

4) **Eredi di Maria Luisa SCOCCHETTI:**

Flavio. BERGAMO, nato a Amesano (LE) il 20/01/1932, elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore Avv. Lucia Sonia Guastella del Foro di Lodi

Michele. BERGAMO, nato a Spoleto (PG) il 20/11/1965, elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore Avv. Lucia Sonia Guastella del Foro di Lodi, rappresentati e difesi dall'Avv. Lucia Sonia Guastella del Foro di Lodi, con studio in Via Europa n. 6—
Montanaso Lombardo

5) **Eredi di Mario CORTI:**

Stefano CORTI, nato a Milano il 3/11/1964, elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore Avv. Daniele Angelo Beretta del Foro di Milano;

Ernestina ARGENTI, nata a Milano il 22/9/1940, elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore Avv. Daniele Angelo Beretta del Foro di Milano, rappresentati e difesi dall'Avv. Daniele Angelo Beretta del Foro di Milano, con studio in Corso di Porta Vittoria n. 54 - Milano

6) **Erede di Giorgio VEDOVI:**

Graziana VEDOVI, nata a Zavio (VR) il 4/7/1957, residente a Lugagnano di Sona (VR) in Via Sebastiano Caboto n. 2, rappresentata e difesa dall'Avv. Luca Tirapelle del Foro di Verona, con studio in Largo C. Caldera n. 11 - Verona

7) **Erede di Giorgio VEDOVI:**

Marco VANTINI, nato a Bussolengo (VR) il 23/12/1981, residente a Lugagnano di Sona (VR) in Via Sebastiano Caboto n. 2, rappresentato e difeso dall'Avv. Luca Tirapelle del Foro di Verona, con studio in Largo C. Caldera n. 11 - Verona

8) **Quijano Mario Honorato HUAYANA**, nato a Apurimac (Perù) il 11/1/1958, elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Claudio Acampora, rappresentato e difeso dall'Avv. Claudio Acampora del Foro di Milano, con studio in Via Rugabella n. 17 (denominato "CLM & Partners")

9) Eredi di Silva MURAROLI:

Sandra SIPIONI, nata a Milano il 24/1/1967, residente in Corso Lodi n. 24 – Milano;

Marco SIPIONI, nato a Nogara (VR) il 15/8/1956, residente in Via Clitunno n. 23 – Milano, rappresentati e difesi dall'Avv. Federico Riboldi del Foro di Milano con studio in Via Podgora n. 4 – Milano

10) Eredi di Mario DATTRINO:

Teresina ROTA, nata a San Salvatore Monferrato (AL) il 31/10/1932, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Alessia Valeria Luciani del Foro di Milano;

Tiziana DATTRINO, nata a Milano il 5/6/1958, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Alessia Valeria Luciani del Foro di Milano, rappresentati e difesi dall'Avv. Alessia Valeria Luciani del Foro di Milano, con studio in Viale Gran Sasso n. 37 – Milano

11) Giuseppe GARLASCHI, nato a Pavia l'8/11/1948, elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Marco Marzani del Foro di Milano, rappresentato e difeso dall'Avv. Marco Marzani, con studio in Corso di Porta Vittoria n. 58 – Milano

12) Erede di Maria Giovanna BOSSI:

Maria Caterina FIORENTINI, nata a Milano l'8/6/1964, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Sebastiano Briguglio del Foro di Milano, rappresentata e difesa dall'Avv. Sebastiano Briguglio, con studio in Via Cavalcanti n. 3 – Milano

13) Eredi di Pasquale COLONNA:

Antonla CAVALLO, nata a Trani l'8/8/1932, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Giovanna Lamantia del Foro di Monza;

Grazia Giovanna COLONNA, nata a Milano il 27/3/1969, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Giovanna Lamantia del Foro di Monza, rappresentate e difese dall'Avv. Giovanna Lamantia, con studio in Via Alfonso Lamarmora n. 22 – Milano

14) Emilliana BELLONI, nata a Borgo San Giovanni (LO) il 25/3/1968, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Paolo Sorlini del Foro di

Lodi, rappresentata e difesa dall'Avv. Paolo Sorlini, con studio in Via Bruxelles n. 2H - San Donato Milanese

15) **Oriana GAIBOTTI**, nata a Milano l'8/10/1973, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Eloisia Minolfi del Foro di Milano, rappresentata e difesa dall'Avv. Eloisia Minolfi, con studio in Via Cellini n. 1 - Milano

16) **Simona ZITO**, nata a Milano il 30/6/1977, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Diego Guarnieri del Foro di Lodi, rappresentata e difesa dall'avv. Diego Guarnieri, con studio in Via Magenta n. 34 - Lodi

17) Eredi di Luigi FARINA:

Emanuele Mario Fabrizio TROMBETTA, nato a Milano il 26/6/1976, elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Salvatore La Fata del Foro di Milano;

Maddalena Rosanna Veronica TROMBETTA, nata a Chiavenna (SO) il 16/9/1977, elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Salvatore La Fata del Foro di Milano, rappresentati e difesi dall'Avv. Salvatore La Fata, con studio in Via G. Silva n. 25 - Milano

18) Erede di Antonio SCHIAVO:

Mirella SCHIAVO, nata ad Avellino il 7/3/1951, elettivamente domiciliata presso lo studio dell'Avv. Antonio Giannotta in Via Madonnina n. 9 - Nova Milanese, rappresentata e difesa dall'Avv. Antonio Giannotta del Foro di Milano, con studio in Via Madonnina - Nova Milanese e dall'Avv. Federica Pozzoli del Foro di Monza, con studio in Via Madonnina - Nova Milanese

19) **EUKOS S.p.a.** in persona dell'Amministratore delegato Mario Colombo, nato a Mariano Comense l'1/11/1967, rappresentato e difeso dall'Avv. Giuseppe Lomboni del Foro di Milano, con studio in Piazza Emilia n. 7 - Milano

20) ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MILANO, in persona del suo Presidente legale rappresentante pro-tempore dott. Roberto Carlo Rossi, nato a Milano il 6/2/1964, rappresentato e difeso dall'Avv. Enrico A. M. Pennasilico del Foro di Milano, con studio in Via Fontana n. 25 - Milano

21) Eredi di Lefia Maria SALTOS ARAUZ:

Luis Armando CRUZATTI SALTOS, nato a Pichincha (Ecuador) il 27/8/1980;
Marcos Antonio CRUZATTI SALTOS, nato a Pichincha (Ecuador) il 22/7/1984;

Alexandra Beatriz CRUZATTI SALTOS, nata a Manta (Ecuador) il 3/3/1979;
Katuska Lorena CRUZATTI SALTOS, nata a Pichincha (Ecuador) il 4/6/1982, rappresentati e difesi dall'Avv. Antonella Vitale, con studio in Viale Cirene n. 1 - Milano

In esito all'odierno pubblico dibattimento tenutosi in presenza degli imputati Pier Paolo Brega Massone, Pietro Fabio Presicci, Marco Pansera, e in contumacia degli imputati Enza La Corte, Gianandrea Bona, Renato Scarponi, Giuseppe Sergio Di Terlizzi e Andrea Lolli; sentita la relazione svolta dal Presidente dott. Sergio Silocchi; sentito il Procuratore Generale dott. Massimo Gaballo, sentiti gli imputati, le parti civili e le difese

LA CORTE

Svolgimento del processo e motivi della decisione

1. Le indagini e la sentenza di primo grado.

Brega Massone Pier Paolo, Presicci Pietro Fabio, Pansera Marco erano stati chiamati a rispondere rispettivamente dei reati di truffa, falso, lesioni volontarie ed omicidi volontari, commessi nell'ambito dell'attività svolta come medici nel reparto di chirurgia toracica presso la casa di cura Santa Rita di Milano e poi, per i soli Brega Massone e Presicci nell'ambito di quella svolta presso la clinica San Carlo di Milano, così come risulta dai capi di imputazione della sentenza impugnata.

Ciò perché a costoro era stato contestato di aver eseguito degli interventi chirurgici in assenza d'indicazione e di consenso informato valido da parte dei pazienti; pertanto, di aver dolosamente provocato loro lesioni o decessi, il tutto con la finalità di far ottenere alla casa di cura Santa Rita e, per l'ultimo periodo anche alla clinica San Carlo, dei rimborsi non dovuti da parte della Regione Lombardia, con richieste SDO (*acronimo per Scheda di Dimissione Ospedaliera*) ideologicamente false con una condotta integrante i reati di truffa e di falso in atto pubblico.

Scarponi Renato, invece, era stato chiamato a rispondere (anche in concorso con Brega Massone) solo dei reati di truffa e falso, commessi nel corso della sua attività di responsabile del reparto di riabilitazione presso la casa di cura Santa Rita (capi G,H,I,L) perché, a fronte di ricoveri nel suo reparto, apparenti ovvero privi dei presupposti per detto trattamento, egli aveva avanzato scorrette richieste di rimborso.

A La Corte Enza, infermiera presso la casa di cura Santa Rita, erano state mosse le accuse di favoreggiamento personale continuato in favore di Brega Massone e di appropriazione indebita, quest'ultimo reato le era stato contestato in concorso con il menzionato chirurgo (capi 50 e 51).

Infine, Lolli Andrea, La Bianca Marco (capo 47 bis), Bona Gian Andrea e Di Terlizzi Giuseppe (capo 48 bis), che avevano svolto attività di anestesisti in due degli interventi chirurgici, ascrivibili secondo l'accusa a titolo di responsabilità per omicidi volontari rispettivamente a carico di Brega Massone (entrambi i casi), Presicci e Pansera (un episodio ciascuno), erano stati chiamati a rispondere a titolo di concorso colposo in quei delitti, così come indicato dettagliatamente per ciascuno in rubrica.

Nella stessa sentenza impugnata si dava preliminarmente atto che, nei confronti di Brega Massone e Presicci, si era nel frattempo concluso un altro procedimento penale con la loro condanna in via definitiva per i reati di lesioni volontarie anche pluriaggravate, truffa e falso, sempre con riferimento all'attività svolta presso la casa di cura Santa Rita relativamente ad altri numerosi (inizialmente 88) interventi chirurgici e correlate illecite, nonché ideologicamente false, richieste di rimborso.

Di detto procedimento, proprio perché divenuto definitivo, erano acquisiti le sentenze ed alcuni verbali di udienza relativi alle dichiarazioni dei consulenti della difesa Pozzi e Mezzetti (con acquisizione anche delle loro consulenze scritte) oltre alle deposizioni di alcuni testi, su cui le parti avevano espresso consenso (per es. Cornalba, Merlano).¹

All'esito dell'istruttoria dibattimentale, con sentenza in data 9 aprile 2014, la Corte d' Assise di primo grado riteneva Pier Paolo Brega Massone colpevole di aver provocato, con l'adozione di interventi chirurgici ingiustificati dal punto di vista terapeutico e non validamente legittimati dal consenso dei pazienti, la morte di quattro di loro (capi 46,47,48,49), vale a dire Schiavo Antonio, Vailati Cantà Giuseppina, Scocchetti Maria Luisa e Dalto Gustavo Ermenegildo) e di aver cagionato lesioni volontarie anche particolarmente gravi ai danni di molti altri pazienti (senza tener conto dei reati per cui nel frattempo era maturata la prescrizione).

Si trattava infatti di delitti di lesioni volontarie, aggravate dalla connessione teleologica con i reati di truffa in contestazione, e, tra essi, di alcuni casi di lesioni aggravate anche dall'aver posto i pazienti in pericolo di vita, ma per tutti i reati contro la vita e l'incolumità individuale era sempre esclusa la pur contestata circostanza aggravante di cui all'art. 61 n 4 cod.pen.

¹ Il procedimento cui la documentazione si riferisce è quello definito in primo grado con la sentenza del Tribunale di Milano, sez IV penale, del 29 aprile 2010, poi con la sentenza della Corte d'appello di Milano, sez. IV penale, del 6 marzo 2012, quindi oggetto della sentenza della Corte di cassazione del 22 giugno 2013 che, pur annullando senza rinvio la decisione appellata per ragioni di prescrizione dei reati di lesioni, fatta eccezione per i casi di lesioni gravi, commessi fino al 15 dicembre 2005, nel resto aveva confermato la sentenza impugnata, respingendo tutti i motivi di ricorso diversi da quello relativo alla prescrizione medio tempore maturata.

Brega Massone era anche ritenuto colpevole dei delitti di truffa pluriaggravata, di falso in atto pubblico e di appropriazione indebita, tutti delitti posti in continuazione tra loro.

Era nel contempo negato a quell'imputato il riconoscimento delle circostanze attenuanti generiche (così come gli era negata la richiesta riduzione di pena prevista dal 3° comma dell'art. 442 c.p.p.) e nei suoi confronti era applicata la pena prevista dal legislatore per il reato di omicidio volontario aggravato ai sensi dell'art. 61, n. 2 c.p.

Pertanto, individuato il delitto più grave nell' omicidio volontario di Dalto Gustavo Ermenegildo e considerato il disposto di cui all'art. 72 c.p., gli era irrogata la pena dell'ergastolo con isolamento diurno per anni tre, in ragione della pena in concreto inflitta per i numerosi gravi delitti posti in continuazione.

Pietro Fabio Presicci era ritenuto colpevole di omicidio volontario di due pazienti (Schiavo e Vailati Canta) e di avere cagionato lesioni volontarie ai danni di molti altri pazienti (con esclusione dei reati per cui era intervenuta *medio tempore* la prescrizione).

I delitti erano anch' essi aggravati dalla connessione teleologica con i reati di truffa e falso in contestazione, dal momento che l'azione, pure di questo imputato, era stata rivolta a procurare indebiti rimborsi alla casa di cura in cui operava, con conseguenti vantaggi per il suo primario e per tutta l'équipe chirurgica.

In tre casi di lesioni (Fornetti, De Vecchi, Colonna, contestati a Brega Massone e Presicci²), come anticipato, la Corte d' Assise aveva ritenuto la sussistenza dell'aggravante dell'aver posto i pazienti in pericolo di vita, a mente dell' art. 583, 1° comma n. 1), 585 in rel. art. 576 cod.pen..

² Accanto ai tre casi citati vi era un quarto caso di lesioni aggravate dalla messa in pericolo di vita del paziente, pur sempre contestato a Brega Massone e Presicci. Si tratta del caso rubricato al capo 27), relativo a Maccarelli Giuseppina. Ancorché la motivazione (pagg. 404-417) affermi platealmente la responsabilità aggravata dei due chirurghi, il reato è stato dichiarato estinto per prescrizione per entrambi. Poiché l' intervento era avvenuto il 13 maggio 2005, il delitto era prescritto per il solo Presicci, per via del bilanciamento fra circostanze di segno contrario ex art. 69 cod.pen., ma non per Brega, che non ha beneficiato delle circostanze attenuanti generiche e per il quale quindi, in presenza della circostanza aggravante ad effetto speciale di cui agli artt. 583, 1° comma n. 1 e 585 in rel. all' art. 576 n. 1 cod.pen., il termine di prescrizione non era ancora decorso.

Provata per il primo giudice era inoltre la colpevolezza dell'imputato in relazione ai reati di truffa pluriaggravata e di falso in atto pubblico contestatigli.

A Presicci, esclusa la circostanza aggravante di cui all' art. 61 n. 4 c.p. come per Brega Massone, erano invece riconosciute le circostanze attenuanti generiche, con conseguente giudizio di equivalenza fra circostanze di opposto segno; pertanto, ritenuta fra tutti i reati la continuazione, stabilito nel delitto di cui al capo 47) (paziente Vailati Canta, l' intervento in cui l' imputato aveva agito come primo operatore) quello più grave e, preso atto del limite di pena previsto per il cumulo delle pene detentive disposto dall'art. 73 cod.pen., la Corte di Assise lo condannava alla pena di anni 30 di reclusione.

Marco Pansera era ritenuto colpevole di aver concorso con Brega a provocare la morte di Maria Luisa Scocchetti e di essere responsabile di lesioni volontarie ai danni di numerose altre persone, reati tutti, come sempre, aggravati dalla connessione teleologica con i reati di truffa in contestazione.

Provata era poi per quel giudice la colpevolezza dell'imputato in relazione ai reati di truffa e falso in atto pubblico contestatigli. Perciò, riconosciutegli le circostanze attenuanti generiche con giudizio di equivalenza rispetto alle circostanze aggravanti contestate, gli era irrogata la pena di 26 anni e 2 mesi di reclusione.

Enza La Corte era ritenuta colpevole dei due reati ascrittibile (favoreggiamento continuato ed appropriazione indebita in concorso, capi 50 e 51), uniti dal vincolo della continuazione e, riconosciutele le circostanze attenuanti generiche e quella di cui all'art. 62 n 4 cod.pen. in relazione al reato di cui al capo 51) giudicate equivalenti all'aggravante contestata, ritenuto più grave il fatto consistito nell' asportazione delle lastre di cui al capo 50), le era irrogata la pena di anni 1 e mesi 2 di reclusione.

Anche la penale responsabilità degli anestesisti Giuseppe Sergio Di Terlizzi e di Gian Andrea Bona per il reato loro ascritto al capo 48 bis) appariva alla Corte provata; perciò, negate loro le circostanze attenuanti generiche, era a ciascuno irrogata la pena di 1 anno e 6 mesi di reclusione.

Renato Scarponi era ritenuto colpevole dei reati contestatigli di truffa aggravata e falso in atto pubblico, uniti dal vincolo della continuazione interna ed esterna fra i reati di cui ai diversi capi di imputazione, e,

negategli le circostanze attenuanti generiche, gli era irrogata la pena di 2 anni e 3 mesi di reclusione ed euro 1.000 di multa.

A parte le pronunce di ndp per intervenuta prescrizione in ordine ad alcuni reati riferibili a diversi imputati, fra i quali quello di cui al capo 47 bis), vale a dire il reato di cooperazione colposa nell' omicidio di Vailati Cantà Giuseppina contestato agli anestesisti Lolli Andrea e La Bianca Marco e di *ne bis in idem* per Brega Massone con riferimento e truffe e falsi riguardanti cartelle cliniche oggetto del diverso giudizio, si registrava una sola assoluzione "piena".

Essa riguardava Brega Massone e Presicci, assolti "per non avere commesso il fatto", limitatamente al secondo intervento subito da Colombi Franca, indicato nel capo 25) della rubrica.

Seguivano le statuizioni accessorie anche con riferimento ai danni lamentati dalle parti civili costituite con condanne degli imputati e dei responsabili civili al risarcimento del danno da liquidarsi in separata sede, salve le provvisoriamente immediatamente esecutive accordate .

Nel ripercorrere la vicenda, la Corte ricordava che essa aveva tratto origine da indagini della Guardia di Finanza, Gruppo Tutela della Spesa Pubblica nel Settore Sanità, iniziate nel 2006 con riferimento a correttezza e regolarità delle richieste di rimborso presentate da vari istituti sanitari privati della Lombardia, tra cui appunto la casa di cura Santa Rita.

Infatti, già dal 2004 le cliniche accreditate in Lombardia richiedevano alla Regione i rimborsi per le prestazioni rese, non più in forza di indici di lista, con tutte le prestazioni eseguite per il singolo paziente, bensì in rapporto ad "*un costo forfettario unico*", prestabilito in forza del relativo DRG (*acronimo di Diagnosis Related Groups*).

I DRG identificano categorie di ricoveri omogenei per consumo di risorse. Essi differiscono fra loro (anche come entità del relativo rimborso) secondo la patologia risultante dalla diagnosi principale esposta alle dimissioni, che dà conto delle cause del ricovero, e variano quindi in ragione dell'intervento maggiore prestato.

Tutte queste circostanze vengono indicate nell'atto di dimissione del paziente (la SDO, come detto, acronimo di scheda di dimissioni ospedaliera), corredate da specifici codici (ICD-9-CM).

In forza di tutti le SDO, a fine mese la struttura sanitaria privata accreditata provvede a redigere un file digitale (contenente i dati o codici

informatici relativi a tutte le prestazioni erogate) da presentare in Regione, senza alcun altro corredo documentale.

Lo svolgimento dell' indagine era motivato dalla circostanza in base alla quale, dal 2004 al 2005, in Santa Rita c'era stato un aumento di interventi del 21% e del valore di produzione del 47%, percentuali che non potevano essere spiegate in ragione dell'aumento accreditato di soli 7 letti.

Inoltre, c'era stato quasi il triplo dei ricoveri indicati rispetto ai posti letto del reparto di oculistica rispetto a quelli dell' ospedale Fatebenefratelli, mentre prestazioni che gli altri ospedali solitamente fornivano in *day hospital*, erano sempre rendicontati dalla clinica come veri e propri ricoveri. Elevato era stato anche il numero di decessi intervenuti in clinica presso il reparto riabilitativo (il 13 % di quelli di tutto il territorio di competenza erano infatti avvenuti in Santa Rita).

Ciò aveva condotto a svolgere nei confronti di questa struttura sanitaria più approfondite indagini perché, inizialmente, si era pensato soltanto alla possibile consumazione di reati contro il patrimonio e la fede pubblica, e si era allora voluto verificare se le "*anomalie*" riscontrate fossero da imputare ad iniziative dei medici, eventualmente interessati ad aumentare i propri compensi, o, piuttosto, alla stessa dirigenza della struttura sanitaria.

Si era così proceduto anzitutto per mezzo di intercettazioni telefoniche cui, atteso il loro tenore, erano seguiti perquisizioni e sequestri e più penetranti indagini nel reparto di chirurgia toracica, di cui era primario il chirurgo Brega Massone e dove lavoravano come suoi aiuti i dottori Presicci e Pansera, che proprio le captazioni avevano fatto balzare all' attenzione degli inquirenti.

A questa indagine si erano affiancate anche indagini amministrative autonome, specificamente incentrate proprio sull' unità operativa diretta da Brega Massone, per verificare se i casi di tubercolosi (quelli inizialmente osservati), fossero stati seguiti secondo i protocolli ordinari stabiliti.

La commissione ASL, appositamente costituita, era così arrivata alla conclusione che, in sei dei sette casi di TBC trattati presso il reparto di chirurgia toracica, era stato adottato un approccio assolutamente divergente rispetto a quello dettato dai protocolli di riferimento.

Di conseguenza, il Direttore Generale della ASL, il 26.9.07, aveva sospeso l'accreditamento di questo reparto, ragion per cui il SSN non avrebbe più

coperto le spese delle future prestazioni sanitarie erogate, cosa che aveva portato al repentino allontanamento di Brega Massone dalla clinica.

Peraltro, un' indagine interna promossa dal proprietario della clinica, Francesco Paolo Pipitone, e commissionata al primario dell' Ospedale Sacco, prof. Legnani, aveva destato lo sgomento di quest' ultimo (rimasto registrato in una intercettazione telefonica).

Egli aveva infatti scoperto interventi da lui definiti letteralmente sconcertanti, vale a dire non giustificati, praticati in assenza di anamnesi e di gradualità nel percorso diagnostico. Il terapeuta aveva anche constatato sistematicità delle toracotomie, che sarebbero dovute essere l' ultimo "step" di approccio al paziente e non certo praticate d'acchito.

Nel contempo, le indagini della magistratura avevano condotto al sequestro e ad un esame più approfondito di tutte le cartelle cliniche di quel reparto a partire dal 2004 oltre che al controllo del rapporto contrattuale instaurato dalla Casa di cura con quei medici, e ciò aveva comportato anche la verifica delle SDO da parte degli uomini del NOC (acronimo di Nucleo Operativo di Controllo) della ASL "Città di Milano" e dai consulenti tecnici nominati dal PM.

In particolare, l' indagine relativa all'appropriatezza dell'attività sanitaria prestata era stata affidata a dei consulenti medici.

Il consulente del PM, Squicciarini, aveva operato una prima selezione delle cartelle cliniche, enucleando quelle in cui gli era apparso essere stato adottato un approccio terapeutico non conforme alle linee guida; poi queste cartelle erano state più approfonditamente verificate in funzione delle diverse competenze da altri consulenti del PM, sia in relazione agli interventi di chirurgia toracica, sia agli interventi al seno e sia, infine, per agli interventi chirurgici realizzati nei casi di malattie polmonari.

Come accennato, durante lo svolgimento delle indagini la clinica Santa Rita (nell'ottobre 2007), per via della sospensione dell'accreditamento del reparto di chirurgia toracica aveva licenziato Brega Massone, mentre Presicci e Pansera erano rimasti nel reparto in attesa dell' individuazione di un nuovo primario.

Il primo giudice dava anche atto della circostanza che, dalle disposte intercettazioni, erano emersi elementi per ritenere che Brega avesse reagito alle indagini cercando di cancellare dei dati, intervenendo sui

computer del suo reparto, tramite Presicci e Pansera e l' infermiera Enza La Corte.

Ciò aveva portato al sequestro del computer del reparto di chirurgia toracica e alla perquisizione della casa dell' infermiera, dove era rinvenuta al documentazione indicata nel capo di imputazione relativo al reato di cui all' art. 378 cod.pen.

Di seguito, erano state sequestrate altre 20 cartelle cliniche (relative ai pazienti Elasad, Bigi. Markat, Corti, Atalla, Vedovi, Teruzzi, Ignazi, Muraroli, Sperotto, Datrino, Russo, Incontro, Vita, Corona, Baronti), nonché vari referti TAC (tra cui quella eseguita il 6.2.07 sulla paziente Vecchiotti Maria).

In ogni caso, Brega Massone aveva continuato a visitare i pazienti nel suo studio privato e aveva proseguito gli interventi chirurgici al torace presso l' istituto clinico San Carlo di Milano, dove aveva operato ancora come suo aiuto Presicci, il che aveva reso necessario che indagini e sequestri fossero estesi anche alle cartelle cliniche relative agli interventi da loro eseguiti presso quella struttura sanitaria.

La documentazione era poi stata poi esaminata secondo le modalità sopra riferite.

I risultati delle indagini e la prosecuzione dell'attività chirurgica di questi imputati avevano spinto il PM a richiedere nel febbraio 2008 una misura cautelare nei confronti di Brega Massone, Presicci e Pansera, cui era seguita, per i tre chirurghi e per altri medici e dirigenti della clinica Santa Rita la richiesta di giudizio immediato (per tutti per i reati di truffa e falso; per i primi tre anche per il reato di lesioni volontarie contestato con riguardo ad interventi estrapolati dagli altri dai consulenti medici del PM perché del tutto privi di indicazione terapeutica ed in contrasto con le linee guida dell'ars medica).

Dopo avere osservato che l' attuale procedimento altro non è quindi che uno stralcio di quello conclusosi con la sentenza passata in giudicato già citata in nota precedente e necessitato dall' adozione della misura cautelare e dalla successiva richiesta di giudizio immediato, il primo giudice evidenziava come, all' epoca, non fosse stato ancora completato l'esame di tutti i casi trattati dagli imputati (l'acquisizione della documentazione era stata a sua volta integrata successivamente con i sequestri presso Enza La Corte il 9.6.08 e presso la clinica Santa Rita il 22.11.10).

I consulenti del PM avevano quindi individuato solo in seguito altri casi clinici per cui erano risultate o un' inappropriata esposizione del codice di rimborso o l'adozione di un trattamento terapeutico in contrasto con quanto previsto dalle linee guida in materia.

All'esito di questi ulteriori accertamenti, erano stati contestati agli imputati Brega Massone, Presicci, Pansera il reato di truffa aggravata e di falso in atto pubblico con riferimento a nuovi casi: ai capi A) e B) per richieste di rimborsi relativi ad attività prestata presso la clinica Santa Rita negli anni 2005-2007, contestazione che aveva comportato anche l'imputazione di lesioni o di omicidio formulate in altri capi; ai capi C) e D), la contestazione di truffe e falsi per l'attività prestata dai primi due presso la clinica San Carlo, che aveva comportato anche le imputazioni di lesioni di cui ai capi 37, 2a parte), 43), 44), 45); ai capi E) ed F), la contestazione, per alcuni casi relativi all'anno 2007, di truffe e falsi in cui erano stati indebitamente esposti dei DRG con valorizzazioni superiori a quelle dovute ma non si erano verificate lesioni ai danni dei pazienti.

A Brega Massone e Scarponi (quest'ultimo, come detto, quale medico responsabile del reparto di riabilitazione e dell'unità operativa di ortopedia) erano stati contestati ai capi G) ed H) gli stessi reati, con riferimento ad alcuni casi in cui si riteneva fosse stata esposta falsamente l'esigenza del trasferimento dei pazienti dal reparto "*acuti*" al reparto "*riabilitazione*".

Infine, ai capi I) ed L), erano stati contestati i reati di truffa e falso al solo imputato Scarponi, con riferimento a dei "*ricoveri ripetuti*", sempre nel reparto di riabilitazione, di pazienti provenienti dal reparto di ortopedia (di cui era pur sempre responsabile il medesimo sanitario).

Erano poi seguite le imputazioni per una moltitudine di casi di lesioni volontarie e per i 4 citati casi di omicidio, contestati come volontari nei confronti dei chirurghi, Brega Massone, Presicci e Pansera e, a titolo di concorso colposo, nei confronti degli anestesisti.

Da ultimo, come accennato, vi era stata la contestazione dei reati di favoreggiamento ed appropriazione indebita a carico di La Corte Enza., infermiera in Santa Rita ed in buoni rapporti con il primario dell' unità di chirurgia toracica..

Il delitto di appropriazione indebita era contestato nella forma concorsuale anche a Brega, con riferimento nel primo caso alla sottrazione di documenti utili alle indagini in corso, nel secondo, di strumentazione e presidi medico-

chirurgici di proprietà della clinica Santa Rita, che l'imputato avrebbe voluto utilizzare nella sua proseguita attività presso la clinica San Carlo.

Ciò premesso, va detto che per il primo giudice era evidente come le decisioni assunte nell'ambito del procedimento conclusosi con sentenza passata in giudicato fossero rilevanti anche ai fini del giudizio attuale, perché le indagini da cui avevano tratto origine i due procedimenti erano state le stesse.

Alcune degli eventi patologici affrontati nei casi clinici esaminati in quel giudizio e nel presente processo erano del tutto simili fra loro (e simili erano state anche le questioni preliminari e le eccezioni proposte dalle difese).

Tuttavia, pur nella consapevolezza della precedente condanna di Brega, Presicci e Pansera per i numerosissimi fatti di lesioni volontarie, anche gravi, intervenuta in quel procedimento, la Corte riteneva ovviamente necessario concentrarsi nella disamina specifica dei casi ora in contestazione, volendo verificare singolarità e analogie nel metodo di approccio adottato dagli imputati con riferimento ad essi.

Alla precedente condanna era così attribuito solo il valore di una conferma di quanto alla fin fine sarebbe potuto emergere anche in questo giudizio sulla non occasionalità delle omissioni degli step diagnostici, della mancanza di confronto con i medici di altre specialità prima degli interventi, delle lacunose o fuorvianti informazioni ai pazienti, nonché della sistematicità del ricorso sempre e solo agli interventi più invasivi o al regime di prestazione più oneroso.

Osservava la Corte che la vera novità di questo giudizio riguardava le imputazioni di omicidio volontario, che pertanto aveva cercato di analizzare in modo più esauriente; dapprima, con un approccio sintetico riferibile alla configurazione giuridica dei reati e quindi, in modo più particolareggiato, con l'analisi dei singoli fatti in esame.

Fatte queste premesse, la Corte aveva rilevato che ai capi da 1) a 45) era stato contestato agli imputati sempre il reato di lesioni volontarie.

Richiamati al riguardo gli arresti giurisprudenziali della Cassazione, la Corte ricordava che gli elementi costitutivi del reato di lesioni volontarie nell'ambito dell'attività medica erano tre. Quanto al profilo oggettivo: 1) la mancanza di un valido consenso, 2) l'esito infausto dell'intervento cui il malato sia stato sottoposto e, quanto al profilo soggettivo: 3) l'assenza di

una finalità terapeutica (intendendosi ciò nel senso di non ritenere necessaria l'individuazione della finalità non terapeutica, essendo invece sufficiente l'estraneità dell'intervento ad ogni ipotizzabile o ragionevole scelta terapeutica).

Ricordava la Corte che, se l'intervento non è posto in essere per una finalità terapeutica, esso non costituisce più un atto medico ed in nulla si differenzia dalla condotta di chi lede volontariamente l'integrità fisica di una persona, indipendentemente dalle eventuali finalità perseguite. Ed in tal caso il "terapeuta" potrà rispondere anche di omicidio volontario, qualora abbia agito con un atto non terapeutico del quale abbia accettato le conseguenze estreme, dovendosi tenere presente che il medico *"proprio in virtù della sua preparazione professionale e della sua esperienza, è sempre in grado di prefigurarsi i possibili esiti negativi dell'operazione"*, a meno che si tratti di conseguenze eccezionali o anomale e quindi, come tali, non prevedibili.

Per comprendere se la condotta del medico debba essere considerata colposa o dolosa occorre, per la Corte d'Assise, porre attenzione anche alle modalità con cui il sanitario si era determinato ad una certa scelta e si può tenere conto anche di elementi indicativi estranei alla specifica condotta, ma comunque utili a spiegarne le ragioni.

Per questo, secondo il primo giudice, le *"linee guida"* rappresentano un elemento determinante nella valutazione della condotta del medico.

Le linee guida, infatti, come avevano spiegato tutti i consulenti delle parti, costituiscono lo sforzo della comunità scientifica internazionale di individuare i comportamenti più utili, sia in campo diagnostico sia terapeutico, a fronte di una determinata patologia.

Rappresentano quindi un "suggerimento", un supporto (il cui valore è stato specificamente riconosciuto anche dal nostro legislatore nell'art.3 della Legge 8.11.12, n.189), fondato su pregresse esperienze che non obbligano il medico ma certamente lo coadiuvano, orientandolo nel valutare a priori la situazione del paziente e le prospettive terapeutiche, dal momento che l'attività medica non rappresenta una scienza esatta ma, al contrario, una scienza empirica.

Dopo una lunga digressione sulle modalità di svolgimento dell'attività terapeutica, la Corte rilevava che una delle censure fondamentali avanzata dai consulenti del PM rispetto alle condotte degli imputati aveva riguardato

il non aver utilizzato i presidi diagnostici ed i rimedi meno afflittivi indicati proprio dalle "*linee guida*", non essendosi quindi i sanitari attenuti alla regola fondamentale dell'*ars medica*, che impone di procedere dalla minor alla maggior invasività negli accertamenti, secondo un principio di gradualità. Infatti, dato che il medico può solo progredire per deduzioni, è necessario che proceda con un approccio graduale, proporzionato al momento, e di per sé meno afflittivo possibile per il malato, secondo una prassi imposta dall'etica professionale, che prescrive di sottoporre il paziente solo ai trattamenti strettamente necessari e non già a sofferenze inutili.

Soccorre per la Corte anche l'esigenza di informare il paziente in modo sempre più completo sulla patologia che lo affligge, prima di prospettargli la scelta di sottoporsi ad un intervento chirurgico, specie di chirurgia maggiore, che, come tale, rappresenta uno dei metodi più invasivi di cura.

Per questo, ricordava quel giudice, prima di scegliere come intervenire sono sempre necessari un'accurata anamnesi ed un attento esame clinico; poi occorre attivarsi con gli esami meno invasivi utili a restringere le ipotesi diagnostiche, restando esclusi solo gli esami che, con certezza assoluta, non sarebbero utili a superare i dubbi diagnostici imposti dalle indagini precedenti.

Da ciò la Corte ricavava il convincimento che la "*chirurgia diagnosticad*" è in sé un controsenso, a meno che, prima di procedere con un sistema così invasivo, non si siano raccolti tutti i dati che rendano certa l'impossibilità procedere diversamente.

Parimenti, laddove la patologia o il sintomo possano essere affrontati con cure mediche o presidi meno afflittivi, la chirurgia deve rappresentare l'estrema *ratio* e può essere adottata solo dopo la verifica che questi rimedi si rivelino infruttuosi e giammai come prima scelta.

La Corte ricordava poi che i consulenti del PM avevano sostenuto che l'attività medica deve informarsi oltre che al principio di gradualità anche al principio di collegialità, ogni qualvolta la patologia comporti la necessità dell'intervento di altri specialisti (come, per esempio, per patologie oncologiche o cardiache, etc).

E' dunque buona norma consultarsi preventivamente con i colleghi con competenze specialistiche diverse, così da vagliare in modo completo le alternative, le condizioni particolari del paziente, le possibili conseguenze, il tutto a miglior garanzia e vantaggio per il malato.

Il consulto può pure avvenire in modo informale (anche telefonico o mediante l'acquisizione della valutazione precedente dell'altro specialista), ma occorre lasciarne traccia sulla cartella clinica. Solo se l'indicazione chirurgica è chiara, ovvero se non vi sono altre strade percorribili, non occorre il consulto.

Il fatto che il chirurgo sia stato convocato da un medico di un'altra specializzazione per un consulto non vale ad integrare il concetto di "collegialità", che impone un effettivo confronto fra più medici alla luce dei dati clinici da ciascuno rilevati come più significativi ed una valutazione dei costi-benefici di ciascuna scelta, operata secondo le rispettive prospettive di intervento.

Con riguardo poi all'elemento soggettivo del reato di lesioni, la Corte sosteneva che l'adozione di un comportamento diverso rispetto a quello suggerito alla luce delle acquisizioni della comunità scientifica potrà essere attribuito a colpa dell'agente ogni qualvolta sia conseguenza di un'erronea valutazione delle condizioni cliniche del paziente, dipendente da negligenza, imprudenza o imperizia, ma non quando sia frutto di un macroscopico abbandono delle linee guida, deciso a priori ed immotivato, con riguardo alle specificità del caso.

Quest'ultimo atteggiamento, tanto più se ripetuto in modo sistematico, rende infatti evidente che il medico non ha avuto di mira l'interesse o il vantaggio del malato, ma rivela, già di per sé, che il medico intendeva perseguire una diversa finalità.

Mentre nel caso di colpa si può, infatti, trovare una logica spiegazione alla condotta del medico pur a partire dall'errore che ha condizionato la sua scelta, nel caso di dolo l'intervento appare "ingiustificato/inspiegabile".

Ciò perché a priori, guardando alle condizioni specifiche del malato, non si ravvisano i presupposti dell'atto che è stato adottato (*"la patologia per quanto già conosciuta o facilmente indagabile non giustificava quell'intervento"*), ovvero perché quel trattamento, pur opportuno in astratto per la cura di quella malattia, era in concreto controindicato per le prevedibili sofferenze imposte o per i rischi di complicanze o anche di sopravvivenza, per le probabilità di insuccesso della cura ovvero di esposizione a rischi del paziente, a fronte di un beneficio eventuale e modesto o raggiungibile in modo meno invasivo.

Secondo la Corte, anche le modalità con cui il medico sia pervenuto alla scelta della terapia, possono rivelare se si sia trattato di un errore di giudizio ovvero di un *modus operandi* volontariamente lesivo degli interessi del paziente.

Occorre allora verificare quali fossero stati gli *step* in forza dei quali il medico aveva fondato le sue scelte nel singolo caso, considerando che una "macroscopica" negligenza diagnostica, un grave imprudenza nella scelta del momento in cui intervenire e nella preparazione del paziente all'intervento, non giustificabile con ragioni di urgenza per la sua salute, così come l'accertamento di atti chiaramente immotivati dal punto di vista terapeutico, o che direttamente o indirettamente denuncino il fine opportunistico della condotta del medico, contribuiscono a far emergere e delineare la finalità dell'azione nel suo complesso, caratterizzando il comportamento del sanitario sotto il profilo soggettivo, non più come colposo, ma come doloso.

Risulta inoltre determinante per il primo giudice, nella valutazione del dolo o della colpa del medico, anche la verifica di come sia stato raccolto il consenso del paziente ovvero di come lo stesso sia stato informato sulle prospettive dell'intervento e sulle possibili alternative.

La centralità del paziente nella scelta delle sue cure impone infatti al medico di dargli una rappresentazione veritiera ed il più possibile completa di tutte le possibili alternative e conseguenze delle scelte terapeutiche propostegli e, se questo non avviene ma, al contrario, vengono volontariamente taciuti o mistificati alcuni loro aspetti, ciò costituisce un elemento sintomatico della volontà del medico di disinteressarsi della tutela del malato al proprio diverso scopo, così denunciando il dolo che informa tutta la sua condotta.

Il fatto poi che, successivamente all'intervento, il paziente sia stato curato in modo appropriato, esclude solo che possano elevarsi imputazioni per colpa con riguardo a questo specifico segmento di condotta, ma non vale certamente a modificare l'eventuale giudizio di illiceità rispetto al comportamento precedente, se questo era stato di segno completamente opposto.

La Corte avvertiva anche che in nessun caso la mancata adesione alle linee guida o la censura della condotta degli imputati era stata fondata su valutazioni economiche ("*maggior economicità di un presidio diagnostico*"),

"inutilità di un intervento quando il beneficio risulta troppo esiguo rispetto alle risorse consumate"), ma si era basata solo sulla verifica della possibilità di pervenire al beneficio diagnostico, curativo, palliativo, con cui gli imputati avevano giustificato di volta in volta la loro scelta di intervento, con rimedi meno afflittivi e meno rischiosi per il paziente di turno.

Il comportamento degli imputati era stato infatti verificato, accertando se vi fosse stata effettivamente la possibilità di aspettarsi un beneficio per il paziente maggiore dei costi certi per lui di quelli ricavabili dall'intervento in termini di sofferenze e di rischi.

Al contrario, motivazioni economiche erano state ravvisate nella scelta degli imputati dei rimedi più invasivi ed anche più onerosi, a prescindere dal pregiudizio provocato in tal modo al paziente.

Inoltre, per procedere a valutare l'elemento soggettivo caratterizzante la condotta degli imputati, si era considerato tutto il contesto in cui era maturata la loro scelta rispetto all'intervento chirurgico poi praticato.

Ciò sia in via generale, anche tenuto conto delle modalità di impostazione e controllo in forza della normativa attinente il SSN dell'attività medica esercitata nelle cliniche private e nel reparto di chirurgia toracica degli imputati nella gestione della casa di cura Santa Rita, sia nello specifico, verificando una serie di circostanze riguardanti il singolo caso.

Vale a dire, il controllare se il rimedio praticato dagli imputati si prospettasse come urgente o se invece fosse opportuno attendere il ristabilirsi del malato; se i sanitari si fossero comunque adoperati a tal fine, se avessero consultato medici di altre specialità, se avessero riportato in modo fedele in cartella clinica gli esiti degli esami esperiti, se avessero praticato quelli suggeriti dalle linee guida attendendone gli esiti, se avessero adottato un atteggiamento prudente e rispettoso dell'interesse del paziente durante l'atto chirurgico e, infine, se un atteggiamento mistificatorio si fosse rivelato nei rapporti con il malato o i suoi familiari.

Quanto accertato a proposito del contesto generale in cui si era svolta l'attività degli imputati era stato quindi verificato anche nella sua incidenza sull'approccio adottato per il singolo caso in contestazione.

Si erano considerate anche eventuali analogie di comportamenti nell'approccio degli imputati in casi diversi, per verificare se l'errore riscontrabile nel singolo caso clinico in contestazione potesse essere stato indotto dalle specifiche circostanze dello stesso, ovvero fosse stato il

frutto di un *modus operandi*, scelto a priori ed applicato senza specifiche giustificazioni terapeutiche.

Dopo avere risposto ad alcune critiche svolte dai difensori degli imputati anche con riferimento alla sproporzione tra interventi che non avevano dato luogo a rilievi rispetto al numero quelli contestati, la Corte tornava a ricordare la sentenza della Corte di Cassazione del 22.6.13 (udienza del 13/6), resa nel procedimento "gemello" più volte citato ed intervenuta ben prima che si concludesse il giudizio di primo grado di questa causa penale.

Ricordava la Corte che detta pronuncia aveva già analizzato i principi generali che devono presiedere all'attività terapeutica con riferimento alle condotte adottate dagli imputati, Brega, Presicci e Pansera per gli 83 casi per i quali erano stati giudicati responsabili del reato di lesioni volontarie variamente aggravate.

La Cassazione aveva sostenuto, infatti, che, per verificare se l'atto chirurgico integri una lesione dolosa, va tenuto a mente che *"ove l'intervento chirurgico sia stato eseguito ... come indicato in sede scientifica per contrastare una patologia ed abbia raggiunto positivamente tale effetto, dall'atto così eseguito non potrà dirsi derivata una malattia"* (perché in tal caso, a prescindere dalla lesione funzionale del corpo del malato, non si realizza la lesione del bene giuridico, la salute del soggetto passivo, alla cui tutela mira la norma penale di cui all'art.582 cod.pen).

Al contrario, la lesione è immediatamente riscontrabile nell'atto operatorio in sé *"con riferimento ai casi nei quali l'intervento chirurgico non è neppure contemplato fra le prestazioni somministrabili in relazione alla patologia riscontrabile in concreto."*

L'applicazione del citato criterio ai casi pratici era per la Corte molto chiara laddove nella sentenza erano stati richiamati, a titolo esemplificativo, i casi dei traumi toracici esaminati; in essi era stato riscontrato un difetto assoluto dei presupposti concreti per una scelta chirurgica; così anche nei casi dei versamenti pleurici, in cui era *"stata trascurata del tutto la possibilità di arrivare a diagnosi, sulla base di indagini mediche universalmente accettate"*, che avrebbero evitato l'intervento chirurgico.

Erano stati quindi richiamati altri casi in cui l'intervento chirurgico, *"pur previsto fra le possibili alternative in relazione alla concreta patologia, era stato praticato come prima scelta, senza verificare (e tantomeno comunicare al paziente) se la soluzione alla patologia potesse essere data*

attraverso prestazioni sanitarie meno invasive o del tutto diverse (patologie da affrontare con cure mediche e non in via chirurgica, come per esempio la TBC, ovvero i versamenti originati da una patologia cardiaca o infettiva, ovvero ancora alcuni tipi di tumore).

Si trattava per la Corte di rilievi importanti, che ridondavano anche nella valutazione dei casi in esame, in cui erano stati adottati comportamenti analoghi, non già in forza di errori di valutazione di una sintomatologia complessa, vale a dire di una lettura involontariamente scorretta di un esame, dell'omissione di indagini ulteriori non di prassi e del tutto particolari, bensì in forza di una scelta a priori di intervenire a tutti i costi e quasi sempre al più presto, senza fare nulla che potesse prevenire o escludere l'opzione chirurgica (non rimedi meno invasivi, non esami diagnostici semplici, non consulti).

La Corte di cassazione aveva censurato inoltre il comportamento degli imputati pure sotto il profilo dell'assenza di valido consenso del paziente, affermando che nei casi esaminati gli interventi non *"possono dirsi assistiti e/o scriminati neppure da un consenso informato e quindi appaiono in definitiva, risolversi in attività contraria alla volontà del paziente, pure indirettamente espressa"*.

Infatti, la Corte di cassazione aveva sottolineato che *"le manifestazioni di volontà del paziente devono necessariamente confluire non solo sulla scelta (positiva o negativa) dell'intervento chirurgico in sé, ma anche sulle alternative possibili all'intervento chirurgico stesso"*.

La Corte di Assise di primo grado, quindi, aveva cura di richiamare i parametri recepiti dal Codice Deontologico dei Medici Chirurghi, approvato il 3.10.98, che riporta i criteri individuati dalla Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e della biomedicina, ratificata dall'Italia con legge 28.3.01, n. 145.

Segnalava quel giudice che addirittura il Supremo Collegio aveva rimarcato che *"in assenza di informazioni complete e conformi alle leggi dell'arte, l'intervento chirurgico risulta da un lato posto in essere in assenza di valido consenso, ma quel che più conta in questa sede, esso rivela la preordinazione dell'agente ad una condotta rispetto alla quale, di sanitario e terapeutico vi è solo la richiesta del paziente, mentre quella stessa condotta risulta non connotata da finalità di tipo corrispondente dal punto di vista del chirurgo"*.

Quindi, se il chirurgo procede all'intervento nonostante sappia di poter agevolmente affrontare la patologia con diversi mezzi terapeutici che non prospetta al paziente, il consenso da quest'ultimo espresso si dovrà definire come "*fraudolentemente carpito*", e tale quindi non solo da non giustificare la condotta del medico, ma addirittura da farla qualificare con sicurezza come illecita e dolosa.

Dopo avere indicato tutti i parametri che avevano convinto la Corte Suprema (la quale aveva ritenuto la presenza e il numero di altri interventi ritenuti leciti irrilevanti nella specie) della condotta dolosa dei terapeuti in 83 casi, il primo giudice rilevava una medesima corrispondenza di elementi emergenti anche in questa diverso, ma collegato, processo penale.

Sempre in tema di lesioni volontarie, la Corte osservava che i delitti in questione erano stati contestati con alcune aggravanti, che provvedeva a scrutinare, anche in questo caso rifacendosi al giudicato di cui si è detto.

Il riconoscimento di un movente economico sotteso alla realizzazione di interventi chirurgici, del tutto ingiustificati dal punto di vista terapeutico, dava conto per la Corte d'Assise della sussistenza dell'aggravante del nesso teleologico rispetto ai reati di truffa che, secondo l'assunto accusatorio, erano stati realizzati anche laddove quanto esposto nelle SDO corrispondeva effettivamente all'attività svolta, proprio per il fatto che le prestazioni erano state erogate quando la condizione clinica del paziente non le rendeva necessarie ed utili, e dunque col solo fine di ottenere un indebito rimborso da parte degli Enti pubblici preposti alla gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

La sussistenza della circostanza aggravante di cui all'art. 61 n. 2 c.p. contestata nei vari capi di imputazione comportava di per sé la procedibilità d'ufficio di tutti i reati di lesioni personali, rendendo di conseguenza superfluo l'accertamento della durata della malattia causata dai singoli interventi chirurgici.

Era, come si è anticipato, esclusa in questo processo la sussistenza della circostanza aggravante di cui all'art. 61 n.4 cp, contestata (ma negata dal Tribunale anche nel diverso giudizio) per casi di pazienti già defedati ed in condizione di particolare fragilità (grandi anziani o malati terminali), per i quali l'intervento chirurgico ed il decorso postoperatorio si erano rivelati particolarmente rischiosi, nonché dolorosi e pregiudizievoli.

Infatti, per il giudice di primo grado la citata aggravante non ricorreva per gli interventi chirurgici in contestazione che, pur risultando ingiustificati quanto all'indicazione terapeutica, erano stati praticati, quanto all'esecuzione dell'atto operatorio in sé e per sé considerato, in modo sostanzialmente conforme alla prassi medica.

Sebbene in più casi fosse stato contestato che, durante l'intervento chirurgico, gli imputati avevano praticato plurime asportazioni inutili, e per ciò illecite, si doveva comunque considerare che, quanto al profilo delle sofferenze inferte alle vittime, era stato l'intervento nel suo complesso a provocare pregiudizio al paziente più che la singola aggressione chirurgica.

Inoltre, l'aggravante della crudeltà era stata contestata non già con riguardo alle modalità operatorie, bensì con riguardo alle condizioni preesistenti dei pazienti sui quali gli interventi venivano eseguiti e quindi, già a partire dalla formulazione dell'imputazione, si comprendeva che l'addebito non riguardava le modalità di esecuzione dell'atto operatorio ma le circostanze in cui lo stesso era stato posto in essere, circostanze rilevanti alla luce dell'art 133 c.p. nel qualificare la gravità del fatto e nella determinazione della pena, ma non idonee ad integrare la citata circostanza. Per quanto atteneva infine all'ipotesi aggravata di cui all'art. 583 c.p., contestata con riferimento ai casi di cui ai capi 22 (Fornetti), 23 (De Vecchi), 27 (Maccarelli), 31 (Colonna), la Corte territoriale sosteneva che essa sussisteva quando la condotta illecita in contestazione avesse posto in pericolo di vita la parte lesa e cioè quando, all'esito di un intervento chirurgico (risultato inutile in quanto esulante da finalità e giustificazioni terapeutiche), il paziente si fosse ritrovato in pericolo di vita durante il decorso postoperatorio, anche se poi il suo decesso fosse intervenuto per fattori eziologici diversi o potesse comunque trovare spiegazioni alternative rispetto all'operazione eseguita dagli imputati.

Occorreva perciò accertare quali fossero le funzioni del paziente che erano state compromesse ed il grado di compromissione raggiunto ed i presidi che si erano dovuti adottare per superare detto pericolo.

Di seguito, la Corte analizzava il contesto dei rapporti fra SSN, Regione e cliniche private, i contratti con gli imputati e i controlli che competevano alla Direzione sanitaria delle cliniche, elementi ritenuti tutti essenziali per definire il perimetro della responsabilità penale dei soggetti tratti a giudizio.

In dipendenza del quadro così tracciato, la Corte sottolineava quanto emerso dalle intercettazioni telefoniche, evidenziando (anche qui facendo riferimento alla decisione passata in giudicato) come gli inquirenti avessero tratto da esse il convincimento che, anzitutto, la posizione ed il compenso dei medici presso la Casa di cura fossero condizionati dal profitto da assicurarle e, dall'altro lato, come anche all'interno della clinica Santa Rita, Brega ed il suo reparto fossero accusati dagli interlocutori di esercitare la loro attività ai fini di realizzare il maggior numero possibile di interventi di chirurgia maggiore, cui corrispondevano i maggiori DRG, e di conseguenza i maggiori rimborsi della Regione per ogni singolo ricovero.

Citando ad esempio una conversazione tra il medico Scarponi ed una impiegata dell'amministrazione, la Corte sottolineava come, oltre alla necessità di affrettarsi ad operare per ridurre i tempi e di conseguenza i costi per la struttura, i due interlocutori si preoccupassero anche dei costi dei materiali ed emergeva qui la vicenda, ritenuta assai grave, del famoso reimpianto del "chiodo", la cui confezione era stata aperta per errore rendendolo inutilizzabile, ma da conservare per poterlo riutilizzare comunque in un soggetto dalla minima aspettativa di vita (*"uno di 90 - 95 anni che ce ne sono molti in clinica"*).

Ciò a dimostrazione di un atteggiamento del tutto spregiudicato, orientato solo da "finalità economiche", in particolare nei confronti dei pazienti più anziani, condiviso appunto da medici e personale amministrativo.

La Corte di primo grado, riportando altre captazioni, evidenziava che la pressione *"a far guadagnare di più"* la clinica era sentita anche dagli altri medici dell'istituto Santa Rita e non poteva esimersi dal riferire quanto il prof. Legnani (che quindi non aveva visionato solo le cartelle dei pazienti ricoverati per TBC) aveva rivelato al suo committente, il proprietario della clinica Francesco Paolo Pipitone, interessato a far luce sull'operato dell'equipe di chirurgia toracica, ma anche ad altri medici, uno dei quali (Prati), conversando con altro sanitario (Piergigli) era sentito dire: *"io, ieri sera parlavo con Legnani di alcune indicazioni chirurgiche e gli son venuti.... l'ultimo capello in testa gli si è rizzato eh? Cioè la VATS (acronimo per Video Assisted Thoracoscopic Surgery, ndr), come metodica, mi diceva, è l'unica metodica che tu fai quando veramente non capisci un cazzo di niente di niente, hai capito?"* e Piergigli confermava: *"deve essere l'ultima scelta"* e

quindi Prati proseguiva confermando: *"bravissimo, questo (Brega Massone, ndr), cazzo, lo faceva per le fratture costali"*.

Del resto per la Corte, Brega Massone, di cui erano riportate molte conversazioni a riprova della sua estrema preoccupazione per ciò che le indagini in corso avrebbero potuto rivelare sul suo operato quanto ai reati di truffa al SSN, aveva ammesso di aver *"pompato"* i DRG, anche se aveva sostenuto che il Direttore sanitario e tutta l'amministrazione della casa di cura erano perfettamente a conoscenza di ciò, ed anzi l'avevano indotto a farlo perché contava solo il massimo profitto ricavabile dai DRG.

Inoltre, il chirurgo aveva descritto più volte il suo *"valore"* in funzione dell'elevato numero di interventi chirurgici realizzati e del profitto di conseguenza procurato alla clinica Santa Rita, che peraltro si riverberava anche sul compenso suo e della sua équipe.

Le intercettazioni però davano conto del fatto che, nonostante la sua estrema preoccupazione, Brega Massone, che nel frattempo a seguito del suo allontanamento dalla clinica Santa Rita si era trasferito a lavorare presso l'istituto San Carlo, aveva continuato nella sua condotta abituale.

In una di queste captazioni egli aveva ammesso di aver provveduto ad esporre codifiche scorrette per aumentare le richieste di rimborso alla Regione, spiegando bene che *"che la riabilitazione veniva imposta"* affinché, per ciascun ricovero denunciato, non corrispondesse un numero di giorni elevato in modo tale da diminuire il margine di guadagno per le singole giornate.

Del modo di atteggiarsi di Brega Massone nell'approccio ai pazienti e nella scelta dell'intervento era testimonianza, secondo la Corte, in una captazione tra l'imputato e l'anestesista (non della Santa Rita) Porcheddu, che dava conto della testardaggine dell'imputato, a fronte delle perplessità dell'altro sanitario, di non voler procedere con tecniche meno invasive che non comportassero adeguati ricoveri e di come la sua insistenza nel procedere non si fondasse neppure su di una conoscenza approfondita della condizione della paziente (ammetteva infatti di non aver visto le lastre *"perché faceva tutto oggi"*).

Significativo era anche il risentimento che Brega Massone aveva esternato alla infermiera Enza La Corte perché quell'anestesista gli *"aveva bocciato la mammella novantenne"*.

Altre captazioni davano conto di come Brega Massone, sempre insoddisfatto per i propri guadagni nonostante il numero di interventi remunerativi per la clinica effettuati, avesse comunque iniziato fin da subito a preoccuparsi di potere essere accusato *"di aver operato tutto"* e aveva sottolineato al collega Presicci che lui e il collega Pansera *"ci sono dentro"* anche loro, mostrando di avere un quadro ben chiaro della situazione dell' unità di chirurgia toracica.

Si deve dar qui conto della circostanza che la sentenza impugnata prosegue per molte pagine riportando tutta una serie di conversazioni ritenute significative ai fini di indagine, perché in parte contenenti i commenti di Brega e degli altri sanitari su alcuni degli interventi effettuati.

La Corte osservava come fosse interessante notare innanzitutto come molti dei temi di contestazione riproposti poi dai consulenti del PM, che non riguardavano di certo solo gli interventi relativi ai malati di TBC, fossero stati anticipati dagli imputati, che si erano mostrati quindi pienamente consapevoli delle criticità ricorrenti del loro operare.

Era significativo per quel giudice inoltre che costoro avessero individuato a priori, in astratto, le giustificazioni che avevano poi sostenuto in udienza, sia essi stessi che i loro consulenti nel commentare dei casi specifici, con ciò concorrendo a dimostrare come alcune delle giustificazioni fornite rappresentassero delle mere ipotesi, disancorate dai concreti elementi emersi dai dati clinici riferiti al caso in esame.

Era poi citata la telefonata di Pansera con il Direttore sanitario Merlano (progr. n 495 del 23.11.07), in cui costui era preoccupato della convocazione presso la ASL a seguito del sequestro di tutte le cartelle cliniche del reparto di chirurgia toracica del 2006 e 2007, soprattutto con riferimento al fatto che *"loro sostenevano già un po' di tempo fa che la VATS dovrebbe essere una biopsia"*. Pansera gli aveva risposto di non potergli essere di aiuto *"perché io non li inserivo e non ne volevo sapere....i codici"*. Poi ammetteva: *"mi sono accorto in alcuni rari casi che, ti dico sinceramente, che dicevo a Paolo - ma scusa Paolo - ma perché qui ci mettiamo insufficienza respiratoria quando questo ha toracodinia- e lui- ehh... tu metti che... - cioè io ho detto "no, non ci siamo, io codici non ne metto"*.

Le conversazioni captate dimostravano peraltro come anche Presicci fosse perfettamente consapevole delle diverse "possibilità" che comportava l'applicazione del DRG massimo per la chirurgia toracica e come in

particolare avesse questa finalità la *precision resection*, che rappresentava una di queste possibilità e una denominazione che li garantiva rispetto alle critiche di eccessivo interventismo da parte degli uomini del NOC, critiche che l'imputato riconosceva di aver ben ponderato.

Aggiungeva la Corte che la consapevolezza di Pansera in ordine a quanto avveniva presso il suo reparto era stata confessata però in modo molto più esplicito nella telefonata (tel n 135 del 26.11.07) con Cinzia, conversazione in cui era commentata la vicenda del paziente Sperotto.

In questo caso Pansera aveva sottolineato: *"il discorso è che, detto fra noi, la TAC a lui serviva per vedere anche le ... i cazzilli e le minchiatine..che lui... giustificava di andare a rioperare, ovviamente.....Scusa, ma ...la VALLI, secondo te, perché l'ha rioperata? Perché gli ha visto un cazzillo....ma tu vai a fare la TAC a qualsiasi distrofia bollosa...vuoi non trovargliene un'altra perché non gliel'hai tolta la volta precedente?....E' una malattia sistemica....è ovvio....oltre al fatto che, queste distrofie bollose, devono...ancora dimostrarmi che abbiano un'utilità chirurgica".*

E Cinzia aveva aggiunto *"finché non fanno almeno due pneumotoraci....però anche drenato torna a parete"* e Pansera aveva concordato pienamente. Pansera: *"si io non ho visto mai così tanti traumi toracici operati, mai così tante distrofie bollose operate...lì al San Raffaele ho visto le riduzioni di volume...ma in pazienti ossigeno-dipendenti...è una commissione di chirurgo toracico e di pneumologo che pongono le indicazioni"*. Cinzia aveva poi giudicato l'operazione come *extrema ratio*.

Pansera aveva citato un caso definito *scandaloso* di un certo Omar: *"un pneumotorace da una parte e l'opera di distrofia bollosa dall'altra"*. Cinzia si era ripromessa allora che per le fratture costali, avrebbe ricevuto solo quelle che era opportuno ricoverare e Pansera aveva confermato: *"si, appunto perché adesso deve cambiare anche questa indicazione....e questo spauracchio"*.

Nel racconto della Corte seguivano le note caratteristiche ed i curriculum degli imputati Brega Massone, Presicci, quest' ultimo corredato dal riporto di un giudizio negativo sulle sue capacità come chirurgo formulato dal prof. Spaggiari, con il quale l'imputato aveva lavorato allo IEO, e infine di Pansera.

Erano anche spiegati ed analizzati rapporti tipici che devono intercorrere tra i componenti le équipe e così il prof. Luciano Gattinoni, Direttore del

Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Maggiore, Fondazione Ca' Granda, aveva sostenuto in dibattimento che i rapporti tra anestesista e capo équipe chirurgica *"sono rapporti paritari e non di dipendenza"*.

Da qui una lunga digressione sul tema, anche in base a quanto sostenuto dai consulenti dell' accusa e delle difese.

All' esito di essa, la Corte riteneva che l' affermata autonomia di giudizio di tutti gli specialisti (chirurgo/anestesista) portava a sostenere che sussiste un obbligo di garanzia verso il paziente di ciascuno di loro per la propria parte, cui consegue anche un correlato onere di informazione del paziente, per ciascuno secondo la sua specialità.

Sia il chirurgo, sia l'anestesista hanno inoltre ciascuno l' obbligo di valutare se, con riguardo al momento dell'operazione ed anche con riguardo alla fase postoperatoria, il paziente non possa giovare di un periodo di recupero e di cure prima di venir sottoposto all'atto chirurgico.

Ricordava la Corte che, a livello giurisprudenziale, è stato infatti ribadito che la necessità di una divisione del lavoro in campo medico, che si ritrova in ogni caso di partecipazione nella cura dello stesso paziente da parte di più persone con competenze e mansioni diverse anche in momenti diversi, non esonera alcuno dalla responsabilità diretta con riguardo al proprio operare, ma interviene solo ad offrire un fattore di sicurezza (un confronto ed un conforto) sia per ognuno dei membri dell'equipe, sia per il destinatario dell'attività.

D'altra parte, la partecipazione di più sanitari nelle cure del malato *"rappresenta anche un fattore di rischio"*, rischio che deriva dal fatto che a determinare il risultato dell'azione comune convergeranno le attività di altri soggetti, da cui ciascuno non può prescindere, anche in termini di responsabilità.

"Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico chirurgica,....ogni sanitario...è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza" (Cass. pen. sez IV, n24036 del 2.3.04).

Parimenti "ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro risponde dell'evento illecito, -e- non solo per non aver osservato le regole di diligenza, prudenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma altresì per non essersi fatto carico dei rischi connessi agli errori riconoscibili commessi nelle fasi antecedenti o contestuali al suo specifico intervento" (Cass pen sez IV, n.41317 del 11.10.07).

Dunque la Suprema Corte aveva affermato, ovviamente per casi di colpa medica, con chiarezza come l'intervento di altri professionisti non esoneri ciascuno dalle sue responsabilità verso il malato per la propria attività (c.d. obbligo di garanzia), ma addirittura aggiunga un dovere di controllo sull'azione degli altri attori dell'unitaria attività medica (cd obbligo di controllo).

Quest'ultima responsabilità per il fatto altrui è stata peraltro temperata, richiedendosi per la sua operatività la ricorrenza di alcune condizioni. L'errore in cui è incorso un componente dell' équipe per essere imputabile anche agli altri componenti che collaborano per la cura del paziente, deve essere infatti non settoriale, evidente e rilevabile dal professionista di normale, media preparazione.

Da ciò consegue quindi che, nel valutare la condotta dei diversi medici intervenuti nei casi in contestazione, si doveva considerare da un lato che l'anestesista, nel decidere se il paziente era in grado di sopportare un intervento chirurgico, deve conoscere di quale intervento chirurgico si tratti e deve accertare anche che incidenza l' intervento avrà sulle condizioni generali del paziente pure con riguardo al periodo postoperatorio e che il chirurgo, nello scegliere in autonomia se procedere all'intervento, dovrà tener conto anche del rischio anestesilogico (sia per la fase intraoperatoria che postoperatoria), secondo quanto esposto dall'anestesista, preso atto della tecnica di anestesia da questi prescelta.

D'altro canto ciascuno dei due ha il dovere di verificare se l'analisi altrui sia stata completa o, al contrario, se emergano in modo evidente omissioni determinanti od un errore di giudizio.

Nei casi che andava ad esaminare specificamente, la Corte di primo grado, tuttavia, sosteneva che non poteva trovare applicazione il cd. principio dell'affidamento, né con riguardo ai chirurghi, né con riguardo agli anestesisti, spiegando che, quanto ai primi non si era rilevata una errata indicazione del rischio anestesilogico specifico per quel malato da parte

dell'anestesista (anzi, in plurimi casi si era riscontrata l'assenza stessa di queste indicazioni). Quanto ai secondi, non era risultata provata una errata prospettazione dell'intervento cui sarebbe sottoposto il paziente.

Quando si era dubitato, in forza dei dati della cartella clinica, che le informazioni date dal chirurgo all'anestesista non fossero complete, se ne era tenuto conto nel valutare la complessiva condotta di quest'ultimo.

Dopo avere respinto alcune deduzioni degli imputati sul punto, la Corte osservava che, con riguardo a più di uno dei casi in contestazione, si era rilevato che già un superficiale esame delle schede di valutazione preanestesiológica e di raccolta del consenso all'anestesia rendeva palesi le manchevolezze di entrambe, denunciando con evidenza da un lato la trascuratezza nell'approccio pure dell'anestesista (su cui dunque non poteva fidare il chirurgo), dall'altro lato l'assenza di un fattivo consulto fra i due professionisti (vedi caso Dalto, un paziente valutato ASA IV, ma senza indicazione dell'intervento chirurgico programmato, caso Vailati, valutata dai consulenti una ASA III/IV, ma senza indicazione del rischio operatorio da parte dell'anestesista).

La violazione del principio di collegialità era quindi apparso in questi casi palese, rivelando l'imprudenza dell'azione dei terapeuti (imprudenza che per gli anestesisti costituisce l'essenza dell'imputazione a loro carico e che invece per i chirurghi rappresenta una delle diverse manifestazioni della loro condotta dolosa).

Si doveva ancora osservare relativamente ai profili di responsabilità degli anestesisti che non solo la giurisprudenza ma anche i consulenti delle parti avevano affermato che, in presenza di elementi di fatto che rendono percepibile l'erroneità della scelta chirurgica per il caso concreto, l'anestesista ha l'obbligo di attivarsi, rifiutando la sedazione.

Inoltre, l'anestesista non può limitarsi a considerare il rischio anestesiológico intraoperatorio (rispetto al quale ha una posizione di garanzia), ma deve estendere le sue valutazioni certamente anche al rischio postoperatorio indotto dall'intervento chirurgico cui partecipa, definendo il grado di rischio dell'intervento e somministrando poi l'anestesia al paziente (posizione di controllo).

Non doveva essere mai dimenticato che ogni atto chirurgico rappresenta un "insulto" per il paziente, che va attentamente valutato quanto alla sua necessità ed alle sue conseguenze.

Richiamando nuovamente il già citato caso del contrasto Brega - Porcheddu, la Corte sosteneva che si doveva quindi ravvisare la responsabilità dell'anestesista, laddove gli elementi che controindicavano l'intervento fossero correlati in modo evidente a dati a sua conoscenza ed ad aspetti non settoriali e non specialistici (come per esempio può rilevarsi in funzione delle concorrenti patologie croniche del paziente, che l'anestesista deve comunque valutare nell'esprimere il proprio giudizio sotto il profilo della possibilità di sedazione totale).

Nel valutare poi in concreto le responsabilità del singolo anestesista occorre certamente tener presente quanto avevano illustrato i consulenti delle parti, cioè che, mentre l'anestesista che compie la valutazione preanestesiológica è nelle condizioni di valutare con maggior completezza tutti i dati emergenti dalla cartella clinica per definire la condizione clinica complessiva del paziente, quello coinvolto nell'atto chirurgico in sala operatoria non lo è.

Quest'ultimo, fatto affidamento sulla più completa valutazione del primo, deve limitarsi a verificare la sopravvenienza di eventuali fattori nuovi che rendano troppo rischioso l'intervento.

Il principio dell'affidamento incolpevole però non poteva essere invocato in caso di emersione di indici sicuri che infirmo l'aspettativa sulla correttezza dell'operato altrui (nei casi in esame la responsabilità dell'anestesista di sala era stata affermata proprio perché risultavano palesi gli errori ed omissioni già del primo anestesista).

La Corte, dando chiarimenti sulla tecnica del "consulto" richiamata da alcuni difensori, respingeva la tesi di questi ultimi, tra l'altro rilevando che il principio di collegialità invocato dai consulenti del PM faceva riferimento ad un effettivo confronto con gli altri specialisti su tutte le possibili opzioni, discussione che invece non risultava esserci stata mai nei casi in esame.

Né, in ogni caso, il ricorso ai consulti e al principio di collegialità potevano giovare ad eliminare o diminuire la responsabilità dei sanitari, dal momento che i dati clinici che avrebbero dovuto dissuaderli dall'agire risultavano con evidenza in cartella clinica ed erano già sufficienti ad orientarli diversamente e potevano comunque essere da loro integrati.

Ed ancora osservava quel giudice che nella maggior parte dei casi i pazienti erano stati immediatamente ricoverati in chirurgia toracica e gli imputati avevano evitato ogni tipo di collegialità, preferendo prendere in tutta

fretta la loro decisione di operare il degente ad ogni costo (al riguardo erano ricordate la deposizione del dott. Celano, la diatriba con la dott. Vencardino a proposito del paziente Triggiano, i rilievi degli uomini del NOC, della Commissione ASL, del prof. Legnani).

Anche le deposizioni dei radiologi non avevano fatto emergere un fattivo rapporto degli imputati con i colleghi di altre specialità, ma semmai un'insistenza di Brega a che i referti potessero giustificare un suo intervento chirurgico ed un interesse dei suoi coimputati soprattutto in tal senso.

Dopo quindi avere esposto le considerazioni generali sullo svolgimento delle indagini, sul contesto dell'organizzazione dei servizi da parte del SSN, sul concetto di lesioni, sulle circostanze aggravanti, sulle intercettazioni, sui profili professionali degli imputati, sui loro rapporti con altri sanitari, la Corte di primo grado approdava all'esame dei casi clinici contestati con riferimento alle lesioni.

La Corte iniziava dai casi dei traumi toracici, richiamando a pag. 140 della propria decisione le affermazioni del prof. Sartori, secondo cui vi era stata sempre e comunque un'attività in eccesso da parte del chirurgo, posto che, secondo le sue parole, la VATS risultava l'unico approccio terapeutico scelto e si accompagnava abitualmente a resezioni polmonari e pleuriche abusive.

Per questo consulente era apparso incomprensibile l'invio di questi prelievi per l'esame citologico ed istologico (dal momento che non erano mai stati riscontrati versamenti emorragici o coaguli ematici significativi) o di parti di polmone incarcerato da inspessimento o fibrosi pleurica, evenienze che peraltro, non avrebbero potuto realizzarsi dato il breve tempo intercorso tra il trauma e l'atto operatorio.

Anche la consulente del PM Marenghi aveva sottolineato poi come pure l'incisione del tessuto polmonare e pleurico, realizzata con le biopsie e le resezioni, avesse avuto ripercussioni negative per i pazienti che vedevano di conseguenza alterata e pregiudicata la loro capacità respiratoria, anche solo per l'incidenza del dolore conseguente all'operazione nei movimenti di inspirazione ed espirazione, per le secrezioni bronchiali aumentate come reazione a queste cruentazioni.

Tra le altre incongruenze la Corte, seguendo quanto detto dai consulenti del PM, aveva affermato come fosse prevista sempre la riabilitazione

preoperatoria, attività che certamente non aveva nessuna indicazione terapeutica, perché veniva iniziata quando il paziente aveva ancora troppo dolore per il trauma e veniva programmata e mantenuta per troppo pochi giorni per apportare un effettivo beneficio.

Inoltre, la Corte osservava che non era in contestazione l'appropriatezza teorica della VATS, cioè la videotoracoscopia, nell'ipotesi di un versamento conseguente ad un trauma toracico, quanto il fatto che tale metodica venisse praticata con riguardo a pazienti per cui in realtà non ce ne era alcun bisogno.

L'opzione terapeutica non doveva infatti essere considerata in modo astratto (discettando in via teorica di costi e benefici), ma occorreva verificare caso per caso la sussistenza in concreto dei presupposti della scelta operata, comparando i rischi di un'ulteriore attesa, dell'adozione dei rimedi meno invasivi ed i costi per il paziente di un intervento più radicale come quello chirurgico.

Ribadiva nuovamente la Corte che le linee guida, o meglio i principi stessi *dell'ars medica* imponevano sempre una gradualità di intervento, a partire da quello meno invasivo a quello più invasivo, così da assicurare al paziente che la sua malattia fosse affrontata con il minor rischio e la minor sofferenza possibili. E solo quando fossero risultati a priori inutili i rimedi meno afflittivi per la specifica patologia del paziente, ovvero quando questi fossero stati tentati senza successo, era giustificato il sacrificio della salute del malato che è riconnesso in ogni caso all'aggressione chirurgica. Diversamente operando, il trattamento non era giustificato, risultando oltre che "inutile", illecitamente lesivo.

Perciò quel giudice riteneva non avesse rilievo verificare, come preteso dagli imputati, i casi di emotorace traumatico in cui gli imputati si erano astenuti dall'intervenire, ma occorreva invece accertare se in concreto, con riguardo ai fatti in addebito, ci fossero le indicazioni per l'intervento realizzato, ovvero se queste fossero inequivocabilmente mancanti.

Però già il numero dei fatti in contestazione (9 interventi per i primi nove mesi del 2007), la pluralità delle condotte ingiustificate che emergevano con riferimento a ciascuno di essi, la violazione comunque della volontà dei pazienti, l'adozione di uno stesso *modus operandi*, addirittura manifestato in una direttiva esplicita da Brega Massone, direttiva acriticamente adottata dai suoi aiuti, Presicci e Pansera, e portata a compimento con interventi che

per le resezioni atipiche riuscivano a procurare il DRG maggiore, provavano la volontarietà della condotta illecita degli imputati.

Nell' esaminare i singoli casi, la Corte, effettuava delle premesse generali (pag. 137 e ss.) con una breve esposizione della terminologia medica ricorrente in siffatte patologie ed indicando i possibili presidi diagnostici e terapeutici.

Successivamente, adottando lo stesso metodo che poi avrebbe seguito anche per le ulteriori contestazioni ed in particolare per quelle di omicidio volontario, procedeva prima con l' illustrazione del caso clinico, poi con le considerazioni dei consulenti del PM, poi ancora con le dichiarazioni degli imputati (quando ne avessero rese) e dei loro consulenti e, talora, delle parti offese quando sentite, giungendo a svolgere le conclusioni finali, per i casi seguenti:

caso Elaswad Mohamed, capo 1), contestato a Presicci e Pansera, per il quale la Corte riteneva abusive le resezioni atipiche ed inutile e dannosa anche la suturazione, nonché inspiegabili la mancanza di attesa nell' intervento e l' acquiescenza di Presicci alle decisioni di Brega. Il versamento era risultato minimo, non vi era stata anemizzazione, non vi era alcun rischio nell'attesa.

La stessa scelta di VATS precoce era un controsenso secondo le premesse dei consulenti del PM, con la conseguenza che per non procedere con strumenti meno invasivi il paziente aveva dovuto tenere il drenaggio per ben 11 giorni.

caso Bigi Angiolino, capo 2), contestato a Presicci e Pansera, in cui erano ritenute la pretestuosità dell' intervento operatorio e l' evidenza del danno subito dal paziente, settantottenne, in funzione di una scelta terapeutica del tutto ingiustificata per via dei dati clinici che già avevano portato i medici dell' Ospedale Policlinico di Milano ad esprimersi per una attesa di una settimana con mera somministrazione di analgesici. Secondo il primo giudice il paziente poteva essere sottoposto ad un breve drenaggio, non essendo attestata la presenza di coaguli nemmeno nelle zone di infarcimento emorragico.

caso Carli Ferdinando, capo 3) contestato a Brega Massone, Presicci e Pansera, per il quale le morbidità concorrenti rendevano assolutamente controindicato l' intervento. Le condizioni generali del paziente novantaquattrenne e soprattutto il fatto che soffrisse di morbo Parkinson

avrebbero dovuto rendere inoltre particolarmente controindicato il citato approccio chirurgico che, obbligando alla somministrazione di anestetici e per lo stesso stress dell'atto operatorio, avrebbe certamente inciso, così come in effetti era avvenuto, anche sull'equilibrio psichico del Carli.

Era perciò ingiustificata dal punto di vista terapeutico la condotta adottata dagli imputati, perché non appariva aver avuto di mira l'interesse del paziente, portato a subire un intervento chirurgico che si sarebbe potuto evitare laddove fossero state proposte alternative, pure possibili e meno invasive (anche se meno remunerative per la struttura sanitaria);

caso Carenzi Mario, capo 4), contestato a Brega Massone, Presicci e Pansera, per il quale la condotta degli imputati non trovava, a giudizio della Corte, giustificazione alla luce delle specifiche condizioni del paziente, ottantaseienne, le cui età e gravi morbidità concorrenti (tra cui anche un tumore prostatico maligno in terapia medica) avrebbero imposto, semmai, una particolare prudenza che si sarebbe dovuta manifestare con l'adozione di presidi meno invasivi e non di certo con la realizzazione di un intervento chirurgico, non necessario, accompagnato da più asportazioni ingiustificate e dal mantenimento del drenaggio per nove giorni. Il versamento era di estrema modestia e i coaguli ematici (che avrebbero consigliato l'intervento a Pansera primo operatore) non erano emersi né all'esame istologico né a quello citologico, per cui sarebbe bastato un semplice drenaggio in sedazione parziale;

caso Grieco Antonio, capo 5), contestato Presicci e Pansera, per tutta la parte dell'intervento relativa alla lisi delle aderenze, alla decorticazione che non appariva legittimata dal consenso del paziente, accompagnata poi da ulteriori attività ingiustificate dal punto di vista terapeutico;

caso Markart Anna, capo 6), contestato Brega Massone e Presicci per intervento e resezione non giustificati dagli esami effettuati prima e, in particolare, anche per la mancata esposizione di alternative alla paziente, come la stessa aveva affermato dicendo che l'intervento le era stato segnalato come necessario e non come preventivo. Qui la Corte ricordava un argomento che sarà ricorrente nel processo ed evidenziava come la VATS fosse comunque un intervento di chirurgia maggiore, che comporta sempre sedazione totale, intubazione, acquattamento del polmone, e drenaggio nel postoperatorio che può prolungarsi anche per molti giorni;

caso Scupilliti Carmela, capo 7) contestato a Brega Massone, Presicci e Pansera, dove era emerso non esservi stata alcuna giustificazione alla VATS in relazione alla modestia del versamento pleurico e che agli atti non era allegato il consenso della paziente con riguardo alla broncoscopia con prelievo di liquido bronchiale praticata durante l'intervento chirurgico, così come emergeva dall'esame citologico facente esplicito riferimento a questo reperto;

caso Tedesco Maurizio Salvatore, capo 8), contestato a Presicci e Pansera, in cui, secondo la Corte, era stato applicato acriticamente il protocollo di intervento individuato da Brega Massone, senza che ciò fosse giustificato da alcun segno clinico o esame. La giovane età (39) e le buone condizioni di salute di Tedesco non spiegavano nemmeno perché per lui dovesse essere stato più volte adottato un programma di riabilitazione. Il riscontro della modestia del versamento durante l'atto chirurgico non avrebbe potuto consigliare poi né l'asportazione di parte del parenchima che era solo sede di contusione, di infarcimento ematico, né una sutura della breccia, manovre tutte rischiose per il paziente e fonte di costi inutili;

caso Zizzi Antonio, capo 9), contestato a Presicci e Pansera, dove l'intervento era stato ritenuto inutile e inspiegabilmente eseguito con urgenza, mentre le gravi morbidità concorrenti del paziente settantenne avrebbero dovuto consigliare un'estrema prudenza, evitando, se appena possibile, un intervento chirurgico e procedendo solo secondo i normali *step* terapeutici, tra cui al massimo una toracentesi precoce, per un paziente che non mostrava segnali di anemizzazione.

Fatte le opportune premesse, erano poi esaminati i casi di pazienti con versamenti correlati ad una patologia cardiologica. Si tratta dei casi Montagna, Sperotto, De Vecchi, Farina.

Anche per questi casi il modo di procedere della Corte di primo grado era quello già descritto per i casi di trauma toracico già esposti, vale a dire considerazioni generiche sulle cause dei versamenti pleurici e in particolari su quelli la cui eziologia derivava da problemi cardiaci.

Non mancava di sottolineare la Corte d'Assise che l'approccio terapeutico a questi 4 casi clinici presentavano singolari analogie con il caso del paziente Dalto, per il quale era stata elevata invece imputazione di omicidio volontario.

Caso Montagna Olindo, capo 17, contestato a Brega Massone e Presicci. Il paziente, novantenne, aveva avuto accesso alla clinica Santa Rita per un dolore al torace ed erano stati verificati, assieme alla presenza di un versamento pleurico, che nei referti di RX e TAC era descritto come "lieve" e "moderato", ritenzione urinaria acuta, versamento pericardico (pur esso di "minima entità") in un soggetto con problemi di cardiopatia cronica.

L'atto operatorio compiuto dagli imputati secondo la Corte non aveva giustificazione per nessuna di queste finalità ed anzi era del tutto evidente che ancora una volta si era pervenuti alla VATS, al talcaggio ed alle plurime asportazioni senza aver nemmeno aver cercato di meglio chiarire la situazione del malato.

Per quanto riguardava poi la ragione diagnostica dell'intervento, la Corte osservava che nessun dato o esame aveva giustificato un timore oncologico; non immagini sospette, non un elevamento abnorme dei *marker* tumorali, non un esame citologico positivo al riguardo.

Inoltre, gli imputati avevano proceduto nelle asportazioni di tessuto polmonare anche dopo che l'esame istologico intraoperatorio aveva dato risposta negativa (e due dei campioni estratti erano di una certa grandezza). L'esame definitivo aveva anche confermato che si trattava di una patologia di interesse esclusivamente medico (pleurite cronica ed enfisema polmonare), una patologia cioè per cui non era indicato il talcaggio, a meno che fosse accertata una recidiva frequente di versamenti, superiori ad una certa quantità *pro die*. Non c'era nemmeno stata urgenza di operare il Montagna, visto che il versamento pleurico appariva modesto ed il paziente non lamentava che dispnea da sforzo (tanto che nemmeno gli era stata somministrata l'ossigenoterapia).

L'intervento era poi particolarmente controindicato anche per le condizioni psichiche del paziente, definito come depresso e trattato farmacologicamente per tale motivo. Era contestata anche la trascuratezza nella raccolta del consenso, la cui scheda neppure conteneva l'enunciazione dell'operazione cui il malato sarebbe stato sottoposto.

Caso Sperotto Giacomo, capo 19) contestato a Presicci e Pansera. Qui la Corte rilevava la più macroscopica incongruenza nella condotta dei chirurghi toracici, ravvisata nel fatto che, anche se il versamento era stato accertato già in agosto, non era mai stato drenato prima dell'intervento in VATS.

Per quel giudice già un' agocentesi ovvero un drenaggio avrebbero non solo comportato un sollievo per il paziente dal punto di vista respiratorio, ma anche permesso di verificare di che natura fosse il versamento (eliminando ogni dubbio diagnostico) e di accertare meglio se, e con quale velocità, si sarebbe riformato il versamento e se il polmone sarebbe stato in grado di riespandersi, mentre le immagini RX e TAC potevano dare indicazioni meno precise.

Il fatto che ci fosse stato un consulto con i sanitari dal reparto di medicina generale, dove il paziente era seguito, non esonerava da responsabilità i chirurghi, come invece avrebbe voluto Presicci, dal momento che gli stessi chirurghi avrebbero potuto provvedere ad una mera evacuazione del liquido con una toracentesi per offrire sollievo al malato.

Non c'era stata urgenza di operare, tanto che era stato disposto un periodo di riabilitazione (durante il quale, oltre alla toracentesi, si sarebbe potuta verificare l'utilità di associare alle cure mediche un drenaggio).

La Corte notava infine che non era vero che il decorso postoperatorio avesse dimostrato il successo dell'intervento. Al contrario, le condizioni del paziente, che prima dell'intervento era deambulante e capace di provvedere in autonomia alla propria igiene, erano peggiorate così tanto che, da un lato, lo stesso Pansera nel parlarne con la collega Antonini lo aveva definito "moribondo" ed il decesso infatti era intervenuto pochi giorni dopo.

Caso De Vecchi Aurelia, capo 23), caso di lesioni gravi con pericolo di vita, contestato a Brega Massone e Presicci, perché la paziente era stata sottoposta ad un intervento in VATS con biopsie multiple ed intalciamento pleurico, in assenza di dimostrazione e/o motivato sospetto di malattia oncologica in atto.

Il reato, come anticipato, era contestato anche con la circostanza aggravante ulteriore di avere esposta la degente a pericolo di vita. Alla Corte, dopo lunga disamina, la condotta degli imputati era apparsa non solo scorretta dal punto di vista terapeutico, ma era giudicato scorretto anche lo stesso loro *modus operandi* (come al solito il ricorso esclusivo alla chirurgia d' acchito, senza praticare gli opportuni *step* diagnostici, con realizzazione anche in questo caso del talcaggio senza verifica di recidiva del versamento e senza aver tentato con metodologie meno invasive, condotte tanto più necessarie viste le evidenti condizioni di labile compenso della donna, ottantenne, gravemente cardiopatica, che solo due giorni prima

era stata in coma). Era rilevata la mancanza assoluta, sia per l' intervento sia per l' anestesia, di consenso informato della paziente, di talché la Corte qualificava l' intervento stesso (particolarmente laborioso perché durante l' induzione dell' anestesia l' emodinamica della paziente era precipitata costringendo i chirurghi a posticipare l' operazione), come illecito e doloso. Non esistevano schede di consenso all' intervento.

Caso Farina Luigi, capo 24), contestato a Presicci e Pansera. Qui la Corte, in aderenza al giudizio espresso dai consulenti del PM, riteneva risultasse con evidenza come gli imputati avessero sottoposto il paziente novantenne ad un intervento in VATS per un asserito scopo palliativo (talcaggio) e anche per uno scopo diagnostico (biopsie) del tutto ingiustificati, così come del tutto immotivata appariva la *wedge resection*, sia considerando la descrizione dell'intervento, sia poi il risultato dell'esame istologico. L'operazione chirurgica era stata infatti del tutto inutile.

Inoltre, viste le condizioni cardiologiche del paziente (giunto in Pronto soccorso per cardiopalmo, portatore di pacemaker e con FA (fibrillazione atriale, ndr) cronica, sarebbe stato opportuno procedere ad analisi chimico-fisica e morfologica del liquido pleurico evacuato, per verificare in particolare se si trattasse di un essudato o di un trasudato (come tipico degli scompensi cardiaci), mentre in nessun modo questa possibilità s' era posta all'attenzione dei chirurghi toracici, che nemmeno avevano richiesto il consulto di un cardiologo.

Presicci aveva sostenuto di aver proceduto all'operazione ed al talcaggio perché aveva verificato che il versamento continuava a riprodursi e che, ipotizzando conseguisse al riacutizzarsi della BCPO (acronimo di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, ndr) o di una flogosi cronica, doveva risolvere il sintomo.

Tuttavia la Corte osservava che non vi era stata alcuna urgenza di intervenire, visto che il paziente lamentava al momento del ricovero solo tachicardia; egli non riferiva nemmeno grave dispnea; aveva una buona saturazione in ossigeno del sangue (96-98%); non aveva quindi mai avuto bisogno di ossigenoterapia, ma anzi era stato mandato in riabilitazione respiratoria.

Con riguardo poi all'esecuzione dei plurimi prelievi bioptici e soprattutto della *wedge resection* del lobo inferiore di sinistra (che non erano stati preceduti nemmeno dalla segnalazione all'esito della TAC di addensamenti

sospetti in dette zone e/o dalla verifica dei *marker* tumorali), la Corte osservava che non era nemmeno chiaro quale ipotesi diagnostica si fossero configurati gli imputati. Pansera aveva affermato di aver nutrito sospetti di neoplasie, Presicci di aver voluto verificare se il versamento conseguisse ad un fenomeno infettivo o infiammatorio. Il *modus operandi* degli imputati appariva particolarmente improprio in considerazione delle condizioni generali del paziente, che, oltre ad essere un "grande anziano", aveva comunque dei problemi cardiologici, una broncopatia ostruttiva, di norma ostativa ad interventi come quello praticato ed un'infezione in corso e che non si trovava di certo in stabile compenso nutrizionale nemmeno all'ingresso in Pronto soccorso (pesava 50 kg).

Gravi carenze erano state riscontrate anche nel trattamento postoperatorio del Farina, perché, oltre a non aver i medici individuato l'antibiotico giusto, il paziente non era stato seguito a sufficienza: aveva infatti sviluppato il "*mughetto*", era apparso disidratato e sotto alimentato, stando quindi sempre peggio.

Al Farina era stato richiesto di esprimere il consenso ad un'operazione descritta come mini invasiva, questa invece aveva comportato un'anestesia totale, l'acquattamento del polmone e la ventilazione forzata con aggressione dell'apparato respiratorio. Gli era stato anche chiesto di sottoscrivere il consenso all'anestesia, il cui rischio elevato non era nemmeno stato espresso in modo chiaro (ma solo con un simbolo incomprensibile per i non tecnici). Erano per lui segnalati dalla Corte anche quattro ricoveri, di cui due in riabilitazione.

Di seguito la Corte esaminava due casi di bullectomia, vale a dire asportazioni di bolle polmonari, in relazione alle quali svolgeva alcune considerazioni preliminari, basate essenzialmente sulle affermazioni del consulente del PM Sartori, ma senza dimenticare che proprio Pansera, nel ricordato colloquio intercettato con la collega Antonini, aveva espresso forti dubbi sull'utilità delle bullectomie praticate ("*devono ancora dimostrarmi che abbiano un'utilità chirurgica...*").

Dopo avere specificato se e quando in tali circostanze sia opportuno intervenire, la Corte osservava quanto segue per i casi Dattrino e Gobbi.

Caso Dattrino Mario, capo 20), contestato a Brega, Presicci e Pansera. Anche qui, dopo avere proceduto alla disamina del caso secondo le solite modalità, la Corte giungeva a sostenere che la giustificazione dei due atti

operatori e del lungo ricovero (50 giorni) del paziente in funzione di un futuro intervento al ginocchio che avrebbe dovuto essere realizzato in anestesia totale, era stato solo un pretesto per realizzare due interventi di bullectomia, laddove non ve ne erano i presupposti.

La necessità delle bullectomie per preparare il paziente ad affrontare un intervento ortopedico senza il rischio di un improvviso pneumotorace intraoperatorio era solo un'affermazione degli imputati, non documentata in anamnesi e nella prima delle cartelle cliniche, ma solo nella lettera di dimissioni.

Nemmeno era stato indicato quale chirurgo ortopedico o quale anestesista avrebbero avanzato detta richiesta. Non era riportato un consulto con questo sconosciuto medico per individuare la soluzione migliore.

Dal punto di vista sostanziale la Corte notava poi che, in ogni caso, la richiesta non poteva condizionare gli imputati, che avrebbero dovuto valutare la sussistenza delle condizioni per sottoporre il Dattrino ad uno o due interventi chirurgici, indagando se vi fossero appunto i presupposti per considerare la situazione pericolosa e migliorabile. Perciò, come accennato, la giustificazione dei due atti operatori e del lungo ricovero del paziente, in funzione del futuro intervento al ginocchio da realizzarsi in anestesia totale, era stato solo un pretesto per realizzare interventi remunerativi per i chirurghi e per la struttura.

Ed invero, nello specifico, si trattava con evidenza non di bolle giganti, ma di bolle certamente di diametro inferiore e le asportazioni eseguite nel corso di entrambi gli interventi apparivano a loro volta del tutto inutili, dal momento che, fin dall'ingresso nel reparto chirurgico, era chiara la patologia polmonare da cui era affetto il Dattrino (enfisema bolloso, così come confermato anche dal primo esame istologico) e non c'erano dunque esigenze diagnostiche.

Durante la prima operazione era stata effettuata anche una "*wedge resection*" al lobo inferiore per nodulo diametro 1 cm., ma in nessun momento era stato chiarito quale dubbio diagnostico potesse avere motivato la resezione.

Pertanto, per entrambi gli interventi chirurgici cui era stato sottoposto il paziente si riscontravano non solo la mancanza di un valido consenso (per le diminuite capacità cognitive del soggetto) e l' omessa segnalazione al degente di alcune delle attività chirurgiche poi poste in essere, ma

addirittura l'assenza di una giustificazione terapeutica, difettando del tutto i presupposti per un intervento di bullectomia praticato su entrambi i polmoni.

I rischi ed il costo degli atti operatori realizzati dagli imputati erano stati inoltre del tutto sproporzionati rispetto ai benefici prospettabili (risultando questi ultimi del tutto ipotetici ed anzi destituiti di fondamento, dal momento che l'eventuale operazione al ginocchio poteva essere effettuata anche in anestesia locale-spinale).

Gli interventi s' erano inoltre rivelati in concreto dannosi per il paziente, per le conseguenze negative che l'anestesia totale e lo stress chirurgico avevano apportato su di un soggetto di quella età e con le sue concomitanti morbidità croniche, così come si era emerso nel corso dei due decorsi postoperatori.

Nessuna dimostrazione di un beneficio concreto riportato all'esito degli interventi dal paziente, che già in precedenza era eupnoico e compensava bene il suo enfisema; era invece presente invece la prova del pregiudizio provocatogli con riferimento al dolore, agli effetti degli analgesici, dei drenaggi, dei giorni di ricovero impostigli.

Caso Gobbi Giovanna, capo 26), contestato a Brega, Presicci e Pansera. La donna, di anni 83, già al suo ingresso in Santa Rita non solo mostrava problemi polmonari ma anche delle condizioni generali molto scadenti, pur negate da Brega (precedente lobectomia, importante BCPO con ossigenoterapia, cachessia senile collegata espressamente oltre all'osteoporosi avanzata, anche ad un importante dimagrimento, ad una sindrome depressiva ed a ripetute cadute accidentali).

Le sue condizioni erano dunque tali non solo da portare l'anestesista ad esprimere un rischio anestesilogico elevato, cioè ASA III/IV, ma anche tali da privare di prospettive effettive di successo l'intervento cui gli imputati avevano sottoposto la paziente.

Per la Corte, doveva inoltre notarsi che la descrizione dell'intervento mostrava complessità ed aggressività, avendo comportato in concreto non solo la decorticazione e la pleurodesi chimica (che, incidendo appunto sulla pleura, è molto dolorosa), ma anche plurime e consistenti asportazioni, come da campioni inviati per l'esame istologico.

Uno dei consulenti del PM (Sartori) aveva commentato che l'atto operatorio in questione era "estremamente complicato", sottolineando che questi

reperti non si giustificavano con la necessità di suturare le incisioni, cui debbono conseguire asportazioni "*minime minime*".

Queste plurime ed ampie asportazioni (come si ricavava dalla misura dei campioni istologici) sia di parenchima polmonare che delle pleure, correlate al fatto che si erano eseguite "bullectomie multiple", andavano quindi a rendere l'atto operatorio ancora più incisivo, doloroso e quindi peggiorativo delle condizioni generali della anziana donna, come già si poteva sapere a priori. Il consenso in questo caso era stato raccolto in maniera dettagliata, ma la Corte sosteneva che, per l'età e lo stress, il consenso della Gobbi probabilmente non fosse stato completamente esplicito come avrebbe dovuto essere, dato che l'intervento di bullectomia non aveva necessità terapeutica ed era a rischio di insuccesso, comunque certamente molto doloroso nel postoperatorio.

La Corte passava quindi ad esaminare i casi oncologici, vale a dire quelli dei pazienti Corti, Atalla, Vedovi, Vecchiotti, Teruzzi, Muraroli, Saltos, Incontro.

Procedendo nel solito modo, la Corte dapprima esprimeva considerazioni generali, evidenziando come si trattasse in tutti i casi di pazienti terminali sottoposti a degli interventi chirurgici che a priori per quel giudice risultavano non necessari perché la diagnosi poteva essere raggiunta con metodiche meno invasive, oppure erano interventi palesemente incongrui, considerando "i costi" ed "i benefici" riconducibili a questi trattamenti terapeutici (con riguardo soprattutto al talcaggio), alla luce delle specifiche condizioni cliniche in cui si trovavano i malati, quasi tutti poi deceduti, dopo una settimana o qualche mese (al massimo sette) dall'intervento.

Dopo una ulteriore premessa sui presidi diagnostici nel trattamento di queste patologie e sull'utilità della PET (Tomografia ad emissione di positroni, ndr) utile per ridurre i falsi positivi della TAC con mezzo di contrasto e quindi per abbattere il rischio di biopsie chirurgiche, si provvedeva all'esame dei singoli casi.

Caso Corti Mario, capo 10) contestato a Presicci e Pansera.

La Corte rilevava che non c'era stata raccolta di consenso per talcaggio e *wedge resection*. Si trattava di un paziente di 79-80 anni, con il morbo di Parkinson, che per la sua patologia tumorale, un melanoma maligno plurimetastatico, poteva essere definito un malato terminale ricoverato per un drastico peggioramento della sua malattia (il riscontro di plurime

tumefazioni, edemi, versamento). I chirurghi in dibattito erano entrati in contrasto tra loro sulle finalità dell' intervento, se diagnostica o palliativa.

Gli imputati, dopo aver programmato una VATS esclusivamente palliativa sintomatica sulla dispnea ed anche un talcaggio, non avevano menzionato, come sopra detto, quest'ultimo né nella scheda del consenso informato, né informato l'anestesista che aveva proceduto alla valutazione preanestesiologica.

Il primo giudice riteneva significativa questa omissione perché, all'esito dell'analisi del periodo postoperatorio, colpivano soprattutto le conseguenze negative per il paziente proprio correlate al talcaggio, estremamente doloroso, con somministrazione di potenti antidolorifici che il Corti non assumeva prima dell'operazione.

L'assenza di giustificazioni terapeutiche, sia con riguardo alla finalità diagnostica sia con riguardo a quella palliativa, la presenza di tutta una serie di manovre (ed in specie la *wedge resection*, il talcaggio, l'asportazione senza senso, curativo o palliativo, della lesione cutanea) dimostravano inequivocabilmente per quel giudice che la decisione di operare, e del come farlo, era stata presa a priori, a prescindere dalla considerazione delle condizioni generali del paziente, delle possibilità di giovargli in modo meno afflittivo e delle sue prospettive di vita, che invece dovevano essere tenute in conto in rapporto alle conseguenze cui l' uomo, morto otto giorni dopo l' intervento, necessariamente sarebbe andato incontro nell'immediato postoperatorio.

L'intervento era stato quindi inutile. Mancava inoltre di un valido consenso che lo legittimasse ed aveva provocato non già una palliazione significativa dei sintomi, ma un periodo di intenso dolore per il paziente nel postoperatorio, integrando pertanto gli estremi del reato di lesioni dolose in contestazione.

Caso Atalla Safaa Hassan Moustal, capo 11), contestato a Presicci, Pansera e Brega Massone. Si trattava di una paziente di cinquantasette anni con carcinoma mammario già trattato con mastectomia in chemioterapia, ma soggetta ad una diffusione metastatica cerebrale e lesioni osteolitiche. Non aveva dispnea a riposo e non erano stati indicati problemi di saturazione di ossigeno; non era stata aiutata quindi con ossigenoterapia. Anche i dolori toracici che si associavano a formicolii ed ipostenia erano migliorati alla

data dell'intervento. Quanto al versamento pleurico, non c'era stata alcuna verifica di recidiva e poteva essere trattato quindi nel modo meno invasivo possibile, e cioè con una semplice toracentesi o con un drenaggio.

Il fatto che la paziente presentasse tosse non poteva essere letto, come aveva sostenuto Presicci, quale segno predittivo di un'incipiente dispnea.

Invece, la paziente era entrata in clinica il giorno 11 ed il 13, senza alcun studio preventivo delle sue condizioni polmonari, per lei era stata posta da Presicci l'indicazione di VATS diagnostica e palliativa, sebbene la paziente si sentisse meglio per regressione dei dolori diffusi, ed era stata operata il 14, vale a dire il giorno dopo.

Lo scopo palliativo del talcaggio non era per nulla giustificato da un'accertata recidiva troppo grave per essere rimediata con interventi meno invasivi che non il talcaggio, tenuto conto del fatto che, dal momento che l'aspettativa di vita della paziente non era lunga e che si trattava di un presidio doloroso, non era corretto da fare "in prevenzione".

Per la Corte, l'intervento chirurgico non era nemmeno giustificato per la sua finalità diagnostica, perché la gravità e diffusione della malattia già erano chiari (visti i risultati della TAC encefalo, che aveva dato conto della diffusione delle metastasi) e c'erano comunque altri modi meno invasivi per dettagliare una diagnosi anche con riguardo alla diffusione a livello polmonare della malattia (bastava ad esempio solo l'analisi citologica del liquido pleurico).

Si sarebbe potuto procedere inoltre ad una biopsia epatica che avrebbe permesso, insieme agli altri esami già praticati, di approfondire l'indagine sulla diffusione metastatica del tumore, qualora lo si fosse ritenuto necessario.

Per quanto riguarda il consenso espresso dalla paziente, la Corte osservava che non risultava indicato che il talcaggio era stato previsto "in prevenzione". La donna era poi morta circa 40 giorni dopo l'intervento.

Caso Vedovi Giorgio, capo 12), contestato agli imputati Brega, Presicci e Pansera per aver sottoposto il paziente a due interventi chirurgici ingiustificati dal punto di vista terapeutico, procedendo gli ultimi due imputati in data 18.4.07 ed i primi due in data 27.4.07.

Il 17.05 Vedovi era dimesso dal reparto di chirurgia toracica per essere trasferito in altro ospedale. Era poi morto l'8 agosto.

Con una lunga dissertazione in cui erano esaminati tutti e due gli interventi sui quali si erano espressi i consulenti del PM, quelli delle difese, gli stessi imputati coinvolti, il giudice sosteneva che quelli praticati al paziente non avevano una giustificazione terapeutica e non gli avevano apportato i benefici che, in forza della sua patologia già individuata all'esito della prima TAC e quindi dell'esame istologico, avrebbero meglio potuto assicurargli delle cure mediche adeguate.

Il consenso acquisito dal paziente non giustificava tutte le manovre operatorie, ed in particolare le *wedge resection*, che erano state praticate senza una giustificazione terapeutica nel corso di entrambi gli interventi e dimostravano, a loro volta, in modo chiaro lo scopo di lucro sotteso agli atti operatori.

La macroscopica assenza di indicazione terapeutica per ciascuno degli interventi e la pluralità delle manovre ingiustificate con riferimento ad entrambi gli atti operatori erano percepibili da tutti gli operatori sanitari.

Caso Vecchiotti Maria, capo 13), contestato a Brega Massone, Presicci e Pansera, relativamente al quale la Corte concludeva che, a fronte di esami dal risultato contraddittorio come la RX e la TAC, che segnalavano entrambi la presenza di alterazioni del parenchima polmonare, sarebbe stato necessario cercare come prima cosa di pervenire ad una diagnosi.

In buona sostanza è stato contestato ai terapeuti di avere operato una donna per la quale non sussisteva l'indicazione chirurgica (infarto polmonare).

Gli imputati invece avevano scelto di procedere per tale via non contemplando nessuna alternativa meno invasiva, fra l'altro in un caso in cui l'assenza di sintomi invalidanti dal punto di vista respiratorio conduceva ad escludere l'urgenza ed anzi avrebbe imposto di ricercare la diagnosi nel modo meno invasivo per la paziente, ottantatreenne, così da renderla in grado subito di affrontare in forze gli appropriati rimedi terapeutici per la patologia che si sarebbe individuata.

Per quanto riguardava il consenso all'intervento chirurgico raccolto dalla paziente, la Corte aveva ritenuto che la patologia di cui la donna soffriva ponesse seri e fondati dubbi sul fatto che fosse in grado di comprendere quanto le era stato prospettato, tanto più che era emerso che gli imputati erano estremamente sintetici nel raccogliere il consenso.

Quest' ultimo poi, così come raccolto, non legittimava nemmeno tutti i gesti chirurgici compiuti dagli imputati, non comprendendo la biopsia mediastinica, che certamente non rientrava nell'exeresi del nodulo indicata sulla scheda del consenso.

Si era trattato in realtà di un intervento complesso ed invasivo (toracotomia, pleurectomia, più resezioni ed asportazioni) ed era stato certamente pregiudizievole per la Vecchiotti. Infatti, il decorso postoperatorio, pur sufficientemente buono dal punto di vista complessivo, era stato inizialmente caratterizzato da disorientamento e confusione della malata; aveva comportato comunque l'utilizzo di drenaggi sino al 19.2 e la paziente aveva lamentato dolore alla respirazione.

Era quindi evidente che la degente avesse riportato un pregiudizio per l'effettuazione della toracotomia con tutte le asportazioni *de quibus*, che non avevano alcuna giustificazione terapeutica, potendosi pervenire alla diagnosi in modo meno invasivo.

Caso Teruzzi Maria Antonietta, capo 14), contestato a Presicci e Pansera.

Si trattava di paziente settantanovenne per la quale Presicci aveva posto indicazione di VATS diagnostica. La donna, che sarebbe morta un mese dopo l' intervento, era arrivata in Pronto soccorso con una grave crisi respiratoria, tanto che era stata curarizzata ed intubata. Immediatamente si era accertato che aveva una compressione della trachea e dell'asse bronchiale di sinistra. Aveva inoltre interessamento neoplastico di numerose le stazioni linfonodali, nonché lesioni neoplastiche epatiche e surrenaliche.

Secondo gli imputati, la VATS era stata scelta perché avrebbe permesso un talcaggio, che però quel giudice riteneva realizzato a scopo "precauzionale", dato che la paziente non aveva ancora avuto nessun versamento pleurico. La Corte sottolineava come il fatto di avere i chirurghi proceduto senza ragioni alla *wedge resection* ed al talcaggio fosse ancor più grave nel caso in esame, alla luce del risultato della broncoscopia intraoperatoria, che indicava la presenza di una stenosi del tratto bronchiale, tale da aver poi imposto l'inserimento di una protesi (come eseguito in situazione estrema a tre soli giorni di distanza).

Questo era per il giudice di primo grado l'intervento che doveva essere fatto prioritariamente per garantire il benessere della paziente; non certo l'acquattamento del polmone e le aggressioni chirurgiche per le biopsie, la

wedge e il talcaggio in questa condizione, senza preoccuparsi del fatto che tali manovre potessero comportare un'alterazione in senso peggiorativo della dinamica respiratoria della paziente nel postoperatorio e quindi una sua esposizione ad un rischio ulteriore elevato (per una paziente peraltro già qualificata come in rischio ASA III per le sue concorrenti patologie cardiache).

Si osservava poi che anche il consenso non era stato correttamente raccolto; infatti, la descrizione della malattia (come unicamente polmonare) era fuorviante alla luce del referto TAC.

Inoltre, il talcaggio era prospettato come mera eventualità (anche se secondo la previsione degli imputati costituiva la giustificazione stessa del ricorso alla chirurgia) e soprattutto non era stata indicata la *wedge resection*.

L'incuria nella raccolta del consenso riguardava anche la scheda del consenso anestesilogico, nel quale non era indicata la classe di rischio.

Anche in questo caso come per tutti quelli per i quali la Corte era poi giunta a condanna, la condotta degli imputati non appariva essere stata frutto di un errore o comunque espressione di colpa. La scelta di intervenire chirurgicamente non era infatti supportata da preventiva diagnosi o giustificata dalla sintomatologia della paziente, ed anzi le manovre operatorie erano in contrasto con quanto emergeva dall'esame al congelatore, denunciando una prassi volta ad ottenere il maggiore DRG (attraverso l'esecuzione di una *wedge* e del talcaggio), incuranti i sanitari del benessere della paziente.

Anche un problema di estremo rilievo, come la compressione del bronco sinistro, era stato trascurato pur di procedere come prestabilito, con la conseguenza che la paziente aveva poi dovuto essere operata in fin di vita presso l'Ospedale di Brescia solo tre giorni dopo.

La condotta degli imputati integrava quindi il reato in contestazione sotto il profilo oggettivo (inutilità dell'intervento, assenza di un consenso informato) e soggettivo (consapevolezza e volontarietà della condotta ingiustificata dal punto di vista terapeutico).

Caso Muraroli Silvia, capo 18), contestato a Brega, Pansera e Presicci. Si trattava di una paziente settantanovenne sottoposta ad intervento in VATS di *wedge resection*, linfadenectomia mediastinica paratracheale destra con minitoracotomia di servizio in assenza di indicazione

terapeutiche. La donna era affetta da varie morbidità concomitanti; aveva una placca pleurica calcificata e dei linfonodi mediastinici, che però apparivano sostanzialmente invariati nel tempo.

Premesso che nel caso di specie correttamente il consenso risultava espresso dalla Muraroli che non aveva problemi cognitivi, la Corte osservava però che dalle dichiarazioni della figlia emergeva come la paziente non avesse compreso a cosa le fosse stato chiesto di acconsentire, di che intervento chirurgico si sarebbe trattato e, soprattutto che l'intervento si sarebbe svolto in anestesia totale, con indicazione di ricoverarla subito dopo in terapia intensiva.

La teste aveva anche dato conto del grave pregiudizio conseguito alla madre per l'afasia ed anche per le difficoltà di deglutizione derivatene, rendendo appieno il senso dell'invasività di questo intervento e smentendo le affermazioni di un decorso normale sostenute in difesa degli imputati.

Nel valutare le responsabilità dei singoli imputati per quanto riguardava l'intervento, la Corte sottolineava da un lato l'omissione di tutti i dovuti e meno invasivi *step* diagnostici, dall'altro l'esecuzione ancora una volta di una *wedge resection* che non aveva alcuna giustificazione terapeutica, sosteneva una raccolta di consenso senza l'esposizione od offerta di alcuna alternativa e il mancato coinvolgimento della figlia della operanda a sostegno della propria madre.

Ciò denotava per il primo giudice con tutta evidenza la natura dolosa della condotta degli imputati, che poi la Corte passava a valutare per singolo imputato.

Caso Saltos Araus Lefia Maria, capo 33), contestato a Brega, Presicci e Pansera con paziente cinquantenne, affetta tra l'altro da multiple metastasi cerebrali sottoposta ad intervento chirurgico di minitoracotomia con *wedge resection*, morta sei mesi dopo l'intervento.

Anche attraverso le parole degli imputati era, per la Corte, emerso con evidenza che l'atto operatorio in questo caso aveva avuto solo scopo diagnostico e non era stata smentita l'affermazione dei consulenti del PM i quali, visionate le immagini TAC e RX e considerata la descrizione dell'operazione, avevano attestato la possibilità di pervenire ad una corretta diagnosi attraverso metodiche meno invasive, quali l'ago biopsia transparietale o transbronchiale oltre che con mediastinoscopia.

Pertanto, vista la concreta possibilità di procedere ad acquisire la diagnosi in modo meno invasivo (senza anestesia totale, senza acquattamento del polmone, senza gli aumentati rischi e stress dell'atto chirurgico), solo una diversa determinazione della paziente, debitamente informata sulle diverse opzioni, avrebbe legittimato il ricorso alla metodologia più invasiva. La prova del consenso informato della Saltos in merito alle altre alternative possibili però non era stata fornita. Al contrario, l'esame del comportamento degli imputati aveva fatto emergere che mai le alternative meno invasive venivano prospettate ai pazienti, il cui consenso veniva raccolto in tutta fretta senza le dovute spiegazioni.

Ed il fatto che anche questo intervento fosse stato qualificato come finalizzato ad una *wedge resection* (che si era rivelata in concreto inutile dal punto di vista diagnostico e che certamente non poteva avere neanche in astratto alcuna utilità curativa, vista la diffusione metastatica anche a livello encefalico) rendeva palese che lo scopo perseguito dagli imputati era solo quello di procedere ad un intervento che permettesse di esporre il più alto DRG.

Caso Incontro Giovanni, capo 32), contestato a Brega e Presicci. Paziente cinquantasettenne, anche lui affetto da plurime metastasi cerebellari, sottoposto ad intervento il 25.1.06 (VATS con biopsie, *wedge resection* e talcaggio) Morirà 20 giorni dopo.

Secondo i consulenti del PM, il talcaggio e la *wedge* erano del tutto incongrui rispetto alla patologia dal momento che non c'era versamento; l'asportazione di parenchima polmonare non aveva alcuna spiegazione.

Il reato veniva dichiarato estinto per prescrizione, ma la Corte osservava che la decisione di procedere ad un talcaggio precauzionale in un soggetto con metastasi diffuse, già a livello cerebrale e mediastiniche non operabili e trattabili, era di per sé del tutto incongrua. Non era stata neppure fornita una spiegazione per la *wedge resection*.

Caso Bossi Maria Giovanna, capo 28), contestato agli imputati Brega Massone, Presicci e Pansera per avere sottoposto la paziente sessantatreenne a due interventi in VATS con biopsie, *wedge resection* e talcaggio, Brega e Pansera in data 17.11.06 e Brega e Presicci il 1.12.06.

La donna era poi deceduta il 20 dicembre 2006, quindi 19 giorni dopo l'ultimo intervento.

Anche in questo caso la condotta degli imputati appariva alla Corte improntata ad un approccio errato, in cui la proposta chirurgica aveva preceduto la precisa diagnosi della malattia e aveva rappresentato l'unica soluzione consigliata alla paziente, a prescindere dalla sua appropriatezza. Le dichiarazioni della figlia e di un' amica della sig.ra Bossi davano piena prova del fatto che la raccolta del consenso per entrambi gli interventi fosse stata in realtà carpita. La figlia non aveva compreso che nel corso del primo intervento sarebbe stato fatto anche un talcaggio; quanto al secondo intervento, aveva espresso la sua volontà che la madre tenesse semmai i drenaggi e la Bossi, dal canto suo, si era sempre detta contraria a sottoporsi ad una nuova operazione.

La figlia della paziente, peraltro, non aveva nascosto di non aver esplicitamente e direttamente comunicato ai medici questa volontà della madre, ma aveva affermato di essersi stupita quando aveva appreso che la genitrice era stata portata nuovamente in sala operatoria, fatto di cui non era stata preavvisata, tanto che non era stata nemmeno presente.

La figlia aveva anche lamentato la disumanità del trattamento sanitario subito dalla madre anche con riguardo al periodo successivo il secondo intervento, con una precisa descrizione nella quale aveva differenziato l'atteggiamento di Presicci e di Brega, e, in modo ancora diverso, descritto il comportamento dell'anestesista, mostrandosi anche per questo del tutto attendibile alla Corte. Le sue dichiarazioni erano state confermate dall'amica della madre.

Risultava anche che Brega avesse dissuaso la figlia dal richiedere il consulto di un oncologo dell' Istituto dei Tumori, con ciò ancora una volta dimostrando di non essere disponibile ad un confronto ed ad accettare altre proposte rispetto all'intervento chirurgico che egli individuava e prospettava in modo assertivo come l'unica soluzione possibile.

La decisione di procedere ai due atti operatori non era stata motivata da una corretta diagnosi ed anzi la pervicacia nella stessa scelta, nonostante i risultati della prima (al momento del secondo intervento la paziente non aveva ancora potuto togliere i drenaggi a dx e la sua respirazione era sostenuta con l'ossigenoterapia), svelava le reali finalità di natura economica dell' azione dei sanitari, come confermato anche dall'effettuazione di più *wedge resection* per ciascuno degli interventi.

Caso Colonna Pasquale, capo 31) contestato a Brega Massone e Presicci con l'aggravante, oltre la solita connessione teleologica, di avere messo in pericolo di vita il paziente settantatreenne, avendolo sottoposto il 24 maggio 2006 ad intervento di toracotomia sx, biopsie pleuriche e polmonari, intervento inutile e dannoso attese le sue condizioni (cardiopatico, nefropatico, affetto da neoplasia polmonare avanzata, sindrome disventilatoria ostruttiva molto severa). Infatti il 2 luglio verrà rinvenuto cadavere in reparto di riabilitazione).

La scelta del tipo di intervento adottato non era stata condivisa nemmeno con i parenti del paziente e non era stata legittimata da un valido consenso di quest'ultimo. Già osservando la scheda del consenso informato all'intervento chirurgico, la Corte riteneva di poter notare che non era stata espresso il consenso per il talcaggio. La scheda del consenso all'anestesia era poi del tutto manchevole sia nell'indicazione del grado di rischio operatorio, sia nell'indicazione delle possibili complicanze, mostrando una preoccupante trascuratezza complessiva da parte di chi l'aveva raccolto e di chi aveva operato senza verificarlo e farlo integrare.

Parimenti importanti erano le dichiarazioni del genero del Colonna, un medico anestesista che operava alla clinica Capitanio e che, a suo tempo, aveva svolto attività in Pronto soccorso anche in Santa Rita.

Egli aveva smentito che Brega si fosse consultato con lui a proposito del suocero. La figlia del paziente, dipendente anch'essa della clinica Santa Rita, aveva saputo che il padre sarebbe stato sottoposto ad una semplice biopsia per impostare una cura. Nessuno aveva ricevuto informazioni sulla percorribilità di vie alternative.

La Corte, al termine della disamina, affermava che l'intervento e le manovre chirurgiche praticate, oltre a non essere corrette dal punto di vista terapeutico per via del fatto che si sarebbe potuto far ricorso a strumenti meno invasivi per il paziente e per non avergli in concreto apportato un beneficio, nemmeno erano state legittimate da un suo valido consenso. Ed anche quest'ultimo aspetto denotava per la Corte il ricorrere dell'elemento soggettivo che configura il delitto di lesioni volontarie.

Sussisteva anche la circostanza aggravante contestata, perché la condizione di allarme per le condizioni del paziente, a tre giorni dall'intervento, risultavano peraltro già dalla cartella clinica che ricollegava il rimedio della tracheotomia all'insufficienza respiratoria irreversibile del

paziente, condizione che si riverberava anche sull'equilibrio cardiocircolatorio (tachicardia) e che non poteva che ritenersi collegata all'atto operatorio che, nell'immediato, aveva tutte le conseguenze peggiorative esaminate in sentenza.

Caso Viganò Giuseppe, capo 29), contestato solo a Brega per aver sottoposto il paziente, di anni 90, ad intervento di VATS dx, con pleurectomia parziale, *precision resection* e talcaggio pleurico.

Si era trattato di intervento del tutto inutile a fronte delle condizioni cliniche del paziente, affetto da tumore polmonare ilare, adenopatie mediastiniche e metastasi epatiche. L'intervento chirurgico e tutti i gesti operatori non avevano avuto alcuna giustificazione dal punto di vista terapeutico e non avevano in concreto apportato alcun beneficio al paziente; anzi, avevano cagionato non solo dei rischi, ma anche un effettivo e rilevante costo per il paziente.

Caso Colombi Franca, capo 25) contestato a Brega Massone e Presicci. I due chirurghi avevano sottoposto la Colombi a tre interventi, uno di mastectomia radicale destra, uno di riduzione chirurgica di frattura patologica del femore (eseguito da altri operatori), l'ultimo di VATS per resezione segmentaria del lobo inferiore del polmone, pleurectomia parziale e intalciamento pleurico, interventi realizzati nel periodo dal 20.4.05 al 7.10.05.

Prescritto il reato per il primo intervento e ritenuta giustificata la seconda operazione, il terzo intervento era dalla Corte ritenuto inutile sul piano oncologico (bastava il drenaggio a scopo sintomatico del versamento pleurico e l'esame citologico sull'aspirato), controproducente e pericoloso sul piano clinico e considerato una causa dell'accelerazione in senso infausto del decorso clinico della paziente, morta meno di un mese dopo.

Caso Maccarelli Giuseppina, capo 27), con riferimento all'intervento chirurgico in data 13.5.05, cui la paziente, sessantacinquenne, era stata sottoposta e contestato a Brega e Presicci per lesioni aggravate dal corso pericolo di vita.

La Corte, infatti, all'esito del consueto modo di procedere riteneva che la condotta degli imputati non fosse giustificata dal punto di vista terapeutico e denunciava una pluralità dei gesti abusivi ed incongrui posti in essere, insieme al fatto che non era stato provato che la paziente fosse stata informata delle alternative percorribili e dei rischi che correva, né che

fosse effettivamente in grado di autodeterminarsi validamente, mostrasse una condotta dolosa da parte dei due chirurghi.

Si riteneva che la condotta degli imputati avesse ricalcato il loro solito *modus operandi* (talcaggio senza diagnosi precisa, senza verificata recidiva e senza studio preciso che in questo caso avrebbe dovuto essere bilaterale per la bilateralità del talcaggio, diagnosi solo chirurgica ed asportazioni in quantità ingiustificata), e risultava quindi integrare il reato contestato, aggravato dal fatto di aver esposto la paziente al pericolo di vita nella fase postoperatoria (la Maccarelli era morta il 28 giugno 2006 per arresto cardiaco, come da conclusioni alle pagg. 415 e ss. della sentenza impugnata). Come anticipato, per questo delitto vi è stata dichiarazione di ndp per prescrizione per entrambi gli imputati.

Caso Piazzolla Vincenzo, capo 30), contestato a Brega e Presicci. Il caso concerne il delitto di lesioni nei confronti di una paziente ottantunenne dichiarato prescritto nella sentenza impugnata, pur tuttavia ritenute anche qui abusive le biopsie pleuriche e le resezioni.

Va evidenziato, a testimonianza dell'equilibrio dei consulenti del PM sempre contestato dalle difese, che costoro avevano ritenuto in questo caso legittimo l'intervento di evacuazione e talcaggio, anche perché il drenaggio toracico si era in precedenza protratto per lungo tempo ed aveva mostrato la sua inefficacia, di talché erano ritenute ingiustificate le cruentazioni che avevano accompagnato l'operazione.

Caso Ignazzi Vitantonio, capo 16) contestato agli imputati Brega e Presicci per aver sottoposto in data 18.7.07 il paziente trentottenne che presentava un quadro clinico di tipo infiammatorio ed a cui era stato posizionato un drenaggio e somministrata una terapia antibiotica che aveva migliorato la situazione polmonare-pleurica, ad un intervento in VATS con resezione del lobo superiore ed inferiore e biopsie pleuriche multiple, trattamento del tutto abusivo stante la sua patologia causata, secondo il consulente Olivieri, dal fatto che l'imputato aveva subito una operazione per peritonite, da cui era derivata una infezione polmonare e pleurica per il passaggio di microbi. Sarebbe bastato un drenaggio con verifica della natura dei germi per impostare una cura antibiotica appropriata.

La prova dell'elemento soggettivo del reato emergeva per la Corte anche in questo caso non solo dall'errato approccio terapeutico, ma dalla macroscopica omissione da parte degli imputati degli *step* diagnostici

indicati dalle linee guida e dalla assoluta mancanza di attenzione alla specificità del caso clinico in esame, non ultimo quanto alla capacità dell' Ignazzi di esprimere un valido consenso.

Caso Garlaschi Giuseppe, capo 34, contestato a Brega Massone, Presicci e Pansera per aver sottoposto il paziente a ben 5 interventi in VATS (il 14.12.05, il 22.3.06, il 12.7.06, il 15.12.06 ed il 6.7.06) con pleurectomie parziali, toilette e lavaggio, in anestesia totale, mentre il paziente avrebbe dovuto essere sottoposto a meri trattamenti ambulatoriali.

Egli aveva così subito il ricovero e l'anestesia generale, nonostante non fossero stati necessari ed era sommamente dubbio, per stessa ammissione di Brega, che vi fossero state reali plurime pleurectomie.

L'elemento soggettivo della condotta degli imputati emergeva poi non solo dalla pluralità degli aspetti di censura sopra indicati, ma anche dalla mancata informazione del paziente e condivisione con lo stesso di procedere con la modalità in concreto adottata. In ogni caso, pur tenuto conto delle difficoltà di trattamento di una fistola broncopleurocutanea in un soggetto immunodepresso e con infezione da miceti, non si comprendevano le ragioni per non eseguire gli interventi in regime ambulatoriale, tanto che, terminato l'accreditamento del reparto di chirurgia toracica della Santa Rita, non c'era stata più necessità di interventi in VATS ed il Garlaschi, seguito dall'ospedale Niguarda di Milano, aveva potuto curarsi a giorni alterni a domicilio con medicazioni e zaffo.

Quanto ai casi di TBC, la Corte esaminava i casi Huyana e Righetto, facendo precedere come sempre l'esame dalle solite considerazioni generali circa la patologia e le usuali metodiche terapeutiche.

Caso Huayana Quijano Marco Honorato, capo 15), contestato a Presicci e Pansera per aver sottoposto il paziente, transessuale ecuadoregno di 49 anni, a due interventi chirurgici, entrambi in VATS, con biopsie e *wedge resections*; il secondo anche con talcaggio.

Si trattava di interventi del tutto inutili, dato che il paziente denunciava una patologia di esclusivo interesse medico (la TBC, appunto) in relazione alla quale non erano stati fatti i dovuti accertamenti clinico-strumentali laboratoristici e microbiologici, preliminari ad interventi di rilevante aggressività che, una volta individuata la patologia, non sarebbero stati affatto necessari.

La scheda di consenso informato non indicava le *wedge resections* e, alla fine, il paziente aveva ricevuto un danno anatomico irreversibile, vista la riduzione del suo parenchima polmonare.

Caso Righetto Laura, capo 21) contestato a Brega, Presicci e Pansera per aver sottoposto la paziente, settantenne, affetta da TBC, ad un intervento di VATS, anzi di minitoracotomia, con decorticazione, *wedge resections* e biopsie, nonostante esami che diagnosticavano una "flogosi granulomatosa necrotizzante, compatibile con TBC".

Anche in questo caso per il primo giudice non si poteva sostenere che l'atto operatorio fosse stato autorizzato dal consenso della paziente, perché non le era stato prospettato che poteva soffrire di TBC. Secondo la Corte, il dolo che aveva caratterizzato il comportamento degli imputati emergeva in considerazione del fatto che i dati indicativi del sospetto di TBC, che erano in loro possesso, erano già estremamente significativi per l'identificazione del morbo che non ha indicazione chirurgica.

Infatti, la segnalazione della ASL di un caso di TBC erroneamente trattato in reparto datava ad un paio di mesi prima e la prova del fatto che gli imputati avessero nutrito sospetti, salvo decidere di trascurarli, risultava inequivocabilmente dalla circostanza che, nonostante l'esame al congelatore avesse indicato la presenza di una flogosi granulomatosa necrotizzante, essi avessero proseguito senza indugio nell'intervento con plurime *wedge resection* e decorticazione.

L'intervento non aveva avuto comunque un risultato positivo avendo eliminato versamento e cotenna, dal momento che da un lato non era provato che delle cure farmacologiche non avrebbero potuto evitarlo e dall'altro lato occorreva tener conto dei rischi cui le resezioni chirurgiche, mentre il paziente era in fase di infezione, avevano esposto la paziente.

Perciò, l'assenza di una giustificazione terapeutica per l'intervento chirurgico, la carenza di un consenso informato in cui non era esposto la possibilità della TBC e non erano citate le *wedge resection* portavano in ogni caso a definire l'atto operatorio comunque lesivo.

Prima di passare ad esaminare i casi in cui era contestato l'omicidio volontario ai chirurghi, la Corte in altro capitolo si occupava degli interventi al seno.

Si trattava dei casi clinici relativi alle pazienti: Catalano, Conti, Belloni, Gaibotti, Gesvi, Velli, Zito, Durè, Paganini, Mantovani, Boschi, Fornetti.

I casi specifici erano fatti precedere come sempre da un' articolata trattazione delle varie patologie riscontrabili al riguardo, osservando la Corte in particolare che l'atto operatorio deve essere sempre proceduto da accertamenti citologici ed istologici, che permettano di individuare con precisione la natura della formazione che si programma di asportare.

Ciò, sia per decidere come orientarsi terapeuticamente (accertando se si tratti di patologia con indicazione chirurgica od invece farmacologica, l'entità dell'exeresi da compiere, la radicalizzazione, etc), sia per permettere alla paziente di scegliere fra le varie opzioni in modo informato e consapevole.

A questo proposito, la Corte di primo grado osservava che le parti lese Zito, Belloni, Gesvi, Boschi, Gaibotti, Paganini, Durè e Conti avevano tutte riferito, in modo sostanzialmente analogo, che Brega aveva proposto loro di fare l'intervento di asportazione dei noduli senza avanzare direttamente sospetti di loro attuale malignità, ma consigliando comunque di rimuoverli ai fini di scongiurare una loro possibile evoluzione negativa (evidenziandone quindi la possibilità di una trasformazione in tumore maligno in futuro e sottolineando che la formazione era in accrescimento).

Tutte le pazienti avevano escluso di aver voluto sottoporsi ad interventi con finalità estetica ed anche che fosse stato loro prospettato un metodo diagnostico meno invasivo (come l'agobiopsia, per verificare la natura del nodulo, l'exeresi in ambulatorio o il Mammotome, che per quanto si sa non era disponibile in Santa Rita)³.

Nessuna aveva fatto attenzione al referto radiologico-ecografico, ovvero alla definizione tecnica dell'intervento, cui si dovevano sottoporre le pazienti (quadrantectomia), riponendo totale fiducia nell'imputato. L'intervento era stato prospettato loro come poco invasivo (*"un piccolo taglietto"*), senza particolari complicazioni.

³ Il "Mammotome" è una agobiopsia completamente controllata dal computer che consente un prelievo multiplo di tessuto mammario, quando si sospettano lesioni tumorali per micro calcificazioni o aree di distorsione parenchimale alla mammografia. L'uso di questa tecnica consente di prelevare più campioni di tessuto da sottoporre agli esami di laboratorio (istologici) per stabilire se la lesione è di natura maligna o benigna (ad esempio una cisti). Solitamente si esegue in seguito a un esame di mammografia che ha evidenziato probabili lesioni o formazioni tumorali oppure a un esame citologico che ha lasciato un certo grado di incertezza sulla diagnosi finale su determinati reperti come aree distorsive e/o microcalcificazioni.

Avevano conosciuto il risultato dell'esame istologico, ma non avevano considerato che fosse stato loro tolto del parenchima esorbitante rispetto a quello patologico. Anche se Brega aveva sostenuto che l'intervento in anestesia totale gli era stato richiesto dalle pazienti (con riguardo espressamente alle pazienti Gesvi, Gaibotti, Zito e Fornetti), le persone offese, laddove era stato possibile sentirle, avevano affermato di aver semplicemente aderito a quanto loro proposto dal chirurgo, escludendo di aver insistito contro le sue indicazioni.

Svolte altre considerazioni preliminari dirette anche a definire una graduatoria di gravità degli interventi effettuati, il primo giudice si occupava dei singoli casi.

Caso Catalano Alfia, capo 37), nel quale erano contestati a Brega Massone i due interventi cui aveva sottoposto la paziente quarantasettenne il 2.5.07 e del 28.4.08. Anzitutto, con riferimento ad una nuova formazione alla mammella destra con evidenza di multiple nodulazioni aggettanti nel lume, meritevoli di "biopsia chirurgica", di cui Brega aveva parlato nell'anamnesi patologica, mancavano gli esami (ecografia) che avevano portato a questa diagnosi ed erano stati ricercati invano anche presso la paziente.

La Corte concludeva inoltre che la reiterata omissione dei dovuti *step* diagnostici negli interventi, che avrebbero permesso anche in questo caso di meglio comprendere la patologia evitando l'intervento chirurgico o consigliandone uno più limitato, insieme alla mancata indicazione di alcuna alternativa nella scheda del consenso convincevano del volontario ricorso da parte dell'imputato della procedura più invasiva e più onerosa per la rimozioni di formazioni meramente benigne.

Caso Contri Cristina, capo 38), per l'intervento eseguito il 2.2.07 contestato agli imputati Brega e Pansera. Quel giorno la paziente trentenne era stata sottoposta a quadrantectomia, per asportazione di un nodulo mammario 3x3x2,5 inviato per l'esame istologico intraoperatorio.

L'esame aveva dato poi diagnosi negativa per malignità, ma, nonostante questa risposta, era stata fatta una radicalizzazione per altri due cm intorno (reperto che viene mandato per la diagnosi istologica ed è di 4x3x1). In questo caso, la paziente si era detta informata della sua patologia che sapeva benigna, anche se non sapeva cosa fosse una quadrantectomia. Comunque dopo l'intervento era stata bene.

Tuttavia, la Corte osservava che non vi era stato alcun sospetto di malignità o di evoluzione negativa e quindi non vi era stata la necessità di asportare il nodulo.

Peraltro, Brega non aveva spiegato perché non avesse proposto e fatto l'intervento con tecniche meno invasive. Le modalità dell'intervento (in regime di ricovero e con anestesia totale) non erano infatti giustificate per la dimensione del fibroadenoma (2.5 - 3 cm) ed anche il suo consulente Poma non aveva negato che si sarebbe potuta fare un'agobiopsia ovvero un'exeresi chirurgica, ma in sedazione o anestesia locale ed in ambulatorio (con un intervento quindi molto breve e senza anestesia totale).

La paziente aveva riferito che non le erano state prospettate queste alternative. E pertanto il suo consenso non risultava validamente informato e non valeva a legittimare un intervento che non aveva avuto altra giustificazione che la sua richiesta. Quella che poi era qualificabile come una semplice nodulectomia non era in alcun modo giustificata.

Caso Belloni Emiliana, capo 39), contestato agli imputati Brega e Pansera.

La paziente trentanovenne aveva ricordato che Brega le aveva consigliato di togliere il nodulo *"perché non si sapeva come si sarebbe evoluto"*. Brega invece aveva sostenuto che era stata la paziente, angosciata dalla paura di avere un tumore, a chiedere di essere operata.

La giustificazione prospettata da Brega era per la Corte inverosimile. Infatti, dal momento che tutti gli esami avevano dato un esito rassicurante, non si capiva perché mai la paziente avrebbe dovuto chiedere di essere operata. Ma, soprattutto, se fosse stato di contrario avviso, il chirurgo poteva rifiutarsi di operare, ovvero indicare chiaramente in cartella clinica che accedeva passivamente alla richiesta della paziente (circostanza che non compariva in alcun modo, nemmeno nella lettera di dimissioni). Ed ancora, per sedare le ansie della paziente (che in effetti potrebbero dedursi dal fatto che era stata lei stessa a richiedere la verifica dei *marker* tumorali), poteva farle un'agobiopsia in ambulatorio con un esame istologico, invece di sottoporre la paziente ad un intervento in narcosi totale.

Queste considerazioni non erano superabili limitandosi a rilevare che la paziente aveva richiesto al proprio medico di famiglia la prescrizione del "ricovero ospedaliero per nodulo alla mammella", trattandosi di un adempimento sostanzialmente burocratico che aveva fatto seguito, così

come la stessa Belloni aveva riferito, al suggerimento di Brega nella sua qualità di senologo e chirurgo di togliere il nodulo *"che non si sapeva come sarebbe evoluto"*. Provavano invece lo scopo lucrativo di Brega la qualificazione dell'intervento come "quadrantectomia", ma soprattutto la quantità di parenchima asportato (4 pezzetti), come lo stesso imputato aveva detto, senza necessità (il nodulo era di 3-4mm ed erano stati tolti 4 pezzi di parenchima, il più grande di 3 cm di asse maggiore).

La parte lesa era invece del tutto credibile quando aveva riferito che era stata indotta all'operazione dal fatto che Brega le aveva prospettato il pericolo che il nodulo avrebbe potuto avere un'evoluzione negativa.

Caso Gaibotti Oriana, capo 40), contestato a Brega e Pansera. La donna il 6.6.07 era stata sottoposta a quadrantectomia superiore della mammella destra più asportazione di una neoformazione cutanea a sinistra. Brega le aveva detto che doveva fare assolutamente un intervento per asportare il nevo e nell'occasione togliere anche un fibroadenoma, perché sarebbe stata già in anestesia totale. Le aveva assicurato che non avrebbe riportato cicatrici visibili. Lei avrebbe voluto programmare l'intervento per un paio di mesi dopo, per organizzarsi (per settembre quando avrebbe avuto meno impegni di lavoro). Brega, però, le aveva detto che non poteva assolutamente aspettare, che avrebbe potuto essere troppo tardi ed allora lei si era fidata di lui.

La paziente era stata sottoposta all'intervento in Santa Rita due settimane dopo questa visita. Brega si era subito attivato per organizzarlo.

Con riguardo al consenso informato, la donna aveva detto di non ricordare se e cosa fosse stato scritto, riconosceva solo la sua firma.

Aveva sostenuto che in precedenza altri medici le avevano detto che i fibroadenomi non si devono togliere a meno che non diano problemi e comunque che si poteva procedervi in day hospital. Brega però non le aveva spiegato che avrebbe potuto fare una corebiopsy in anestesia locale. Il chirurgo le aveva detto che era urgente ed era per questo che si era decisa a sottoporsi all'intervento. Di lì a qualche giorno, poi, la clinica l'aveva contattata per fissare l'intervento. Prima di tornare a casa, aveva saputo che l'esame istologico aveva avuto esito negativo e quindi aveva provato sollievo. Quattro mesi dopo l'intervento, alla visita di controllo, l'ecografista senologo le aveva riferito di aver trovato un nodulo proprio nella stessa posizione di prima. Egli le aveva spiegato che magari poteva essere una

cicatrice interna, che aveva ancora e che nessuno le aveva consigliato di asportare. A Londra, poi, le era stato trovato un altro nodulo e le avevano fatto la biopsia, aspirando la formazione con una macchinetta (il tutto in 15 minuti e senza sutura).

La Corte perciò sosteneva che Brega si fosse trincerato dietro al fatto che sarebbe stata la paziente a decidere di procedere anche alla asportazione del nodulo, mentre toglieva il nevo come le era stato consigliato dal suo dermatologo.

Ma la Gaibotti aveva ben spiegato che il dermatologo le aveva solo consigliato di farsi vedere anche da un chirurgo, non direttamente di togliere il nevo.

Perciò non si era recata da Brega per questo, ma solo per una normale visita di controllo al seno e aveva confermato che era stato l'imputato ad indurla ad operarsi, asportando anche il fibroadenoma che sapeva essere benigno, prospettandole l'urgenza di intervenire e senza invece indicarle che era possibile farlo in day hospital.

Per la Corte era da notare che, anche se fosse stato il dermatologo a consigliare alla paziente di togliere il nevo, era comunque onere di Brega verificare se si trattava di un nevo sospetto ed esporle i controlli specifici che poteva fare in alternativa, visto che era lui che doveva decidere se operarla.

Inoltre, non vi era giustificazione al fatto che, deciso di rimuovere per prudenza il nevo, Brega procedesse ad asportare anche il fibroadenoma, che in due anni era cresciuto solo di 2mm.

La parte aveva poi espressamente escluso che Brega le avesse prospettato di procedere in ambulatorio, in day hospital.

L'inutilità dell'intervento e del ricovero di tre giorni si evinceva quindi non solo dai risultati istologici e, per il fibroadenoma, anche in considerazione del suo mancato accrescimento, ma pure dal fatto che non fosse stato motivato dalla richiesta della paziente, che non era stata adeguatamente informata sulle alternative attivabili e non aveva quindi espresso un consenso valido a legittimarlo.

Come sempre, la responsabilità era estesa anche al secondo operatore, Pansera, valendo le considerazioni generali e quelle esposte per ciascun caso; del resto le plurime analogie delle condotte illecite in esame

confortavano la valutazione sulla sussistenza del dolo in capo anche a questo imputato.

Caso Gesvi Pamela, capo 41), contestato a Brega e Pansera. Il foglio di consenso informato della paziente recitava: "neoformazioni mammarie bilaterali. Intervento: quad. sinistra + eventuale quad. destra".

La paziente aveva ammesso di aver avuto paura di fare l'agoaspirato, che sarebbe stata la soluzione migliore secondo la Corte. Aveva sostenuto anche che Brega le aveva spiegato che l'operazione a cui l'avrebbe sottoposta consisteva solo in una piccola incisione ed in effetti non aveva avuto né complicanze, né problemi estetici, né successiva dolenzia.

Non aveva commentato nemmeno con il suo medico di base il termine quadrantectomia. La paziente Gesvi, quando aveva ammesso di aver avuto timore di procedere ad un'agobiopsia, aveva affermato nel contempo che l'imputato non solo le aveva detto che era meglio non procedere in tal modo, ma le aveva suggerito di procedere all'asportazione di entrambe le formazioni maggiori a sinistra e destra, senza peraltro definirle maligne.

Pertanto, il fatto che la paziente avesse acconsentito all'operazione non valeva ad integrare il consenso che solo avrebbe potuto legittimare l'intervento chirurgico.

Infatti, in quel contesto il suggerimento di Brega era stato senz'altro fuorviante, in quanto il medico, laddove avesse avuto di mira l'interesse della paziente, avrebbe dovuto rassicurarla sulla mini invasività di un presidio diagnostico come l'agobiopsia (spiegandole che avrebbe potuto farla anche in sedazione profonda e quindi senza alcun dolore) e non suggerire addirittura l'opportunità di indagare anche sulla natura della formazione di sinistra (che Brega stesso già sapeva essere solo un fibroadenoma). L'imputato avrebbe dovuto consigliarle di attendere ancora e semplicemente procedere a tener sotto controllo la situazione come aveva fatto fino a quel momento, ovvero suggerirle l'intervento meno invasivo possibile (quanto meno di procedere all'exeresi ambulatorialmente).

Era stata inoltre del tutto impropria anche la formulazione di richiesta del consenso informato, in cui la quadrantectomia a sinistra era stata indicata come meramente eventuale mentre era evidente, da quanto affermato dalla parte lesa e dall'imputato nonché dall'indicazione della diagnosi clinica che giustificava l'intervento, che a priori già si era deciso che l'escissione fosse bilaterale.

Brega era pertanto responsabile di aver proceduto ad un intervento ingiustificato dal punto di vista terapeutico (anche a chiamarlo nodulectomia e non quadrantectomia) e non aveva raccolto un valido consenso della paziente.

Pansera era incorso in detto illecito e non poteva giustificarsi con l'inesperienza e la mera adesione alle decisioni del primario. Suo onere era quello di verificare perché andava ad operare e se vi fosse l'indicazione clinica per l'intervento a cui partecipava.

Caso Velli Giuseppina, capo 42), contestato a Brega e Pansera. Come già si era osservato per la Gesvi, dalla lettura della scheda del consenso all'atto chirurgico emergeva che anche la Velli aveva autorizzato solo parte dell'intervento cui era stata sottoposta (aveva espresso il consenso solo per l'intervento ad una mammella e non per l'altra).

Ancora una volta poi, per la Corte, Brega aveva cercato di confondere i termini, contrabbandando il concetto di formazione in aumento (trend di crescita) con il mero accertamento della presenza del fibroadenoma. Era infatti per quel giudice assurdo parlare di una formazione in aumento in una paziente che da oltre un decennio non si era più fatta controllare o della quale comunque non era stato acquisito nessun altro precedente referto di rilievo.

Per giustificare l'intervento non rilevavano i dubbi indotti dalla PET, che non aveva presentato captazioni con riguardo alle mammelle. Peraltro, eventuali sospetti indotti da questo esame, avrebbero potuto essere superati con un intervento certamente meno invasivo come un'agobiopsia, che certamente sarebbe risultata dirimente, non essendovi altri esami che denotassero un sospetto oncologico con riguardo al seno della paziente.

L'agobiopsia poteva essere realizzata a livello ambulatoriale ad entrambe le mammelle, sottoponendo la paziente solo a due anestesie locali ed al massimo ad una blanda sedazione. La signora, di 74 anni, era stata invece sottoposta ad un intervento di quadrantectomia bilaterale, con un'asportazione di tessuto certamente eccedente la dimensione dei noduli asportati, come risultava dalla comparazione delle loro dimensioni indicata nella mammografia e dei reperti inviati per l'esame istologico.

Il fatto infine che la paziente nel dicembre '07 (ricovero dal 11.12.07 al 11.12.07, cartella clinica n 15942 del 2007) fosse stata sottoposta ad altro intervento dal prof. Galli in Santa Rita per asportare un nodulo, non aveva

rilievo dal momento che l'operato dell'imputato andava considerato in funzione di quanto indicato per quella situazione specifica dalle Linee guida, non invece confrontandolo con quanto eseguito da un altro collega (in una situazione diversa e, fra l'altro, anche con una metodologia diversa, la nodulectomia in anestesia locale).

Caso Zito Simona, capo 43) contestato a Brega e Presicci per aver sottoposto il 28.1.08 presso la clinica San Carlo la paziente ad un intervento definito di quadrantectomia con radicalizzazione, intervento inspiegabile, effettuato in assenza di patologia con indicazione di trattamento chirurgico.

Dopo avere descritto il caso clinico, e tenuto conto delle consulenze delle parti, la Corte rilevava che si trattava di patologia palesemente benigna come nemmeno Brega ed il suo consulente avevano negato attribuendo la scelta dell'intervento chirurgico alla paziente.

Tuttavia, la Zito aveva affermato addirittura di avere richiesto espressamente un intervento meno invasivo e la donna appariva credibile, visto che, nonostante avesse intentato una causa civile per danni, aveva ammesso che le operazioni realizzate da Brega, non le avevano portato dolore persistente, ma solo un pregiudizio estetico.

Inoltre la cartella non riportava che fosse stata la paziente a scegliere di sottoporsi all'intervento chirurgico in regime di ricovero, avendo rifiutato gli accertamenti ambulatoriali prospettatili.

Brega appariva dunque aver approfittato dell'ansia di questa paziente per fare un intervento inutile, che aveva qualificato come "quadrantectomia".

Era inoltre sproporzionata la quantità di parenchima asportato durante l'atto operatorio rispetto alla dimensione del nodulino sospetto. Infatti, il campione A) mandato per l'esame istologico era di 4x3x2 cm, mentre il nodulo segnalato dalla mammografia era di 4,7 mm. Andavano considerati anche i due frammenti di 1x1x2cm e 3x2x2 cm, asportati dopo l'exeresi del nodulo, e quindi senza altra giustificazione, se non la acquisita possibilità di qualificare l'intervento come quadrantectomia con radicalizzazione e non più come nodulectomia.

Caso Durè Nora Patricia, capo 44), contestato agli imputati Presicci e Brega. Un consulente del PM aveva affermato che la quadrantectomia in anestesia generale era stata realizzata ancora una volta per patologia inesistente.

Durè Nora Patricia aveva riferito in dibattimento che aveva fatto controlli presso Brega una volta all'anno. Dopo due interventi con l'agoaspirato fatti presso un altro dottore nel 2007/08 (perché non era riuscita a trovare Brega), dato che la cisti le faceva ancora male aveva ritenuto bene asportarla. Aveva sostenuto di sapere che si sarebbe trattato di una operazione in anestesia totale. Sapeva che la cisti era grossa e non aveva fatto caso a quanto tessuto fosse stato asportato. Brega non le aveva proposto di fare l'agoaspirato con guida ecografica.

In effetti, la paziente avrebbe potuto trarre beneficio da un ago-aspirato con guida ecografica e ciò le doveva esserle prospettato, affinché avesse ad esprimere effettivamente un "consenso informato". Si era sostenuto che, su sua richiesta, sarebbe stata indicata anche l'exeresi, ma la Corte riteneva che non vi fosse giustificazione a che vi si provvedesse in regime di ricovero. Le modalità di intervento non erano essere state scelte in funzione dell'interesse della paziente, che aveva dovuto appunto subire inutilmente un ricovero, una pluralità di esami e soprattutto un'anestesia generale, mentre avrebbe comodamente potuto affrontare l'asportazione con un intervento di meno di un'ora in ambulatorio, procedendo alle sue normali attività per il resto della giornata.

La Corte sottolineava che, mentre una quadrantectomia comportava un DRG di 1500 euro, una nodulectomia significava un DRG di soli 900 euro ed un'exeresi ambulatoriale ancora meno.

Le modalità dell'operazione (anestesia totale e ricovero) erano dunque certamente un di più; erano state inutili e dannose per la paziente e solo più lucrative per la clinica Santa Rita.

Caso Paganini Giuseppina, capo 45), contestato agli imputati Brega e Presicci. La Corte rilevava che, anche se non aveva funzionato ai fini diagnostici l'agoaspirato, ciò non voleva dire che non si potesse fare l'agobiopsia o la corebiopsy ecoguidata. Peraltro, anche per l'exeresi si poteva procedere in ambulatorio visto le dimensioni minime dei noduli ed in anestesia locale. La Paganini aveva espressamente negato che le fossero state prospettate queste alternative, certamente per lei meno invasive. Il tessuto asportato era sicuramente esorbitante rispetto alle dimensioni rispettivamente di 16 mm e di 8-9 mm dei noduli e l'"asportazione" non poteva essere giustificata in funzione della posizione dei noduli, la cui dimensione, già indicata dalla TAC, imponeva di attingerli con uno strumento

molto piccolo, così da sacrificare nel modo più limitato possibile il parenchima adiacente.

Né si poteva attribuire all'iniziativa del dott. Vercesi il fatto di aver indicato sulla SDO quadrantectomia, dal momento che così era scritto sul consenso informato nella descrizione dell'intervento e, prima, nella richiesta al medico curante. Anzi, l'asportazione esorbitante di tessuto insieme a questa indicazione svelavano una volta di più l'intento lucrativo di Brega, che l'aveva sviato a non riferire alla paziente le alternative meno invasive possibili.

Caso Mantovani Glenda, capo 35), lesioni volontarie contestate a Brega.

La paziente, di anni 31, era ricoverata dal 17.7 al 21.7.07 senza rilievi anamnestici patologici remoti, ma con la motivazione di: "presenza di microcalcificazioni della mammella dx".

Durante il ricovero erano eseguite una RX torace, ecografia della mammella, mammografia (in cui si parla di finissime micro calcificazioni mammella destra). Era posta l'indicazione di una quadrantectomia sinistra (sic).

Il 18.7 era eseguito l'intervento che prevedeva un'asportazione di parenchima mammario a destra e pure la plastica mammaria. L'intervento si complicava il 19.7 e 20.7 per un'emorragia, ma la paziente era comunque dimessa in quarta giornata in buone condizioni generali.

I consulenti del PM censuravano pesantemente l'intervento e la paziente, sentita all'udienza del 23.9.13, riferiva che si era rivolta a Brega perché il chirurgo aveva operato la madre qualche anno prima per un tumore maligno ed ancora oggi stava benissimo. Egli le aveva detto che le conveniva fare ecografia e mammografia "vista questa familiarità". Avevano così riscontrato delle micro calcificazioni degne di nota per la forma, disposizione, che erano da operare perché potevano essere l'anticamera di un tumore. Brega le aveva spiegato che cosa erano le calcificazioni e poi che l'esito dell'esame istologico era stato positivo. Il taglietto avrebbe dovuto essere di pochi centimetri ed era stato esteso in sala operatoria perché le calcificazioni erano più estese e profonde del previsto. Brega le aveva poi prescritto degli accertamenti periodici, ma non ricordava con che frequenza.

Tenuto conto delle dichiarazioni dell'imputato e quelle del suo consulente, la Corte concludeva osservando che anche secondo quest'ultimo era possibile provvedere ad asportare con il Mammotome le microcalcificazioni da

indagare. E tale intervento poteva essere fatto ambulatorialmente in anestesia locale e con un sacrificio di tessuto molto meno ampio di quello realizzato con l'intervento chirurgico in contestazione (+ di 15 cmq).

Pertanto il più invasivo intervento chirurgico (che aveva comportato l'esigenza anche della plastica mammaria e poi aveva indotto un'emorragia) e la maggior asportazione di tessuto mammario praticata, non risultando giustificati dal consenso della paziente che non era stata informata sulle possibili alternative meno invasive, risultavano illeciti.

Caso BOSCHI Maria Alfonsa, capo 36), lesioni volontarie contestate a Brega e Pansera. La paziente, di 59 anni, era stata ricoverata dal 17 al 19 aprile '07 per microcalcificazioni alla mammella destra senza rilievi anamnestici particolari. Era stata eseguita una ecografia che aveva indicato: "non riscontro di macronodularità sospette ed in particolare non elementi significativi nell'area peri areolare infero interna dx sede del reperto MX di micro calcificazioni (raggruppate in 5-7 mm), raggruppate, sospette (p.32 CC)".

Era stata eseguita mammografia per centratura. Il 18 aprile era eseguita quadrantectomia e radicalizzazioni.

Dopo avere descritto le operazioni compiute durante l'intervento, il senologo Greco, a commento di questo caso clinico, sosteneva che a fronte di una resezione di parenchima mammario quadrante interno di 4x4x1,5 ed una radicalizzazione del margine di 4x3x1, come al solito, la patologia era addirittura inesistente, salvo le micro calcificazioni che dovevano essere analizzate, ma attraverso una biopsia percutanea. Magari già durante la centratura mammografica si poteva fare l'asportazione: *"Qui hanno tolto quasi mezza mammella (forse non sapevano cosa fare per ottenere una diagnosi). E' la scelta la più sbagliata"*. Infatti quel consulente sosteneva che "questo era uno dei casi in cui preferibilmente era meglio fare la chirurgia, però c'è chirurgia e chirurgia". Non si dovevano "togliere le micro calcificazioni a caso, ma si doveva fare il prelievo dalla zona più significativa individuata attraverso una radiografia". Ribadiva poi Greco che "prima di ampliare l'intervento" si doveva avere una diagnosi istologica.

Dopo avere riportato le dichiarazioni della stessa paziente, le dichiarazioni di Brega e del suo consulente, la Corte ricordava che i consulenti del PM non avevano contestato l'asportazione chirurgica delle micro calcificazioni (dal momento che non vi si poteva procedere con la tecnica del Mammotome), ma

avevano contestato solo da un lato che l'intervento fosse stato fatto in regime di ricovero e dall'altro che il tessuto asportato fosse davvero esorbitante rispetto alla parte da indagare. In effetti, a fronte di micro calcificazioni raggruppate in 5-7 mm, la resezione di parenchima era stata di 4x4x1,5 ed i chirurghi avevano inoltre proceduto ad una radicalizzazione con asportazione di un ulteriore frammento di cm 4x3x1.

Il consulente di parte aveva giustificato l'abbondante tessuto asportato con la difficoltà nel corso dell'operazione di individuare le micro calcificazioni, ma questa argomentazione non convinceva la Corte perché da un lato era stata fatta proprio per questo una centratura in sede di mammografia, e dall'altro non si comprendeva perché fosse stata fatta anche la radicalizzazione, soprattutto in modo così esteso. La sola durata dell'intervento non giustificava poi perché esso non potesse essere realizzato in via ambulatoriale in anestesia locale ed eventualmente in sedazione.

Caso Fornetti, capo 22). Caso di lesioni aggravate anche dal pericolo di vita contestato a Brega e Presicci. La paziente, di anni 56, a giugno '04 era stata sottoposta ad una quadrantectomia a sinistra più svuotamento ascellare, per un carcinoma mammario, mentre a destra era stata operata per una displasia mammaria. Veniva sottoposta a due interventi dettagliatamente esaminati dalla Corte d'Assise di primo grado alle pagg. 539 e ss. della sentenza impugnata. Dopo il secondo intervento decedeva.

La Corte rilevava che nel corso del suo esame Presicci aveva affermato sostanzialmente di essersi fidato di Brega e di non aver avuto un ruolo essenziale nell'intervento. Brega aveva avanzato invece tante tesi contraddittorie, quali richieste della paziente perché aveva mammelle troppo grosse e doloranti, impossibilità di fare una biopsia per grandezza delle mammelle, sospetti oncologici (opacità, arrossamento e dolore, durezza, possibile recidiva ed insuccesso della radioterapia), complicazioni infettive, intervento di palliazione (per l'impossibilità di fare una chemioterapia vista la epatopatia della signora).

In base alle dichiarazioni degli imputati e del consulente della difesa non era per la Corte stato possibile comprendere e rinvenire una effettiva giustificazione ai due interventi chirurgici in esame.

Dai dati della cartella clinica era emerso che Brega, nell'indicare nella scheda del consenso la diagnosi clinica, aveva enunciato un sospetto

oncologico per entrambi gli atti operatori, perché aveva indicato una sospetta neoplasia per il primo intervento, addirittura una mastite carcinomatosa per il secondo. Erano stati effettuati esami istologici intraoperatori e poi definitivi (che però risultano tutti negativi), con esposizione nella SDO delle radicalizzazioni per entrambi gli interventi.

Sosteneva la Corte che in dibattimento Brega aveva riconosciuto che la patologia che aveva indicato a giustificazione dell'atto operatorio era in effetti sbagliata, affermando che aveva operato su richiesta della donna, infermiera, depressa che voleva togliersi le mammelle perché troppo grosse, pesanti, dure e doloranti. Tuttavia, ciò non era emerso da nessuna parte nella cartella clinica ed appariva poco credibile che la signora, a 56 anni, nel giro di 4 mesi si fosse sottoposta a due interventi, pur nella consapevolezza di versare in una situazione di estrema criticità del punto di vista epatico. Brega aveva riferito che la paziente, per la sua esperienza di infermiera, era pienamente consapevole della criticità della sua condizione, gravità che addirittura aveva fatto indicare all'anestesista una classe di rischio ASA III/IV al momento del secondo intervento.

Con riguardo al consenso al primo intervento questo, nella scheda del consenso informato del 3.8, l'intervento era stato definito come TDA a dx (taglio da accertamento), mentre era stata poi realizzata direttamente una quadrantectomia sia a destra, sia a sinistra (con un'ampia resezione di parenchima e cutanea). Anche in questa scheda, così come in quella successiva, era esposto un sospetto oncologico (sospetta neoplasia mammella bilaterale) e quindi mancava ogni riferimento alle richieste della paziente anche contro il consiglio di Brega, che l'avrebbe invitata all'attesa. Dopo avere riportato le conclusioni del senologo Greco, la Corte riteneva che le contraddittorie giustificazioni di Brega al suo agire non erano convincenti ed anzi apparivano così confuse e destituite di fondamento da non poter nemmeno giustificare un ragionevole affidamento di Presicci che, partecipando al secondo atto operatorio come aiuto operatore, doveva ben sapere cosa e perché andavano ad operare, così da essere in grado di poter subentrare in ogni momento al primo operatore.

Dopo avere insistito sulle condizioni critiche della donna, la Corte teneva a sottolineare che, per quanto riguardava il decorso postoperatorio che aveva fatto seguito al secondo intervento, la paziente aveva dovuto subire otto trasfusioni di emazie concentrate e di plasma nei 3 giorni successivi

all'intervento, perché era andata incontro ad uno shock ipovolemico che aveva aggravato la sua funzionalità epatorenale già alterata.

La sua pressione, che si era abbassata per le perdite ematiche, aveva dovuto essere sostenuta con la dopamina "che è un potente vasocostrittore che era andrà chiaramente ad influenzare la funzionalità renale".

Nell'immediato postoperatorio le era stato somministrato l'emagel che "è una composizione che contiene tutti i fattori della coagulazione e si dà esclusivamente, l'indicazione è nella gravi ipovolemie" (fra l'altro a questa paziente che era anche diabetica, non si poteva somministrare il destrano).

Anche se alla fine del terzo giorno si era verificata una ripresa della Fornetti che era riuscita dunque a superare questa prima fase critica, non si poteva non notare come non si dovesse considerare solo il problema del sanguinamento, della coagulazione, dei rimedi adottati di conseguenza in modo scisso rispetto alle altre patologie della paziente, che già prima dell'intervento l'avevano fatta definire a rischio ASA III/IV.

La Corte quindi riteneva che la condotta degli imputati integrasse il reato di lesioni volontarie in contestazione con riguardo ad entrambi gli interventi chirurgici in esame, che non apparivano giustificati da una corretta indicazione terapeutica e nemmeno da un valido consenso, che, al contrario, per come era stato formulato appariva carpito con fuorvianti indicazioni (sospetti neoplastici).

Mentre con riguardo al primo dei due atti operatori era intervenuta la prescrizione, i termini di prescrizione non erano invece decorsi per il secondo degli interventi chirurgici in esame, essendo la condotta in addebito aggravata dal fatto di aver indotto nella parte lesa una malattia (ovvero un'alterazione patologica) che l'aveva esposta al pericolo di vita.

Ai capi 46), 47), 48) e 49) la morte dei pazienti Schiavo Antonio, Vailati Canta Giuseppina, Scocchetti Luisa e Dalto Gustavo a seguito dell'intervento chirurgico cui li avevano sottoposti gli imputati Brega Massone, Presicci e Pansera, era stata addebitata a questi ultimi a titolo di omicidio volontario nella forma del dolo eventuale.

Al capo 47 bis) gli anestesisti Lolli e La Bianca erano chiamati a rispondere dell'omicidio colposo ex art.113, 589 c.p. per la paziente Giuseppina Vailati Canta; mentre egual contestazione era elevata nei confronti degli anestesisti Di Terlizzi e Bona per il caso della paziente Maria Luisa Scocchetti.

Dopo avere elencato i criteri generali in base ai quali avrebbe svolto indagini sull' elemento soggettivo e sul nesso causale (da pag.586 a pag. 612), la Corte passava ad esaminare i singoli casi.

Quanto al caso Gustavo Dalto (capo 49), contestato al solo Brega Massone, la Corte rilevava che all'imputato era stato addebitato di aver posto in essere un intervento ai danni di un paziente ottantanovenne, le cui condizioni generali (età, gravi sofferenze respiratorie e cardiologiche) avevano addirittura portato l' anestesista ad una valutazione del rischio anestesilogico definito ASA IV, ovvero un rischio estremamente elevato, tale da permettere solo interventi salvavita.

L' intervento praticato era stato un atto chirurgico complesso ed invasivo che in quel momento non si poneva come necessario, dal momento che il malato non presentava una sintomatologia che obbligasse ad intervenire e che la diagnosi della neoformazione polmonare poteva essere ottenuta in modo molto meno cruento.

A Brega Massone era stato quindi contestato di essere stato pienamente a conoscenza delle condizioni critiche in cui versava il paziente, non ultimo per la valutazione anestesilogica espressa dall'anestesista, e perciò di aver volontariamente affrontato, in un momento di compenso labile per il malato, un atto operatorio di chirurgia maggiore, nella piena consapevolezza del rischio estremamente elevato cui esponeva il degente, rischio che aveva accettato di correre, così come dimostrato anche dalla prosecuzione dell'intervento nonostante il grave episodio ipotensivo intraoperatorio, ciò facendo per il proprio tornaconto personale.

Erano richiamati la cartella clinica con tutti i dati e la descrizione dell' andamento del ricovero, gli apporti delle varie consulenze e le stesse dichiarazioni del chirurgo, le modalità di raccolta del consenso informato per giungere alla conclusione, sulla falsariga di quanto affermato dal consulente Sartori, innanzitutto che l'operazione chirurgica posta in essere dall'imputato non era certamente un intervento salvavita, l'unico che secondo le linee guida può essere posto in essere nel caso di un paziente ASA IV. Inoltre era denunciata l' assenza di qualsiasi finalità terapeutica nell' intervento poiché il carcinoma polmonare, delle dimensioni di quello da cui era affetto il Dalto, poteva permettere la sopravvivenza di un anno e forse più, mentre le condizioni cardiocircolatorie sicuramente non davano questa prospettiva di sopravvivenza.

Erano altresì negate le finalità diagnostica e palliativa, dal che conseguiva che Brega, nel decidere di sottoporre il paziente all'intervento di asportazione del nodulo polmonare, avrebbe dovuto mettere in conto ed informare il paziente che si doveva procedere ad un intervento complicato ed invasivo come la toracotomia con lisi delle aderenze e che si potevano prospettare, con ogni probabilità, delle difficoltà di areostasi e di emostasi, che si erano in effetti puntualmente presentate e che avevano avuto comunque degli effetti peggiorativi con riguardo alle complessive condizioni del paziente, al cui labile compenso cardiocircolatorio e respiratorio non poteva certo aver giovato anche la perdita, durante l'operazione, di 700 cc di sangue e poi anche le perdite aeree che erano perdurate durante tutto il periodo postoperatorio (e che erano testimoniate ancora dall'ultima RX che attestava "*cospicuo enfisema sottocutaneo nelle parti molli di entrambi gli emitoraci e nelle regioni sovraclaveari*").

Dopo avere esaminato i documenti attestanti il consenso informato, la Corte sottolineava che essi erano stati firmati dal figlio del paziente e già questa circostanza destava delle gravi perplessità, perché denotava o che Dalto Gustavo stava in quel momento così male da non essere più in grado di esprimere la sua volontà, o che in modo del tutto illegittimo non si fosse richiesto il suo consenso.

Pertanto, il giudice provvedeva ad indagare la sussistenza del nesso casuale fra decesso e condotta del chirurgo, sostenendo, a conclusione di una disamina specifica di quanto dichiarato anche da testimoni, che le concrete cause della morte di Dalto rientravano parimenti fra le conseguenze tipiche di questa operazione già in funzione dell'età del paziente, dal momento che l'esito infausto per i grandi anziani interviene al 40% per problemi circolatori, al 40% per problemi respiratori (come si leggeva nella relazione del collegio Ronchi nel commento al caso di Vailati Canta Giuseppina).

Brega, d'altra parte, non poteva affermare di non essere stato reso edotto dei rischi a cui esponeva il paziente con l'intervento chirurgo in funzione del mancato dissenso espressogli dall'anestesista che aveva partecipato all'intervento. Anche il titolato consulente Gattinoni, così come tutti i consulenti, aveva infatti ribadito che sia l'anestesista, sia il chirurgo hanno piena responsabilità delle loro decisioni e mentre il primo risponde "dell'addormentabilità" del paziente, il secondo risponde dell'esito dell'intervento anche sotto il profilo di come questo incide sulla salute

generale del paziente. Al chirurgo infatti spetta in piena autonomia la scelta se, come e quando intervenire. Ed in concreto era stato Brega a proporre l'intervento per questo malato grande anziano così compromesso; a minimizzare la rappresentazione dei rischi dell'intervento pur di convincere il figlio di Gustavo Dalto ad esprimere il suo consenso, a non rimandare l'atto operatorio, nonostante l'indicazione del rischio ASA IV espresso da un anestesista esperto come Negri, accontentandosi di due esami come l'EGA, che attestava un'ossigenazione sufficiente solo per quella giornata, e di una spirometria che attestava "un deficit ventilatorio restrittivo di grado molto severo", nonché della valutazione frettolosa, estemporanea e compiacente dell'anestesista di sala.

L'imputato era dunque pienamente consapevole dell'entità del rischio cui sottoponeva il paziente e non poteva addurre il risultato di un qualsiasi esame in forza del quale avrebbe potuto fondare la ragionevole convinzione di poter evitare la morte del paziente.

Brega, al contrario, proprio per le sue competenze tecniche, era pienamente cosciente di non poter governare le prevedibili complicanze indotte dal peggioramento delle condizioni generali del paziente derivanti dallo stress operatorio. Sapeva dell'incidenza peggiorativa sulla dinamica respiratoria e dall'incidenza sul sistema cardiocircolatorio dei farmaci anestetici. Era consapevole inoltre che questi avrebbero inciso negativamente su di un equilibrio del paziente estremamente fragile per la molteplicità dei fattori predisponenti ad uno scompenso.

Il substrato patologico del paziente e la invasività dell'intervento che andava a praticare rendevano infatti "abnormemente" elevato il rischio di conseguenze infauste ed ingovernabili.

Ed il modus operandi di Brega appariva caratterizzato da tutti quei fattori indicativi che attestano la sussistenza del dolo eventuale, dimostrando che la decisione che aveva sorretto la sua condotta era stata caratterizzata dalla pretermissione dell'interesse e dei rischi per il paziente, per il perseguimento del proprio scopo egoistico: procedere ad un intervento chirurgico in più.

La consapevolezza del rischio e la volontà di prescindere da parte di Brega emergeva poi in modo evidente dal fatto che, nonostante Dalto dopo l'induzione dell'anestesia avesse immediatamente sofferto di un episodio ipotensivo grave, cui l'anestesista aveva dovuto rispondere con l'infusione di

dopamina, l'imputato avesse proseguito oltre nell'operazione non appena stabilizzato il paziente, procedendo addirittura ad una toracotomia ed alla lisi di aderenze (adottando quindi una modalità di intervento addirittura più impegnativa di quella inizialmente prospettata, ovvero la VATS).

Tutti gli altri casi clinici esaminati, le intercettazioni telefoniche, e le specifiche circostanze del suo *modus operandi* nel caso in esame dimostravano per quel giudice che il precipuo interesse dell'imputato era quello di operare ad ogni costo, per ragioni di carriera e di compenso.

Così la Corte concludeva: *"Alla luce dei dati emergenti dalla cartella clinica emerge quindi che Brega Massone ha sottoposto il sig. Dalto Gustavo ad un intervento ingiustificato dal punto di vista terapeutico ed estremamente rischioso per le condizioni cliniche in cui in quel momento si trovava il paziente.*

Trattavasi di un intervento chirurgico altamente complesso, che l'imputato ha giustificato di aver posto in essere in quel momento per finalità palliative rispetto ad una sintomatologia dolorosa che, pur probabile, però nell'attualità non era ancora insorta. L'intervento invece è stato prospettato al figlio del paziente come risolutivo e banale, tralasciando di raccogliere il consenso del diretto interessato Dalto Gustavo e senza nemmeno richiedere un consulto al cardiologo e all'oncologo per valutare insieme i rischi di tutte le alternative in concreto prospettabili e riferirne al paziente.

Nel decidere di procedere all'intervento, nonostante il rischio anestesiológico espresso da un anestesista di provata esperienza quale il dr. Negri, l'imputato non ha adottato nessuna cautela, né ha aspettato di verificare lo stabilizzarsi del miglioramento del paziente.

La morte del sig. Dalto, dovuta ad un'insufficienza respiratoria che ha portato all'arresto cardiaco, era perfettamente prevedibile ed estremamente probabile in considerazione degli specifici fattori di rischio rappresentati dalle patologie del paziente (che appunto soffriva di accertate patologie cardiache e respiratorie) quale conseguenza dell'incidenza peggiorativa dell'intervento al torace, proprio con riguardo a questi due profili.

Brega è pertanto responsabile della morte del sig. Dalto che è derivata come conseguenza tipica dell'intervento da lui posto in essere, intervento di cui aveva consapevolmente accettato il rischio di esito fatale, contando sull'assenza di controlli di cui fino a quel momento aveva usufruito.

Questi dati orientavano i consulenti a definire il comportamento di Brega Massone di una "imprudenza macroscopica, al di là di ogni limite di ragionevolezza. Posto che...l'imprudenza chirurgica (pur rimanendo tale) ancora si colloca nei limiti della ragionevolezza quando sottintende un bilancio rischi/benefici ponderato, in vista di un risultato utile, ma che si rivela poi erroneo e pertanto produttivo dell'evento dannoso.....In ultima analisi, anestesista e chirurghi, in ragione delle loro conoscenze tecnico specialistiche, non potevano non essere consapevoli del rischio di morte, abnormemente elevato, cui esponevano il paziente: e tuttavia noncuranti del dubbio, egualmente procedevano nel rischio stesso".

Quanto al caso Vailati Canta (capo 47) per i chirurghi Brega Massone e Presicci e 47 bis) per gli anestesisti Lolli e La Bianca, la Corte, dopo avere svolto la propria analisi sui dati risultanti dalla cartella clinica, sentiti i consulenti, esaminati i documenti fra cui quello di consenso informato ed uditi i testi, premetteva che la Vailati, ottantaduenne, era stata ricoverata fin da subito in chirurgia e quindi tutti i risultati degli esami esperiti erano noti agli imputati.

Aderiva quindi quel giudice alle osservazioni del consulente del PM, Ronchi, che aveva sostenuto che la paziente Vailati Canta non doveva essere sottoposta all'intervento chirurgico realizzato il 17.3, dal momento che esso si presentava come inutile *"qualunque fosse l'origine della neoplasia (probabilmente un linfoma o una neoplasia broncogenica)"*.

Infatti, l'opzione chirurgica non aveva una giustificazione per una malattia ormai estremamente diffusa, che limitava l'aspettativa di vita della paziente a *"sei mesi, inferiore ad un anno"*.

Quanto poi alla finalità diagnostica, il giudice concludeva come non fosse stata affatto perseguita con l'intervento. Questo perché l'esame citologico e l'esame istologico avevano dato esito negativo. Era insussistente anche la finalità palliativa.

Osservava ancora la Corte che si era arrivati ad un intervento cruento nel terzo giorno dal ricovero, senza aver adottato prima i rimedi meno invasivi prescritti anche dalle linee guida FONICAP, che avrebbero offerto sollievo alla paziente permettendo di verificare l'entità del problema dei versamenti (recidiva, capacità di riespansione del parenchima), nonché di formulare una diagnosi precisa ed orientare quindi meglio le successive scelte terapeutiche.

Dopo avere esposto le proprie considerazioni sulla possibilità di effettuare degli *step* e sulla stessa opportunità del talcaggio, la Corte ricordava che a meno di 24 ore dall'intervento chirurgico, e precisamente alle 12.30 del 18.3, si era verificato un episodio di scompenso cardiocircolatorio con importante desaturazione e segni di shock (ipotensione arteriosa, instabilità del ritmo cardiaco, sudorazione profusa e marezza cutanea, anuria).

In considerazione della gravità del quadro clinico era stato deciso di non approntare manovre rianimatorie particolari e di proseguire con l'ossigenoterapia, terapia diuretica ed antibiotica.

La vicenda clinica aveva poi avuto una rapida ed infausta evoluzione. Nei giorni seguenti vi era stato un progressivo peggioramento delle condizioni della Vailati.....fino al decesso" di conseguenza la causa della morte della Vailati doveva essere individuata "in una insufficienza cardiorespiratoria acuta". L'intervento praticato, con una resezione (*precision resection o wedge resection*) e multiple biopsie, con il talcaggio aveva "necessariamente" comportato un'alterazione in senso peggiorativo della dinamica respiratoria.....riduzione della capacità inspiratoria, della capacità vitale e della capacità funzionale residua, e questo era tanto più vero nei pazienti anziani, gravati da complicanze post operatorie elevate (respiratorie al 40% e cardiologiche al 40%), anche in assenza di gravi patologie concomitanti come nel caso di specie.

Giuseppina Vailati Canta presentava un maggior rischio per eventi cardiocircolatori avversi in quanto cardiopatica. Ed anche sotto questo profilo aveva quindi meno risorse per sopportare sia lo stress chirurgico (con un'anestesia totale, con un intervento maggiore sui polmoni e l'acquattamento di uno di questi, con plurime cruentazioni della pleura e del parenchima), sia lo stress postoperatorio.

Parimenti, le sue condizioni di "cachessia neoplastica" la limitavano a reagire alle difficoltà inspiratorie che si presentano necessariamente nell'immediato postoperatorio nel caso di intervento ai polmoni, come quello realizzato dagli imputati (per l'algia, la riduzione della capacità meccanica, la presenza di più drenaggi).

Dopo avere rilevato la scarsa significatività (rectius improbabilità) dell'indicazione di un embolia come causa di morte, la Corte rilevava anomalie nella scheda di consenso informato e provvedeva ad analizzare le

contestazioni della difesa ed i vari apporti sia del Brega che di Presicci, dei consulenti della difesa, approdando alle conclusioni finali.

Concludeva così la Corte, ritenendo che l'intervento chirurgico cui la donna era stata sottoposta dagli imputati Brega e Presicci fosse ingiustificato dal punto di vista terapeutico (la diagnosi era stata ricercata nel modo più invasivo e pericoloso, ma non era stata raggiunta, non sussistevano né i presupposti, né il consenso al talcaggio ed a tutta la prima fase dell'intervento).

L'intervento chirurgico aveva portato solo ad un progressivo peggioramento delle condizioni generali della paziente anche sotto il profilo dell'ossigenazione del sangue.

L'intervento non era neanche stato legittimato da un valido consenso della paziente, non da ultimo perché la stessa aveva autorizzato solo un accertamento relativo "alla massa sovraclaveare sinistra" e non il talcaggio, le biopsie pleuriche e la *precision resection*, nondimeno praticabile nel primo tempo dell'intervento.

Inoltre, le condizioni generali della paziente, note ai chirurghi, mostravano già che la stessa (grande anziana, cardiopatica, febbrile, gravemente denutrita, con una diffusa neoplasia) versava in una condizione di compenso estremamente precario, che inevitabilmente sarebbe stata alterata in senso peggiorativo dall'atto operatorio di chirurgia maggiore toracica con i suoi prevedibili riverberi negativi, nell'immediato postoperatorio, su tutte le sue funzioni vitali, conseguenze che concorrendo con le patologie preesistenti della signora l'hanno portata a morte nel quinto giorno dall'intervento.

Dettagliando la propria insistenza sulla inutilità dell'intervento, la Corte rimarcava che anche l'iter che aveva caratterizzato la decisione di procedervi dagli imputati appariva significativo di una volontà di agire senza aspettare di compiere le dovute verifiche e senza aiutare in alcun modo la paziente ad affrontare l'atto chirurgico.

Presicci era pervenuto alla decisione di sottoporre la paziente ad una VATS diagnostica, senza nemmeno mettere in conto di poter procedere ad un'agobiopsia, quali che fossero le condizioni cliniche della degente, che non aveva ancora pienamente indagato.

L'unica metodica ipotizzata e praticata per arrivare alla diagnosi era stata la biopsia chirurgica in regime di ricovero nel reparto di chirurgia toracica.

A tale decisione l'imputato era pervenuto ancor prima che la TAC avesse indicato la presenza di colliquazione e di aree necrotiche centrali con riguardo alle adenopatie del collo. Quindi, tutte le spiegazioni a questo proposito degli imputati e dei loro consulenti apparivano delle giustificazioni ex post, prive di pregio nello spiegare le motivazioni della condotta dei prevenuti.

Quanto al nesso causale, la Corte affermava che l'alterazione peggiorativa della dinamica respiratoria (dovuta alle cruentazioni chirurgiche al torace ed al fattore irritativo del talcaggio) aveva svolto il ruolo di fattore eziologico in concorso, unitamente alle preesistenze patologiche, nella causare quella insufficienza cardio-respiratoria irreversibile" che aveva provocato il decesso della Vailati.

Lo stress chirurgico, il peggioramento della funzione respiratoria (per cui si era registrata un'insufficiente saturazione di ossigeno in tutto il postoperatorio nonostante l'ossigenoterapia) avevano iniziato a manifestarsi nell'immediato postoperatorio. Era pertanto evidente la correlazione tra l'intervento chirurgico ed il decesso in funzione non solo del dato temporale, ma anche della sintomatologia (scompenso cardiocircolatorio) manifestatasi in una paziente che versava, prima dell'atto chirurgico, in una condizione di equilibrio dal punto di vista cardiologico e respiratorio assai labili, per l'età, per la diffusa malattia oncologica ed anche specificamente per una problematica cardiaca predisponente ad un maggior rischio di scompenso cardiocircolatorio (cardiopatia congestizia, tachicardia, ipertensione).

Rilevato il grave rischio operatorio della paziente, la Corte sosteneva, quanto alla sussistenza dell'elemento soggettivo caratterizzante il comportamento degli imputati in esame, che esso emergeva in primo luogo dall'assenza del consenso informato della paziente, mancanza che non aveva riguardato solo degli aspetti marginali del trattamento a cui sarebbe stata sottoposta, ma i suoi stessi elementi fondamentali, quali il rischio che affrontava e le stesse manovre operatorie più invasive che andava a subire. L'assenza di uno scopo terapeutico per l'attività degli imputati emergeva poi in concreto sia dalla fretta di operare (a meno di 48 ore dal ricovero, con un'indagine ed un supporto del tutto carente delle sue condizioni), sia dallo stesso iter esecutivo dell'intervento, che aveva avuto di mira dapprima delle biopsie pleuriche, la *wedge* (che qualificava dal punto di vista economico l'intervento) ed il talcaggio (senza che nemmeno l'esame al congelatore

avesse fornito una risposta diagnostica) e solo in un secondo tempo la biopsia alla massa sovraclavare, che era stata l'unica finalità prospettata alla paziente.

Era evidente dunque che non erano stati degli errori di valutazione a determinare le scelte degli imputati, ma la volontà di procedere ad un intervento a prescindere da ogni altra ragione o considerazione.

La decisione degli imputati di procedere a sottoporre la Vailati all'intervento chirurgico in esame si caratterizzava anche per l'accettazione del rischio del suo decesso proprio perché estremamente elevato e note erano le probabilità che la donna potesse andare incontro ad uno scompenso della sue funzioni cardiologiche e respiratorie, che già erano critiche, sulle quali avrebbe inevitabilmente inciso in senso peggiorativo un atto operatorio non certo minimale, ma complesso (con plurime biopsie, una *wedge resection*, un talcaggio), come quello posto in essere da Presicci e Brega.

Gli imputati non avevano dunque alcun elemento su cui fondare la ragionevole convinzione di potere evitare l'evento infausto verificatosi, che proprio per come si era manifestato, era largamente prevedibile e che proprio per le condizioni precarie della paziente sarebbe stato ingovernabile, ragione per cui l'unica cautela da adottare era quella di evitare l'intervento chirurgico, così come tutte le altre manovre non necessarie. La fretta di agire ben si spiegava anche in questo caso (così come in molti altri dei casi clinici esaminati nel presente dibattimento) con la finalità di limitare il periodo di ricovero, così da rendere più remunerativo lo stesso, con un'attenzione al profilo economico della scelta terapeutica che era esaurientemente dimostrata dalla realizzazione anche di una *wedge resection* che pur aumentava insieme al DRG anche l'aggressività dell'atto chirurgico.

Gli imputati avevano agito senza che l'urgenza di risolvere una sintomatologia particolarmente afflittiva per la paziente giustificasse sia la loro fretta sia anche il fatto che avessero saltato tutti gli *step* diagnostici e palliativi previsti dalle linee guida.

La stessa paziente al suo ingresso al Pronto soccorso aveva indicato quali erano stati i motivi del suo ricorso alle cure sanitarie (edema arto inferiore sinistro ed algia allo stesso) e non lamentava problemi respiratori.

Non si era trattato quindi di un intervento "salva vita", l'unico che poteva essere adottato vista la classificazione del rischio operatorio che la riguardava.

Il comportamento adottato nel caso di specie dai chirurghi non era stato un fatto isolato, ma riproponeva un *modus operandi* che si era accertato essere stato utilizzato anche in vari altri casi proprio secondo lo stesso copione: fretta ad agire, nessuno *step* diagnostico e terapeutico per arrivare subito all'atto operatorio a prescindere sia dalla considerazione delle condizioni generali del paziente e del concreto beneficio che avrebbero potuto apportarle, sia dal suo consenso.

La reiterazione dello stesso modo di agire rendeva quindi evidente come l'iter comportamentale anche in questo caso degli imputati non fosse stato condizionato da una erronea valutazione di un qualche fattore specifico, quanto invece dalla decisione di operare ad ogni costo, indipendentemente dalle sofferenze e dai rischi che venivano imposti al paziente che proprio per questo occorreva informare in modo parziale e fuorviante.

Il concorrente interesse della clinica in cui gli imputati operavano all'aspetto remunerativo della loro attività, e non già alla qualità ed appropriatezza delle loro scelte terapeutiche, aveva sempre assicurato Brega e Presicci dell'assenza di controlli sotto quest' ultimo profilo.

I chirurghi erano inoltre certi di poter fidare sul fatto che, intervenendo su pazienti estremamente anziani e defedati, come era il caso anche della Vailati, il drastico peggioramento delle loro condizioni di salute ed anche la morte non sarebbero stati a loro addebitati, tanto più che si evitava di procedere all'autopsia e si esponevano come causa del decesso le precedenti comorbidità del malato con delle definizioni generiche, contraddittorie e non suffragate da nessun esame, come si era appunto verificato anche con riferimento al caso clinico in esame, laddove come causa della morte era stato indicato nel frontespizio della cartella clinica embolia, ed invece la neoplasia nella scheda ISTAT e nel diario clinico.

Per tutti questi motivi pertanto la Corte riteneva provata la penale responsabilità di entrambi gli imputati; Presicci aveva dato la prima indicazione chirurgica, aveva raccolto il consenso, definito carpito dalla Corte, aveva agito come primo operatore; Brega aveva assunto la responsabilità della paziente col ricovero nel suo reparto ed agendo come secondo operatore.

Quanto agli anestesisti il concorso colposo nell' omicidio di Giuseppina Vailati Canta, la Corte evidenziava che Lolli non si era preoccupato di leggere gli esami TAC ed ecografia e nemmeno di esprimere il livello di

rischio operatorio. Se avesse letto la TAC, avrebbe visto che era del tutto inutile procedere ad una biopsia chirurgica (intervento che gli era stato detto sarebbe stato praticato) dal momento che lo stesso "tacchista" aveva indicato la possibilità di pervenire ad una diagnosi con un esame endoscopico che lui aveva peraltro espressamente consigliato. Egli era stato dunque gravemente negligente rispetto ai doveri inerenti alla consulenza anestesiological affidata che aveva contribuito a consentire ai chirurghi di porre in essere la sua illecita attività.

La Bianca, proprio a causa della negligente incompletezza delle schede del collega, sarebbe stato obbligato a riformulare la valutazione anestesiological e a raccogliere nuovamente il consenso della paziente.

Egli non poteva quindi sostenere un suo affidamento incolpevole all' operato del suo collega che lo aveva preceduto e non poteva certo sostenere di non avere notato che i due chirurghi andavano a compiere un intervento diverso da quello indicato nella scheda di valutazione preanestesiological precedente e nella scheda di consenso informato, proprio per l' assoluta diversità delle manovre.

Per i due anestesisti tuttavia la Corte rilevava l' estinzione del reato per intervenuta prescrizione.

Nel caso di Scocchetti Maria Luisa (capo 48) per i chirurghi la Corte ricordava che agli imputati Brega Massone (quale chirurgo operatore) e Pansera (quale aiuto) era stato contestato di aver provocato la morte avvenuta il 19.10.06 della paziente per averla sottoposta in data 11.10.06 ad un intervento chirurgico in VATS bilaterale con evacuazione del versamento pleurico, biopsie, talcaggio; intervento ritenuto inutile e rischioso, atteso che la paziente, sessantacinquenne, era plurimetastatica, in fase terminale ed in gravi condizioni generali.

Come accennato al capo 48 bis) dell'imputazione all' anestesista Di Terlizzi Giuseppe e Bona Gianandrea (il primo avendo effettuato la visita preoperatoria, il secondo avendo partecipato all'operazione inducendo l'anestesia) era stato contestato di aver agevolato la condotta dolosa ascritta i suddetti coimputati, per imprudenza ed imperizia nel valutare il gravissimo rischio anestesiological della paziente in rapporto all'intervento proposto.

Anche qui, dopo aver dato conto delle condizioni della paziente al ricovero e della patologia che l' affiggeva, la Corte osservava che 45 minuti dopo la

fine dell'intervento erano comparsi scompenso cardiocircolatorio e respiratorio (rantoli a grosse bolle, ipotensione PA 80/20, instabilità emodinamica).

Alle ore 18 la paziente trasferita in terapia intensiva era stata trattata con ipoventilazione meccanica e ossigenoterapia.

Di seguito era avvenuto il decesso, in relazione al quale, facendo proprie le considerazioni espresse dai consulenti del PM, la Corte sottolineava che si trattava di paziente estremamente compromessa, dal momento che era seguita da anni dal punto di vista oncologico; era in chemioterapia per gli esiti di un carcinoma trattato dal 2001 e presentava varie metastasi. Risultava drenata più volte e quindi già si conosceva la gravità del quadro, dato che "i versamenti pleurici facevano parte della patologia terminale di questa paziente".

Si presentava infatti con versamento pleurico che aveva portato a ripetute toracentesi. Nella motivazione del ricovero era indicata anche la presenza di metastasi epatiche. Si dava atto poi di una grossolana tumefazione al pancreas. Sarebbe risultato - osservava quel giudice - che vi erano anche metastasi ai polmoni ed alle pleure. La situazione era quindi, in quel momento, molto grave dal punto di vista oncologico. Nel frattempo, le erano riscontrate "delle probabili, sospette metastasi cerebrali" (che aggravavano quindi ulteriormente il quadro).

Da qui la conclusione sull' inutilità dell' intervento. In effetti, le plurime asportazioni realizzate durante l'intervento chirurgico dagli imputati (Brega e Pansera) non si giustificavano con uno scopo diagnostico, dal momento che la paziente era seguita da un oncologo con una chemioterapia ancora attiva; aveva già subito numerose toracentesi ed aveva ancora un versamento cospicuo. Quindi, la sua condizione patologica era già conosciuta e comunque, per accertarne l'evoluzione, si poteva procedere all'esame del liquido pleurico e solo nel caso di un'esplicita richiesta dell' oncologo Tansini, si doveva procedere a dei prelievi istologici, limitati comunque a delle biopsie e non estesi come una *precision resection*.

Il consulente del PM aveva anche sostenuto che risultava del tutto insensata la resezione di tessuto polmonare, che dal referto istologico risultava essere stata di 5x3x1,5. Questa asportazione a carico del lobo inferiore destra era stata fatta in corrispondenza del nodulo descritto

dalla TAC il giorno precedente, ma secondo quel consulente *"non serviva a nulla in quella fase della malattia metastatica togliere quel nodulo"*.

L'intervento, soprattutto quanto alla scelta di procedere ad un talcaggio bilaterale, non si giustificava neppure con una finalità palliativa.

Anche se la paziente era già stata trattata mediante ripetute toracentesi (procedura svolta comunemente in regime ambulatoriale che prevede l'inserimento di un catetere nello spazio pleurico, tramite il quale si procede allo svuotamento stesso, e che alla lunga si può rivelare dolorosa, anche se ancora non risultava che la Scocchetti se ne fosse mai lamentata), era comunque possibile evitare un intervento chirurgico ed optare per *"l'inserimento in permanenza del catetere"* per il drenaggio.

Sempre sulla base del responso di un consulente del PM, la Corte sosteneva che il talcaggio pleurico può essere fatto in toracosopia che è una procedura *"estremamente ed infinitamente meno invasiva"*. Si procede infatti in anestesia locale e sedazione. La toracosopia, evita l'intubazione (che nel caso in esame era proseguita, come di solito, anche dopo l'intervento), e si può mettere anche il drenaggio toracico, solo non si possono fare le biopsie, ma in questo caso non erano necessarie dal momento che la patologia della Scocchetti era conosciuta ed era già seguita oncologicamente.

Quanto al nesso causale, la Corte non aveva dubbi sul rapporto fra l'intervento ed il decesso della paziente, perché riteneva che, nonostante la patologia grave (metastasi, aspettativa di vita pochi mesi), quando la paziente era giunta in ospedale, secondo gli esami fatti all'ingresso era in discreto compenso respiratorio; la sua era una dispnea da sforzo, e l'emogasanalisi deponeva per una condizione di discreto compenso respiratorio.

L'intervento chirurgico, per contro, le aveva cagionato il precipitare della situazione, tanto che la causa della morte andava proprio identificata in un'insufficienza cardiorespiratoria in un soggetto con tumore della mammella plurimetastatizzato.

Aderendo alla tesi del consulente Ronchi, la Corte sottolineava poi che l'intervento chirurgico di quel tipo comportava modificazioni in senso peggiorativo della dinamica respiratoria, tanto più se si tratti di aggressioni plurime, come in questo caso, della parete toraciche e comportava poi anche una sintomatologia dolorosa importante, che limitava naturalmente la

capacità di respiro, perché si aveva proprio una riduzione della possibilità del mantice toracico di espandersi.

Ripercorso quanto scritto in cartella clinica e negata l'efficacia causale esclusiva dell'episodio di *ab ingestis*, la Corte ricordava che si era trattato un intervento ad alto grado di complessità che appunto, come è noto, comporta importanti alterazioni peggiorative della funzione respiratoria che persiste per giorni.

Complessivamente, si delineava nella fattispecie un intervento gravato di rischi elevati per complicità mortali soprattutto nel postoperatorio e si sosteneva che si era in presenza di una imprudenza macroscopica, da giudicare al di là di ogni limite di ragionevolezza, poiché un intervento chirurgico consapevolmente rischioso trovava ragione solo a fronte di un incombente, attuale, pericolo di vita.

Dopo avere duramente criticato le modalità di raccolta del consenso informato e rilevato come la Scocchetti non avesse autorizzato le biopsie e la *wedge resection* realizzate in corso di intervento, la Corte sottolineava come la scheda mostrasse una descrizione della malattia (versamento pleurico) e delle possibili complicanze (perdite aeree e sieriche) assolutamente minimizzante, quindi fuorviante, e riportava sia le dichiarazioni del figlio della donna a proposito di tale minimizzazione dell'intervento, sia le dichiarazioni del medico curante Tansini, che aveva negato di avere chiesto la resezione polmonare o le biopsie ("*non era più necessario, non dovevamo scegliere niente, avevamo già la terapia*").

Dopo avere nel dettaglio dato atto di ciò che avevano sostenuto gli imputati e i loro consulenti, confrontati con le considerazioni dei consulenti del PM, la Corte ribadiva che l'intervento cui era stata sottoposta la Scocchetti, per come realizzato dagli imputati, non risultasse giustificato dal punto di vista terapeutico e non fosse nemmeno supportato da un valido consenso della paziente, tale da legittimare l'assunzione di rischi addirittura maggiori rispetto ai benefici a priori prospettabili.

Si era quindi trattato di un intervento inutile, perché le valutazioni espresse dai consulenti del PM sull'assenza di una giustificazione terapeutica all'intervento non apparivano a quel giudice superate in forza delle dichiarazioni degli imputati e dei loro consulenti.

Gli imputati, del resto, avevano avuto conoscenza diretta delle condizioni cliniche generali (esame obiettivo) e dell'esito della TAC toracica della

Scocchetti, che denunciava un versamento pleurico bilaterale più marcato a destra con marcata atelectasia compressiva bilaterale alla base dei polmoni correlata al versamento pleurico, sospetta piccola nodulazione al polmone destro. Il fegato era disseminato di lesioni metastatiche, vi erano una grossolana tumefazione a carico del pancreas, tumefazioni linfonodali diffuse a livello addominale e toracico, dando quindi conferma a quanto già verificato da mesi presso l'ospedale di Caslapusterlengo, ovvero dell'estrema diffusione ed attuale ingravescenza del quadro tumorale.

Ai versamenti pleurici, che la chemioterapia non riusciva più a contrastare, si associavano infatti risalenti metastasi al polmone (dal 2002), al fegato (dal 2004) ed ora anche al cervello (trattate con radioterapia nell'agosto 2006). E tutto ciò evidentemente incideva sulle capacità di ripresa dall'intervento della paziente.

La Corte sottolineava che nello specifico, osservando l'evoluzione delle condizioni di salute della Scocchetti dopo l'operazione, si erano riscontrate tutte le conseguenze peggiorative che anche Brega aveva riconosciuto potevano già a priori prevedersi in considerazione dell'atto di chirurgia maggiore praticato: preventivabili erano infatti con riguardo all'immediato squilibrio della funzione cardiocircolatoria, al dolore persistente che pregiudicava ogni suo atto respiratorio, alle secrezioni abbondanti che necessitavano di bronco aspirazioni anche più volte al giorno, alla prosecuzione dei versamenti con evidenti conseguenze anche su tutta l'attività respiratoria, al peggioramento infine dell'efficacia degli scambi.

E queste conseguenze non potevano di certo ricondursi all'evoluzione della patologia tumorale della Scocchetti, perché la donna, al suo accesso alla Santa Rita, era ancora in "discreto compenso" dal punto di vista respiratorio e cardiologico ed anche perché si erano riscontrate come immediatamente successive all'atto chirurgico (così come negli altri casi clinici esaminati nel presente processo).

L'esame dei dati della cartella clinica aveva mostrato infatti che lo stress chirurgico aveva avuto gravi ripercussioni nell'immediato sul sistema cardiocircolatorio (soli 45 minuti dopo l'atto operatorio la paziente aveva avuto uno scompenso cardiocircolatorio, con la pressione a 80/20, aveva dovuto essere reintubata ed il giorno dopo aveva presentato un episodio di grave fibrillazione atriale durato ben 23 minuti) e quindi in tutto il periodo successivo sulle capacità di reazione della malata (che risultava sempre più

in ansia, insonne, in preda al panico, infine soporosa, in coma ed agonica). Il figlio della paziente ricordava che la madre "gridava, gridava dal dolore".

E questa sofferenza non poteva che essere ricondotta all'intervento ed alle sue conseguenze, dal momento che la donna aveva iniziato a lamentare dolore solo dopo di questo (così come era emerso anche dalla lettura della cartella clinica dell'Ospedale di Casalpusterlengo). A determinare l'insufficienza respiratoria avevano contribuito sia il persistente versamento pleurico alimentato dall'avanzata patologia neoplastica, sia gli effetti, inevitabilmente negativi, del trattamento chirurgico.

Per la Corte andava poi osservato che, anche con riguardo a questo decesso, era evidente che le condizioni estremamente precarie della donna, peggiorate gravemente con l'intervento chirurgico, non potevano che aver concorso a determinare la sua incapacità a superare l'ipotizzata polmonite *ab ingestis* che, quindi, non si poteva ritenere un fattore causale indipendente rispetto alla condotta in addebito agli imputati.

Ricordava la Corte che un fattore causale indipendente è infatti solo quello che sia in grado di provocare in modo autonomo l'evento. Non possono invece dirsi "cause da sole sufficienti a determinare l'evento quelle che operano in sinergia con la condotta dell'imputato, sì che venendo a mancare una delle due, l'evento non si sarebbe verificato, perché -in tal caso- non possono essere qualificate come del tutto indipendenti dalla condotta del soggetto agente" (Cass. sez V n 15220 del 26.1.11).

Perciò, sottolineato il grave rischio insito soprattutto nel postoperatorio, la Corte rilevava che Brega era perfettamente consapevole di quelle che erano le conseguenze di un intervento contestuale bilaterale, la cui portata peggiorativa aveva pochi mesi prima sperimentato una vicenda analoga, con la Maccarelli (a seguito dell'atto chirurgico del 13.5.05, detta paziente, con una patologia metastatica diffusa, parimenti valutata in ASA III, ma che a differenza della sig.ra Scocchetti non era stata fino a tal momento operata o trattata per un quinquennio con chemioterapia, era stata a lungo intubata, poi all'ottavo giorno tracheostomizzata, costantemente sottoposta a respirazione assistita per 20 giorni, per sopravvivere all'atto operatorio, sempre ricoverata in ospedale, solo per 45 giorni, con una drastica impennata della sua malattia dopo poco più di 20 giorni dall'intervento).

La decisione di Brega di intervenire chirurgicamente sulla Scocchetti con le specifiche modalità adottate appariva caratterizzata dall'accettazione del

rischio di morte della paziente per insufficienza respiratoria, atteso che le modifiche peggiorative della sua capacità respiratoria erano prevedibili e tipiche, e che la consistenza di questo peggioramento era direttamente proporzionale alla gravità sia delle condizioni della degente, che erano del tutto note all'imputato, sia del tipo di intervento prescelto.

Brega era altresì cosciente di non poter governare i processi indotti dalle difficoltà respiratorie conseguenti all'intervento. Sapeva infatti che seppure un miglioramento poteva attendersi, questo sarebbe avvenuto solo dopo vari giorni e che nel frattempo le condizioni generali della paziente, già instabili, sarebbero peggiorate.

L'entità del rischio cui esponeva la paziente gli si era dunque prospettato in concreto e il suo *modus operandi* era caratterizzato da tutti quei fattori indicativi che denotano la sussistenza del dolo eventuale, perché dimostrano che la decisione che aveva sorretto la condotta illecita era stata caratterizzata da una volontaria pretermissione del rischio del prodursi dell'evento fatale pur non direttamente voluto, in assenza di ragionevoli elementi su cui fondare la convinzione di poterlo scongiurare.

In primo luogo, il chirurgo aveva agito senza raccogliere un consenso esaustivo ed informato della paziente anche con riferimento al rischio dell'atto chirurgico. Il consenso era stato addirittura carpito senza prospettare, oltre che le alternative meno invasive possibili, proprio la relevantissima probabilità di insuccesso e persino di un esito infausto che pure l'imputato sapeva gravare sull'intervento. Al contrario Brega, ai fini di raccogliere il consenso della paziente, lo aveva descritto come un "piccolo intervento", senza nemmeno la necessità di un ricovero in terapia intensiva.

In secondo luogo, Brega aveva agito senza aver adottato tutte le possibili cautele e gli imputati non avevano assunto la decisione di operare incalzati dall'urgenza di intervenire *quoad vitam*, perché la paziente aveva ancora degli scambi respiratori discreti e non lamentava algia al ricovero.

Brega, però aveva sottolineato questa urgenza alla paziente, così come faceva di solito nell'illustrare le sue decisioni ai clienti ed aveva proceduto all'intervento all'indomani del ricovero, anche se l'attesa, pure di uno o due giorni, gli avrebbe consentito di verificare meglio e di adottare delle opportune cautele.

Gli imputati avevano mostrato anche in questo caso di essere attenti agli aspetti remunerativi del loro approccio tanto che, oltre alla citata fretta,

avevano praticato senza alcun bisogno una *precision resection* ed avevano indicato ancora una volta il ricovero della paziente in riabilitazione al ritorno dalla terapia intensiva, allorquando evidentemente la degente non era ancora in grado di affrontarlo (era in precarie condizioni, aveva 4 cateteri toracici, oltre ad uno vescicale ed uno venoso, etc).

Dunque, anche in questo caso il comportamento degli imputati non risultava isolato, ma era ancora una volta espressione della volontà di procedere all'esecuzione di interventi con il massimo del DRG, accettando di far affrontare ai pazienti dei rischi elevati, senza aver accertato la necessità dell'approccio chirurgico, o comunque del tutto sproporzionati rispetto all'eventuale beneficio che poteva attendersi.

Da ultimo, occorre ancora ricordare che gli imputati, come in altri casi, potevano confidare sull'assenza di censure da parte dei pazienti e dei loro familiari che, per le condizioni estremamente precarie dei malati, erano portati ad attribuire a queste l'insuccesso degli interventi eseguiti dal chirurgo.

I terapeuti potevano infine confidare sull'assenza di controlli sul loro operato presso l'istituto clinico Santa Rita, se non sotto il profilo della produttività.

Ed entrambi questi fattori avevano da tempo fatto apparire senza conseguenze l'aver consapevolmente sottoposto i malati a rischi ed interventi impropri.

Perciò, in conclusione, si poteva sostenere che Brega aveva sottoposto la Scocchetti ad un intervento ingiustificato dal punto di vista terapeutico ed altamente rischioso, per cui aveva carpito il consenso della paziente, accettando espressamente il rischio elevato che ne derivasse la morte della paziente, in funzione delle conseguenze tipiche dell'intervento scelto ed in particolar modo della bilateralità dello stesso.

Nel bilanciamento rischi/benefici la scelta dell'atto operatorio risultava a priori "assurda" o "priva di ogni logica", proprio per l'alto rischio di insuccesso dell'atto operatorio prescelto in funzione delle specifiche modalità con cui era stato deciso, a prescindere dall'interesse e dal consenso della paziente.

Brega era certamente consapevole del rischio abnormemente elevato cui esponeva la paziente. E tuttavia, non curante del dubbio, egualmente procedeva egualmente, con il che il chirurgo era responsabile della morte

della sua paziente, pur non direttamente voluta, per aver scelto consapevolmente di agire nonostante l'elevato rischio di morte che conosceva perfettamente e che sapeva di non poter più governare una volta sottoposta la paziente all'intervento stesso.

Pansera aveva a sua volta la competenza e le conoscenze per poter valutare l'incongruità di quanto andava ad eseguire con il suo primario, perciò, proprio in forza della sua specializzazione e delle sue specifiche esperienze di interventi del tipo di quello che si apprestava a fare, era perfettamente in grado di valutare tutte le controindicazioni ad un talcaggio bilaterale con riguardo alla Scocchetti.

Egli era in grado di apprezzare le condizioni generali della paziente, tali da esporla ad un elevato rischio nel postoperatorio di non riuscire a controbilanciare i peggioramenti della dinamica respiratoria e lo stress chirurgico indotti dall'atto operatorio. Poteva ben comprendere questo chirurgo come le diffuse, e non certo recenti, metastasi e la prolungata ed ininterrotta cura chemioterapica avessero già minato le capacità di resistenza della donna e come anche lo stato febbrile (37,5 TC) ed i risultati non tranquillizzanti degli esami ematochimici dimostrassero la gravità delle sue condizioni generali.

Risultava inoltre evidente per Pansera che nessuna cautela era stata adottata nello studio delle condizioni della paziente e di tutta una serie di circostanze esposte in sentenza.

Il ricovero di due giorni prima e l'assenza di verifiche emergevano dalla cartella clinica e non potevano essere ignorate dal chirurgo, dal momento che la paziente era ricoverata nel suo reparto, però Pansera non si era preoccupato di mettere in dubbio le indicazioni del suo primario, incurante dell'interesse della paziente, e ciò risultava in modo palese anche dal fatto che avesse subito accondisceso ad affrontare l'intervento, aggredendo il lato sinistro dove il versamento era certamente minore e dove non risultavano effettuate pregresse toracentesi.

Per la Corte dall'istruttoria era emerso che Pansera aveva partecipato all'atto operatorio con il suo primario, consapevole dei rischi cui veniva esposta la paziente e del fatto che non ne veniva nemmeno rispettata la volontà, al fine palese di aumentare il DRG operatorio che aveva raggiunto il massimo proprio in funzione della *wedge resection*, abusivamente praticata.

Nonostante fosse stato condannato in via definitiva per lesioni volontarie in concorso con riferimento a nove interventi eseguiti precedentemente a quello ora in esame, nessuna rivisitazione critica da parte di Pansera era emersa a seguito di questo intervento; anzi lo si era visto persistere nel partecipare con i coimputati ad interventi assolutamente ingiustificati (caso Bossi, intervento avvenuto 20 giorni dopo quello alla Scocchetti).

Perciò, la scelta dell' intervento, per entrambi i chirurghi, non era dovuta ad un pur colpevole errore, ma ad una scelta aprioristica ed opportunistica, come risultava con evidenza dal fatto che le biopsie e soprattutto la *wedge* (che valeva ad aumentare il DRG) erano state sempre praticate da Brega insieme al talcaggio. La decisione di effettuare un intervento bilaterale, nel giorno immediatamente seguente il ricovero non aveva fatto seguito ad un errore di lettura od alla mancanza di qualche dato di conoscenza, ma era il frutto di un modo di procedere con determinazioni aprioristiche, finalizzate nuovamente alla massimizzazione del rendimento del reparto, senza alcuna considerazione per la maggior invasività della contemporaneità dell'attacco all'entrambe le pareti toraciche, che Brega aveva personalmente verificato essere pericolosa (nel caso citato della paziente Maccarelli).

Per il reato di cui agli art. 113, 589 c.p. in danno della Scocchetti e contestato agli anestesisti, la Corte, quanto a Di Terlizzi rilevava che, nel dover valutare il rischio anestesilogico e redigere la necessaria scheda, non aveva aspettato neppure i risultati della TAC al torace che avrebbe rivelato numerosissime metastasi al fegato ed al pancreas, ed aveva completamente ignorato la richiesta di TAC al cranio dimostrando una fretta ingiustificata ed ingiustificabile in relazione ad un intervento così complesso come il talcaggio bilaterale. Quindi, pressapochismo e totale negligenza del dovere di controllo rispetto all' utilità dell' intervento cui andava a partecipare in raffronto alle reali condizioni del paziente.

Parimenti Bona non poteva far affidamento sul giudizio del collega che lo aveva preceduto, dal momento che lo stesso Di Terlizzi aveva dichiarato di non avere letto le TAC e dunque egli non aveva esercitato il suo dovere di garanzia, tanto più importate se rapportato alle condizioni della paziente con riguardo alla complessità ed invasività dell' intervento che i chirurghi si apprestavano a fare.

Caso Schiavo (capo 46), contestato agli imputati Brega Massone (operatore) e Presicci (aiuto operatore) come omicidio doloso per aver sottoposto

Schiavo Antonio, ottantacinquenne, ad un intervento inutile ed inspiegabile, attese le condizioni e la storia clinica del paziente, in assenza dei necessari accertamenti (ad es. ago biptico, consigliato esplicitamente dal radiologo), ad alto rischio operatorio per le sue condizioni (ultraottantenne, con precedente by-pass aortocoronarico e BPCO ovvero bronco pneumopatia cronico ostruttiva).

Nel corso di detto intervento, a causa di una errata manovra chirurgica (da identificarsi o in manovre di trazione esercitate sulla gabbia toracica per mantenere pervio l'accesso chirurgico o in azione diretta degli strumenti chirurgici) veniva lacerato il miocardio, con conseguente rapida emorragia, che conduceva senza l'ingerenza di fattori causali alternativi all'intervento al decesso.

Anche qui il fatto specifico era preceduto da un riassunto delle precedenti vicissitudini e patologie del paziente, dando atto la Corte che nello specifico il paziente, per il rischio anestesilogico, era classificato ASA classe III/IV.

Gli imputati avevano realizzato l'intervento in toracotomia per procedere all'asportazione del lobo polmonare superiore sinistro, dove era stato individuato dalla RX del 12.2 e dalla TAC del 14.2 un nodulo sospetto, senza però aver proceduto ad una diagnosi precisa sulla natura dello stesso e la Corte rilevava che i consulenti avevano fatto notare che già "l'esecutore della TAC aveva consigliato controllo con ago biopsia". Si trattava di un nodulo di 3,5 cm centroparenchimale. I consulenti rilevavano inoltre che ad una diagnosi non si era pervenuti nemmeno all'esito dell'intervento (interrotto per il decesso del paziente prima che fosse stato prelevato il nodulo ed anche un suo frammento) ed il referto sul liquido asportato in sede di broncoscopia il 20.2, pervenuto due giorni dopo l'operazione, non aveva dato indicazioni precise perché il materiale era assai scarso "inadeguato per una corretta valutazione morfologica". I consulenti avevano anche sostenuto, che non essendosi saputa neppure ex post la natura del nodulo, ogni discussione sul fatto che il paziente potesse o meno fare la chemio o la radio terapia risultava ormai solo ipotetica, sottolineando che in ogni caso *"un paziente di 85 anni, cardiopatico, pneumopatico, prima di sottoporlo ad un intervento così importante, si deve vedere se ci sono altre opzioni terapeutiche"*.

Questa cosa non era stata assolutamente fatta e addirittura non era stato nemmeno aspettato il broncoaspirato, perché il paziente era stato operato due giorni prima che arrivasse il risultato del citato esame.

In un portatore di bypass c' erano sicuramente controindicazioni alla chemio e radioterapia, ma ce n'erano molte di più all'intervento chirurgico.

Pur essendo un paziente molto anziano, Schiavo era in una condizione di compenso soddisfacente (anche se aveva malattie sistemiche importanti), e tuttavia si trattava di soggetto già operato al torace, e secondo la consulenza del PM questo esprimeva dal punto di vista dell'intervento chirurgico ad un rischio superiore, perché alle problematiche relative alle condizioni generali del paziente si aggiungevano quelle relative alla "difficoltà tecnica locale".

Il consulente Ronchi aveva affermato che era *"indubbia la relazione causale tra la lacerazione cardiaca e l'intervento chirurgico a cui il sig. Schiavo fu sottoposto"*, anche se osservava che in forza della descrizione dell'intervento non era chiara la dinamica dei fatti. Il consulente Sartori rimarcava che vi era un elevatissimo grado di probabilità che l'emorragia fosse intervenuta nella fase in cui si tentava di separare il lobo superiore sinistro, che era quello che si voleva asportare, dal cuore, ed escludeva con decisione che si potesse ritenere che fosse intervenuta "una rottura spontanea del cuore") e quindi riteneva tra l'altro ingiustificabile e grave che i medici non avessero disposto un'autopsia.

Sulla scorta delle consulenze del PM, la Corte affermava che il chirurgo si deve rendere conto delle difficoltà tecniche che ci possono essere nell'intervento, perché l'anestesista può dare un'indicazione sulla difficoltà generale, cioè basata sulle condizioni del paziente, ma la difficoltà tecnica di approcciare un torace già aperto con un bypass deve essere fatta dal chirurgo.

Il consulente Ronchi sottolineava che *"il chirurgo che operava ben sapeva che avrebbe potuto andare incontro a delle complicanze mortali"*, *"quelle che sono tipiche di una persona che versa in una condizione di assai labile compenso e quindi insufficienza cardiorespiratoria in primis"*, ma aveva precisato che Schiavo era venuto a morte per una causa completamente diversa, per un incidente intraoperatorio, ovvero una lacerazione che provoca gravissima emorragia che non si riesce più a dominare.

Anche in questo caso erano riportate le consulenze delle difese e le dichiarazioni di Brega, che aveva negato l'opportunità di un'agobiopsia e aveva affermato la presenza certa di un tumore. Aveva sostenuto il chirurgo la perfetta operabilità di Schiavo in base al rischio anestesiológico segnalato e aveva sostenuto che l'emorragia che si era verificata durante l'intervento aveva interessato una sede del tutto diversa da quella relativa all'intervento medesimo. Dopo avere ribadito questo concetto anche con quanto gli aveva segnalato Presicci durante l'intervento, Brega teneva a precisare che questo per lui era stato l'unico caso di morte intraoperatoria, evento che crea un danno immediato di immagine per la struttura, diversamente dalle morti postoperatorie. Non erano stati chiamati dalla direzione sanitaria a rispondere per questo episodio, perché era apparso evidente che esso era legato ad un avvenimento imprevedibile. Non era stata fatta l'autopsia perché egli aveva spiegato alla famiglia (con Presicci e gli anestesisti) quanto era accaduto. I medici avevano addirittura suggerito che sarebbe stato giusto fare un'autopsia, rimettendo a loro la decisione e costoro non avevano voluto sottoporre il congiunto all'autopsia.

Anche Presicci sosteneva l'inutilità di una agobiopsia e questo perché il nodulo era molto profondo, vicino a vasi importanti, quindi l'ago biopsia esponeva il paziente a rischio di emotorace e pneumotorace.

Egli affermava che non si era trattato di un cedimento del bypass, che sarebbe stato immediato dopo l'apertura e l'uso del finocchietto (manovra divaricatoria successiva); inoltre Brega aveva suturato la breccia sul miocardio.

Anche i consulenti della parte civile ribadivano la presenza di un tumore in fumatore ad alto rischio. Per costoro, bisognava stadare il cancro e considerare le diverse cure, ma per un tumore limitato solo al polmone la sua asportazione appariva un intervento utile dal punto di vista curativo (qui descritto un tumore T2 o T3 e linfonodi al limite della significatività oncologica, ma non francamente patologici).

Erano svolte anche altre considerazioni, ma la Corte, all'esito di una lunga disamina di tutte le voci che erano intervenute sul caso, tuttavia sosteneva che procedere ad un'operazione estremamente invasiva come una lobectomia in toracotomia su di una persona di oltre 85 anni senza una diagnosi a motivare l'opzione chirurgica rappresentasse indubbiamente un comportamento in violazione delle principali regole *dell'ars medica*.

La Corte vagliava diverse opzioni alternative, ma sul punto sosteneva che, non essendo stata accertata la natura del nodulo sospetto, non era più possibile procedere alla valutazione delle possibilità inerenti queste terapie, che proprio per questo non potevano nemmeno a priori escludersi.

La Corte osservava anche che era comunque emerso dall' audizione della figlia e del nipote del paziente come il consenso del paziente fosse stato illecitamente carpito sull'affermazione di una diagnosi sicura che invece non era stata ancora acquisita e sulla pretesa di una urgenza, in realtà insussistente, e sull' affermazione dell'assenza di rischi operatori.

Quanto al nesso causale, la morte del paziente Schiavo era avvenuta durante l'atto operatorio per una emorragia massiva dovuta ad una breccia sul miocardio e non vi era quindi alcun dubbio sul fatto che il decesso fosse stato provocato dalle manovre operatorie. Per la Corte, le manovre di trazione e di lisi delle aderenze svolte nella stessa area rispetto a dove si trova il cuore (ovvero intorno al lobo superiore del polmone di sinistra) spiegavano in modo esaustivo perché si fosse formato il gemizio che non aveva potuto essere tamponato in tempo dai chirurghi.

Si era trattato di un intervento ad alto rischio, anche per la presenza di "tenaci aderenze" che non aveva dissuaso gli imputati dal procedere alla lobectomia e non li aveva orientati nemmeno a limitarsi prudentemente a dei prelievi diagnostici del nodulo e/o dei linfonodi sospetti.

Dopo diverse osservazioni sulle aderenze, la Corte sosteneva che l' elevato rischio a cui veniva esposto il paziente era dunque del tutto noto ai chirurghi allorquando avevano comunque deciso di andare avanti col programma stabilito, incorrendo poi nell' "incidente" fatale che aveva portato a morte il paziente.

L'analisi di quanto gli stessi imputati avevano spiegato essere accaduto mostrava per quel giudice che "imprevedibile" era solo la dinamica precisa con cui si era sviluppata la breccia miocardica, ma non di certo il concreto rischio che si potesse produrre, rischio che gli imputati avevano potuto configurarsi in tutti i suoi elementi essenziali.

Quanto all' elemento psicologico, l' analisi del complessivo comportamento degli imputati denotava chiaramente che gli stessi avevano deciso di sottoporre Schiavo, di 85 anni , portatore di by pass, ad un intervento di chirurgia maggiore radicale come la lobectomia, a prescindere, anche in questo caso, dalle stesse indicazioni del radiologo che aveva effettuato la

TAC, senza limitarsi nemmeno ad una biopsia in VATS ed essendo pienamente consapevoli, come loro stessi avevano riconosciuto, della possibile presenza di aderenze laddove era stato realizzato il bypass e della possibilità che non fosse stata realizzata una ricostruzione del pericardio.

Gli imputati avevano quindi accettato, insieme ai rischi più generali che un paziente definito ASA III/IV comunque affronta all'esito di un intervento fortemente afflittivo come una lobectomia, anche il rischio del prodursi dello specifico evento che ha portato alla morte il paziente da individuarsi in una lacerazione del muscolo cardiaco in zona retrosternale.

Al riguardo rilevava anche il fatto che i sanitari si fossero determinati ad un intervento radicale come la lobectomia in forza di un sospetto diagnostico non dovutamente approfondito, ed ancora il fatto che avessero fornito al paziente ed ai suoi familiari false informazioni sulla consistenza della diagnosi, sull'urgenza e sulla possibile efficacia dell'intervento, e che avessero taciuto lo specifico rischio dell'atto operatorio, senza proporre loro alcuna alternativa.

Per assicurarsi il consenso del paziente la diagnosi e l'intervento gli erano stati prospettati come sicuri e banali, mistificando volontariamente la realtà.

Il fatto poi che, una volta avvedutisi dell'ingravescenza dell'emorragia, gli imputati si fossero adoperati per cercare di tamponare la situazione e di suturare la breccia (il clampaggio), non poteva valere certamente ad escludere che in precedenza avessero accettato il rischio rappresentato per il paziente da questo specifico intervento.

Anche in questo caso vi era un richiamo a molti altri dei casi esaminati dove erano stati omessi i dovuti approfondimenti diagnostici, teorizzando l'opportunità di procedere senza una diagnosi istologica sicura anche quando avevano prospettato un intervento radicale per un paziente in condizioni ormai certamente critiche (vedi casi Gobbi e De Vecchi, etc).

La reiterazione della stessa condotta illecita degli imputati mostrava in modo inequivocabile come gli stessi programmassero di prassi di procedere ad interventi solo in astratto indicati, senza invece verificarne l'appropriatezza specifica, senza un bilanciamento costi e benefici e quindi non già nell'interesse del paziente, ma per un loro tornaconto personale.

Anche per il caso Schiavo, la Corte ricordava che gli imputati potevano inoltre fidare sul fatto che nessuno avrebbe controllato l'appropriatezza

del loro operare, non la clinica Santa Rita e nemmeno i familiari del paziente che avevano espressamente smentito che fosse stato loro prospettato di procedere ad una autopsia, come invece Brega aveva sostenuto.

La Corte sottolineava che, di fronte a questa sperimentata assenza di controlli, le valutazioni degli imputati non potevano certo essere mutate per il solo fatto che il rischio di morte fosse soprattutto intraoperatorio (ma certamente non solo tale, dal momento che il paziente a cui programmavano di togliere un lobo polmonare era comunque stato classificato ASA III/IV e quindi con elevati rischi anche postoperatori, tanto più in correlazione ad un intervento così distruttivo come l'exeresi di un intero lobo polmonare).

Passando al capitolo truffe e falsità, quel giudice osservava che, nella sentenza impugnata ai capi di imputazione da A) a L), erano contestati i reati di truffa (aggravata dal fatto di essere stata commessa ai danni di un ente pubblico e per la gravità del danno patrimoniale arrecato) e di falso in atto pubblico agli imputati Brega, Presicci, Pansera e Scarponi.

In particolare, quanto al capo A), era stato contestato a Brega, Presicci e Pansera di aver procurato alla casa di cura Santa Rita un ingiusto profitto, ottenendo indebitamente i rimborsi delle loro prestazioni da parte della ASL città di Milano, su somme stanziare dalla Regione Lombardia per il SSN.

La condotta fraudolenta era stata contestata in considerazione della falsa rappresentazione della sussistenza dei presupposti che giustificavano il trattamento chirurgico apprestato nei confronti dei pazienti, trattamento chirurgico descritto nei capi di imputazione successivi, relativi ai delitti di lesione ed omicidio compiuti in detta struttura sanitaria.

Al capo B) era stato contestato il reato di falso in atto pubblico sempre con riferimento a questi interventi ed all'esposizione degli stessi nelle cartelle cliniche, ed in particolare nelle SDO, presentate per ottenere i rimborsi.

Ai capi C) e D) le stesse condotte (integranti i reati di truffa e falso) erano state contestate a Brega e Presicci in relazione a tre pazienti operate presso la Clinica San Carlo, mentre ai capi E) ed F) in relazione ad altri sei interventi per cui era stata esposta nelle SDO una codifica non corrispondente al trattamento praticato, per cui però non era stata elevata l'addebito di lesione dolosa.

Al capi G) ed H), invece, i reati di truffa e falso erano stati contestati a Brega, in concorso con Scarponi, con riguardo ai pazienti per i quali erano

stati richiesti indebitamente i rimborsi per ricoveri ingiustificatamente ripetuti, nel reparto acuti ed in riabilitazione.

Ai capi I) ed L) questi delitti erano stati contestati invece al solo Scarponi per ricoveri ripetuti per pazienti provenienti dal reparto di ortopedia.

Procedendo ad una esposizione di carattere generale, va detto che la Corte, nei delitti di truffa aggravata in contestazione, individuava il raggiro nella falsa attestazione della sussistenza delle condizioni legittimanti gli interventi per cui veniva chiesto il rimborso, pur essendo nota agli imputati la mancanza dei presupposti terapeutici che potessero giustificare la loro scelta di intervento.

L'ingiusto profitto era stato invece individuato nell'aver procurato alle strutture sanitarie private di appartenenza, attraverso il sistema del DRG, degli importi superiori a quelli che sarebbero stati dovuti in forza delle effettive esigenze di cura del paziente, con relativo danno per gli Enti pubblici eroganti, la ASL città di Milano che corrispondeva le somme e la Regione Lombardia che le stanziava.

La Corte, nei casi esaminati e ritenuti provati, accertava la circostanza aggravante il fatto di aver provocato alla parte lesa un danno di rilevante gravità.

Anche il reato di falso in atto pubblico era integrato nella prospettazione dell'accusa dalla falsa attestazione della sussistenza dei presupposti per l'intervento chirurgico adottata sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO), perché anche il medico che opera presso una struttura sanitaria privata riveste la qualifica di pubblico ufficiale.

Pur senza diffondersi sui vari casi, mette qui conto rilevare, perché poi le difese hanno contestato l'affermazione, che il momento consumativo del reato di truffa era dal primo giudice individuato in quello del conseguimento del profitto e quindi dalla data di maturazione del diritto al rimborso, che si perfeziona al marzo dell'anno successivo al momento di presentazione delle richieste di rimborso, termine, fra l'altro, sino a cui è data per legge la facoltà dell'istante di modificare i dati delle SDO su cui fonda la sua richiesta.

Per il reato di falso, invece, il momento consumativo si attestava con riferimento al momento della compilazione delle SDO e pertanto erano prescritte tutte le condotte precedenti alla data del 30 settembre 2006.

La Corte poi riconosceva come, con riguardo a tutti i reati di lesioni volontarie e di omicidio doloso, fosse stata correttamente contestata l'aggravante di cui all'art. 61, 2 cp per avere gli imputati commesso i fatti al fine di eseguire il reato di truffa contestato ai capi A) e seguenti, ma considerava che la sussistenza dell'aggravante in contestazione prescindeva dal fatto che per i reati di truffa connessi fosse stata dichiarata la prescrizione, causa estintiva che non incide sul fatto complessivamente contestato, così come è previsto espressamente dall'art.170 cp.

Quanto al delitto di favoreggiamento contestato ad Enza La Corte, il primo giudice sottolineava come fosse rimasta contumace e non si fosse mai sottoposta ad interrogatorio. Solo Brega aveva risposto in ordine ai fatti.

A riprova dei due episodi di intralcio alle indagini a carico di Brega contestati all'imputata, erano richiamati i risultati delle intercettazioni telefoniche.

In primo luogo, il messaggio telefonico del chirurgo all'imputata del 7.10.07 (prog. S441) *"vai subito in Ospedale, nel terzo cassetto ci sono le TAC di tutti i pazienti, passa da dietro, muoviti, fra 30 minuti da te".*

In secondo luogo, un'altra conversazione fra i due intervenuta pochi giorni dopo (la telefonata progr. 41 del 12.10.07).

Brega: *"adesso vai di là a dire a Marco che hai parlato con me.....prima di nascondere ...dirgli che i vascolari si sono lamentati e tu me l'hai detto e che io ho detto di cancellare tutte le cose di toracica, Capito? Inerenti*

La Corte: *Dai computer?*

Brega *Esatt...assolutamente*

La Corte: *Ma tutto?*

Brega: *... farla anche del cestino ..*

La Corte: *Ma tutto?*

Brega: *Senti Enza, tutto ciò che è compromettente!....Dai svegliati anche tu...tutto quanto...inerente alle nostre difese.....Ascolta però digli di cancellare anche tutto il cestino perché, poi, se loro le cancellano da lì vanno nel cestino, capito?.....da tutti e due i computer. Vai a dirglielo subito, va che è la cosa più importante...poi ci sentiamo dopo".*

In considerazione di queste telefonate, era stato disposto il sequestro del computer del reparto di chirurgia toracica e la perquisizione del giugno '08 presso la casa dell'imputata. Quanto poi alla richiesta di ritirare le TAC dei pazienti di cui allo SMS citato, il colonnello Maragoni riferiva che, al

momento del sequestro, avevano ritrovato in casa dell'imputata, occultati nell'armadio della camera da letto, sette plichi contenenti delle tomografie computerizzate relative a dei referti di pazienti del Santa Rita (ud.8.5.13 p68), le cui cartelle cliniche erano state esaminate dalla Commissione ASL.

Dopo avere riportato le spiegazioni di Brega in ordine alle richiamate conversazioni e avere evocato gli elementi costitutivi del reato di favoreggiamento, il primo giudice sosteneva sussistere la condotta incriminata, dal momento che i dati attinenti la chirurgia toracica risultavano essere stati cancellati dalla memoria principale del computer ed inviati nel cestino, ma erano stati recuperati dai tecnici incaricati nel corso delle indagini.

Parimenti, non era stato possibile ritrovare nell'immediato le TAC di alcuni pazienti rispetto ai quali pure era stata elevata l'imputazione per truffa a carico degli imputati per aver compiuto degli inutili interventi chirurgici, inutilità che aveva potuto essere definitivamente apprezzata anche all'esito dell'esame di queste immagini radiologiche.

Per quanto riguardava poi l'elemento soggettivo del reato si doveva notare solo che le due richieste citate ed i conseguenti comportamenti della sig.ra La Corte erano avvenuti dopo che la Guardia di Finanza aveva provveduto ai primi sequestri in Santa Rita e quindi l'imputata, presente per il suo lavoro presso la casa di cura e costantemente informata sui suoi crescenti timori di indagini più estese da parte di Brega, era consapevole del fatto che vi fosse un procedimento penale in corso e che la sua azione potesse essere potenzialmente idonea ad ostacolare approfondite indagini.

Sussisteva anche l'imputazione per il reato di appropriazione indebita che era fondato su una intercettazione della telefonata del 20.10.07 (progr.475) in cui Brega chiedeva alla La Corte di sottrarre ("ciula") delle garze, delle siringhe, dei ferri sterili e degli antidolorifici.

Brega: *"Senti, se riesci stanotte ciula un po' di garze, di quelle cose l', che mi servono. Magari dei tipo delle fialette per fare l'anestesia locale. Capito?...Qualche ferro sterile..."*

La Corte: *per Pavia ti servono? No, ferri sterili...*

Brega: *delle siringhe*

La Corte: *perche' non ne abbiamo.....*

Brega *.....qualche siringa, giusto così per le visite.....E se riesci anche un po' di Toradol.*

La Corte: Vediamo che posso prendere.

Analizzando le spiegazioni di Brega e non ritenendole convincenti, il primo giudice sosteneva che il reato di appropriazione indebita era pertanto provato sia per il suo aspetto oggettivo, sia per il suo aspetto soggettivo e si trattava di un reato perseguibile d'ufficio perché ricorreva l'aggravante di cui all'art. 61 n 11 cp, dal momento che era stato compiuto approfittando del rapporto di lavoro che legava la sig.ra La Corte alla clinica Santa Rita, nel quale era concorso anche Brega.

Chiudevano la sentenza il capitolo sul trattamento sanzionatorio e quello riguardante i responsabili civili ed i risarcimenti dovuti alle parti civili, con una introduzione sulla legittimazione attiva e passiva di alcune di esse. Su richiesta delle parti civili Emiliana Belloni, Emanuele Trombetta e Maddalena Trombetta, ai sensi dell'art. 543 cpp, era ordinata la pubblicazione della sentenza a spese degli imputati Brega, Presicci e Pansera, in solido con il responsabile civile, così come ordinato in dispositivo.

2. Gli appelli degli imputati e dei responsabili civili.

Avverso la sentenza hanno interposto appello gli imputati Brega Massone, Presicci, Pansera, Bona, Lolli, Di Terlizzi, Scarponi, La Corte, ed infine i responsabili civili Eukos Spa ed Istituto Clinico Città Studi Spa (di seguito ICCS), nuova denominazione della società che gestiva e gestisce la clinica già denominata Santa Rita.

Con l' appello proposto nell' interesse di Brega Massone, i difensori rimarcano come, nella sentenza impugnata, la (presunta) assenza di finalità terapeutica abbia astrattamente integrato l' elemento soggettivo del dolo e tuttavia osservano come non solo detta carenza sarebbe dovuta essere controllata caso per caso, ma che in realtà non s'era conseguita la prova che l' intervento, qualsiasi intervento di volta in volta considerato, fosse stato estraneo ad ogni possibile scelta terapeutica, sola circostanza che avrebbe consentito di escludere che l' atto fosse un atto medico, quindi idoneo ad integrare il delitto di lesioni volontarie.

Perciò, indipendentemente dalle motivazioni concrete e finanche dal perseguimento del lucro o dell' accrescimento dei propri titoli da parte dell' imputato, sarebbe occorso negare che le scelte di quest' ultimo non

fossero plausibili rispetto alle esigenze del paziente e fossero sempre state arbitrarie.

Non senza osservare che la limitazione della responsabilità, nella specie ai soli chirurghi, aveva finito per diminuire le *chance* difensive di Brega Massone (vedi nello specifico il caso Dalto) per caricarlo di responsabilità che sarebbero state invece da attribuire agli specialisti clinici, la difesa sostiene che, in buona sostanza, la linea guida, la sola a dispetto delle premesse considerata in sentenza e ritenuta costantemente non osservata, era stata individuata nel dovere di procedere secondo il principio di gradualità, dalla minore alla maggiore invasività negli approcci diagnostici e terapeutici.

Ma il giudice di primo grado, per la difesa, non aveva considerato che anche le tecniche meno invasive sono a loro volta spesso invasive e dolorose e non aveva tenuto conto del problema concernente i falsi negativi né la rilevanza attribuita anche dalla letteratura specialistica al ricorso alla VATS in termini di efficacia specifica, finendo per disattendere quella più accreditata a beneficio dell' acritico adeguamento alla parola dei consulenti, talvolta autoreferenziali nelle loro affermazioni e sempre dotati dalla Corte di una patente, ingiustificata, di "autorevolezza".

Da tale premessa la difesa fa discendere la denuncia di un errato, integrale, supino recepimento dell' impostazione accusatoria da parte della Corte di primo grado, con contestale svilimento del contributo dei consulenti della difesa, avendo quel giudice interpretato ogni contrasto fra consulenti di opposta parte processuale come debolezza dell' assunto difensivo (vedi ad es. casi Righetto, Vedovi, Vailati Canta).

Altra critica è dalla difesa indirizzata alla Corte per non aver voluto, ancorata ad un presunto astratto dovere del terapeuta, accettare la realtà dei rapporti di fatto che si sviluppano nella prassi ospedaliera, come nel caso dei momenti di diversa valutazione tra colleghi, da registrarsi obbligatoriamente in cartella clinica o della routinaria redazione dei moduli di consenso, spesso non accompagnati da spiegazioni significative al paziente.

Ritiene la difesa che si tratti di condotte che di per sé non provano certo che il consenso fosse mancato o fosse stato "carpito".

Come indicativo del modo di procedere della Procura della Repubblica di Milano e dei suoi consulenti, la difesa di Brega porta ad esempio il caso

della paziente Saltos, nel quale le censure degli esperti dell' accusa erano state fondate sulla base di una sola cartella su quattro e senza prendere visione del referto TAC.

Di seguito, la difesa di Brega Massone richiama una serie di casi, idonei a suo giudizio a dimostrare come la Corte, rivelatasi peraltro diffidente rispetto alla letteratura scientifica e alla stessa natura scientifica della *ars medica* acquiescendo alla tesi dell' accusa, abbia bypassato risultanze scientifiche rilevanti e persino la stessa complessità tecnica del processo.

Tanto premesso, la difesa di Brega impugna anzitutto l' ordinanza del 3 giugno 2013 sulle dedotte inammissibilità ed inutilizzabilità delle principali consulenze del PM, ritenute dalla stessa difesa inattendibili soggettivamente ed oggettivamente.

Sostiene al riguardo la difesa che l' incarico originariamente conferito al dott. Squicciarini concernesse esclusivamente la valutazione della corretta codifica delle prestazioni sanitarie erogate, vale a dire la congruenza dei DRG rispetto alle richieste di rimborso, ma il consulente poi si era discostato dall' incarico ricevuto, esorbitando così dai limiti impostigli, per arrivare ad esprimere giudizi sulla presunta scorrettezza ed invasività delle singole indicazioni chirurgiche contestate.

L' eccezione era stata erroneamente respinta dalla Corte. Eppure, rileva la difesa, anzitutto nella nomina del consulente il PM non aveva seguito la disciplina dettata per i periti dagli artt. 120 e 121 cod.proc.pen., tanto più che, a parte la carenza di iscrizione all' Albo, quel consulente non poteva considerarsi esperto in materia di chirurgia toracica.

Ripercorrendo la carriera professionale del consulente Squicciarini, la difesa ne sottolinea le carenti conoscenze nello specifico settore medico oggetto del presente processo, la cui padronanza ritiene requisito tassativamente necessario, a mente degli artt. 220 e 359 cod.proc.pen., per arrivare ad emettere giudizi al riguardo.

Ciò che è stato eccepito per Squicciarini, la difesa lo eccepisce anche con riferimento al consulente Sartori, per sua stessa ammissione non amante della tecnica VATS, ma estimatore della ben più invasiva chirurgia a cielo aperto.

In base al suo pregiudizio circa la tecnica usualmente adottata da Brega Massone, il consulente aveva orientato le sue conclusioni e influenzato la decisione della Corte d' Assise.

Peraltro, i consulenti nominati successivamente rispetto a Squicciarini avevano dovuto prendere atto delle affermazioni del loro predecessore, senza poter procedere ad una autonoma valutazione, mentre era senz'altro fuorviante l'affermazione contenuta in sentenza circa la superfluità dell'esame diretto delle immagini (la difesa si riferisce al mancato utilizzo da parte dei consulenti di tutto il materiale iconografico), quando, alla prova dei fatti, svariati consulenti avevano affermato che era necessario proprio vedere quelle immagini (la difesa cita il caso del mutato parere della consulente Marengi con riferimento al caso Schiavo).

La difesa avanza così richiesta di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale ex art. 603 cod.proc.pen., contestando il rigetto da parte del primo giudice della richiesta di perizia sulla base di affermazioni errate; ciò perché il punto non era, e non è, l'aver più o meno sufficientemente esplorato i temi oggetto della discussione, ma la necessità di dare soluzione a contrasti su questioni determinanti ai fini della decisione.

La stessa Corte aveva ammesso di non essere in grado di comprendere alcune deduzioni mediche introdotte dall'imputato nel corso del suo esame, e dunque la perizia sarebbe stata necessaria, tanto più che non corrispondeva al vero affermare che non fossero stati dalla difesa indicati gli specifici motivi di contrasto.

La stessa Corte diverse volte nella motivazione della decisione era incorsa in errori rilevanti dal punto di vista della pratica medica.

La richiesta di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale viene dalla difesa estesa anche al fine di ottenere l'acquisizione della relazione CTU senologica nel giudizio civile con Zito Simona, a firma Marassi e Grandi al fine così di ovviare al rigetto della richiesta del necessario esame dei due specialisti (si tratta, come si è detto, di una relazione effettuata nell'ambito del contenzioso in sede civile; prova sopravvenuta, resa da esperti finalmente nominati dal giudice).

Costoro per la difesa erano pervenuti a conclusioni diametralmente opposte a quelle dei consulenti del PM sugli interventi chirurgici eseguiti sulla paziente.

Anche nel caso De Pol, unico altro attore in sede civile, la CTU disposta dal giudice civile era pervenuta a conclusioni del tutto opposte a quelle cui erano giunti, nel processo penale, i consulenti del PM e anche di questa consulenza veniva chiesta l'acquisizione agli atti del processo.

Entrambe le consulenze avevano infatti convalidato le indicazioni chirurgiche dell'imputato.

Detto ciò, la difesa, passa ad esaminare il silenzio della Corte su argomenti centrali esposti dalla difesa,

Il primo, rilevante ai fini dell'affermazione della sussistenza del dolo, riguarda la continuità nell'approccio chirurgico tenuto dall'imputato dall'apprendistato all'Istituto dei Tumori fino all'approdo al primariato in Santa Rita.

Al riguardo, la difesa ha citato alcune affermazioni del consulente Sartori a proposito del fatto che il terapeuta applica di norma le metodiche che conosce e non quelle che non conosce o di cui non ha abitudine a servirsi, con il che, al più, a Brega Massone potrebbero ascriversi solo delitti colposi, nel caso fosse dimostrata una inadeguatezza nell'agire.

E certamente il divario tra colpa e dolo, per fatti avvenuti nel 2005 o 2006, non poteva essere dalla Corte colmato facendo riferimento ad intercettazioni disposte fra il 2007 ed il 2008, né a tal fine poteva essere sottolineata la presunta insistenza con i familiari dei pazienti per ottenerne il consenso all'intervento.

Di certo, l'affermazione del dolo non poteva basarsi sul numero (in ogni caso non attestante serialità nella condotta) dei casi addebitati all'imputato, perché anche un uso sovradimensionato della tecnica VATS, pur in circostanze in cui potevano bastare tecniche alternative e non chirurgiche, poteva essere condotta qualificabile come colposa e non necessariamente dolosa.

Sottolinea dunque la difesa la continuità della condotta di Brega Massone nell'operato all'Istituto dei Tumori e poi presso la clinica Santa Rita, nel primo caso anche in équipe con colleghi più esperti nel suo apprendistato come chirurgo toracico, circostanza questa evidenziata con una memoria difensiva del 9 aprile 2014, per la quale non si trova alcun riferimento nella sentenza impugnata.

Ed invero la dicotomia rappresentata nella decisione impugnata fra "*mondo della Santa Rita*", dove si operava in maniera manifestamente illecita, e "*resto del mondo*", caratterizzato dal rispetto rigoroso degli step e del principio di gradualità, si scontra con l'esame della casistica dell'imputato nella sua attività negli anni 2000/2002 presso l'Istituto dei Tumori.

Esaminando la documentazione dell'attività colà svolta, per la difesa si può pervenire al convincimento sia che non esistono esami dall'esito certo, sia ad affermare che la chirurgia diagnostica era, ed è tuttora, parte integrante della routine di quell'istituto di eccellenza nonché oggetto di migliaia di pubblicazioni scientifiche.

Si erano dati casi non solo in cui la chirurgia era stata applicata per risolvere dubbi diagnostici, ma anche casi in cui i cosiddetti accertamenti meno invasivi non erano stati in grado di risolvere i dubbi iniziali.

In questo contesto era avvenuta la formazione dell'imputato, con una continuità di interventi (non certo sistematicità) osservata anche dai colleghi di istituto.

In realtà, non era stato oggetto di alcun approfondimento l'attività di Brega Massone all'inizio della sua carriera di chirurgo ed era stato eluso nella sua portata generale il tema delle resezioni, uno dei temi cardine del processo, affrontato solo sporadicamente e solo *contra reum*.

La difesa è intervenuta sul tema delle resezioni polmonari atipiche, capaci di generare il massimo beneficio secondo il codice DRG al pari delle resezioni tipiche, con sacrificio di parti più estese. Dopo avere spiegato cosa debba intendersi per resezioni atipiche, che sono quelle che sostanzialmente da sole riguardano il processo, la difesa osserva che, comunque le si voglia chiamare (wedge resection, precise resection), ad esse era apposto il codice ICD-9-CM il 3229 che, combinato con i codici della diagnosi, faceva scattare il DRG più ricco vale a dire lo 075 o lo 076 ed allora non era comprensibile perché Brega avesse conseguito il suo profitto in alcuni casi falsificando le cartelle, mentre in altri fosse stato necessario procedere a resezioni ingiustificate per conseguire poi lo stesso risultato (essendo sufficiente solo affermare di averle fatte, senza avervi invece proceduto).

L'accusa aveva fornito la sua spiegazione sostenendo che, essendo iniziate le indagini dei NOC con i primi arresti per le SDO falsificate, non sarebbe stato prudente affermare nelle cartelle qualcosa che poi si sarebbe potuto verificare non essere avvenuto, ma un mutamento di condotta di Brega, se collocato nel 2005, non avrebbe avuto alcun riscontro concreto, sia perché il reparto di chirurgia toracica in Santa Rita era nato proprio in quell'anno e dunque non esisteva un periodo precedente, sia perché i primi arresti per le SDO falsificate risalivano al 2007.

Peraltro, le cartelle antecedenti al 2007 non erano affatto perfette come avevano rilevato i NOC e come sarebbero dovute essere una volta che si fosse deciso di procedere agli interventi chirurgici effettivamente in modo da non lasciar prova delle asserite truffe, tanto più che, all'epoca e prima della svolta del 2007, i controlli erano svolti mediante campionamento casuale in misura minima, cosicché truffe mediante la sola alterazione dei DRG sarebbe stata largamente possibile e con altissime probabilità di rimanere impunita.

Quindi Brega Massone era pienamente convinto dell' utilità diagnostica delle resezioni poiché, se il movente fosse stato solo economico, egli non avrebbe avuto necessità di ricorrervi.

La difesa, infatti, dopo avere illustrato il tema relativo alle precise resection e wedge resection e all' incomprendibilità del perché il chirurgo avrebbe in alcuni casi utilizzato il termine "*precise*" ed in altri *wedge* (se non avesse considerato i due termini corrispondenti ad esigenze diagnostiche diverse), si chiede come mai fosse necessario procedere a resezioni effettuate in maniera così differente, se la ragione fosse stata solo quella di traghettare l' intervento verso il DRG più remunerativo, parametro 075.

L' appello prosegue passando in rassegna i vari interventi effettuati dal proprio assistito (pagg. 102 e ss. dell' appello), soprattutto al fine di sottolineare come sarebbe stato incongruo avere riportato dati non corretti nelle SDO e, contemporaneamente, avere inflitto ai pazienti le "cruentazioni" di cui parla l' accusa.

Peraltro, in moltissimi casi i NOC avevano ricondotto il dichiarato all' effettuato, il che faceva evidentemente cadere la sostenuta motivazione economica della lesività della condotta.

Ogni controversia apparentemente ricostruibile in base alle captazioni citate in atti sembrava, infatti, riguardare la codifica dell' intervento e non la congruità di quest' ultimo.

Ribadito ancora che in questo caso sarebbe stato molto più semplice affermare di avere fatto delle resezioni anziché praticarle effettivamente sui pazienti, la difesa di Brega esamina la motivazione della sentenza impugnata circa la reale esistenza di una indicazione terapeutica, facendo riferimento ad alcuni gruppi di finalità già evidenziate nella memoria difensiva sulle resezioni.

- 1) la finalità curativa nei casi Schiavo e Dalto, in cui la stessa decisione di procedere all' intervento era contestata in assoluto;
- 2) la finalità bioptica/diagnostica, ritenuta talora abusiva per raggiunta notorietà della patologia (traumi toracici) o della neoplasia, già conosciuta e stadiata, o relativa ad asportazioni riguardanti zone dove lo sviluppo della malattia non era stato segnalato;
- 3) la rimozione delle bolle enfisematose (Gobbi, Dattrino);
- 4) i traumi toracici (Carli, Carenzi, Scupelliti e Markart);

Stigmatizza la difesa che la Corte sembrava avere negato in assoluto la funzione diagnostica di qualsiasi resezione, poiché per i giudici la precise resection avrebbe solo finalità curative, mentre negli altri casi sarebbero state sufficienti delle mere biopsie.

Tuttavia, almeno un consulente (Calati) aveva giustificato la resezione nel caso in cui il chirurgo, operante in VATS, avesse notato qualcosa di anormale; dunque in questo caso non solo era consigliabile, ma anche doveroso, che il sanitario procedesse a piccoli prelievi periferici a livello polmonare, con conseguenti ottimi risultati dal punto di vista diagnostico.

Dopo avere esaminato la legittimità degli interventi nei casi sopra indicati ai nr 3) e 4), la difesa tiene a sottolineare come le resezioni polmonari atipiche non avevano avuto alcuna ripercussione negativa sulla funzione respiratoria (e tantomeno l' aveva avuto l' asporto di tessuto fibrotico, che non è di per sé più in grado di svolgere la sua funzione).

L' affermazione di inutilità o negatività degli interventi era stata fatta dal consulente Sartori senza far distinzioni di sorta; eppure, come l' accusa, anche la sentenza l' aveva collegata alle condizioni soggettive del paziente, forse traendo spunto dalle dichiarazioni della consulente Marengli a proposito dell' intervento Scocchetti.

In quel caso però quella consulente aveva attribuito un effetto negativo a tutto l' intervento e non alla sola resezione, mentre il consulente Olivieri aveva collegato una conseguenza pratica per il paziente, ovvero per la sua respirazione, solo ad interventi di resezione tipica, cioè lobectomie, e non anche alle resezioni atipiche riguardanti l' asportazione di minuscoli pezzi di polmone.

Anche questa difesa, come del resto le altre interessate al medesimo problema, passa poi ad esaminare con particolare attenzione i quattro casi da cui è scaturita l' accusa di omicidio volontario (capi 46/49).

Poiché si è trattato di attribuire a Brega un elemento soggettivo caratterizzato dalla presenza del dolo eventuale, questa difesa, come altre poi, si occupa della più recente giurisprudenza discendente dalla motivazione della nota sentenza della Cassazione nel caso Thyssen.

Nel ricostruire la complessa realtà evolutiva del dolo eventuale, la difesa nega che sia sufficiente prospettare l'accettazione di un rischio, ma ritiene che sia invece necessario provare l'accettazione di un definito evento, e dunque sostiene che si debba dimostrare l'assenso psicologico alla morte del paziente da parte del sanitario.

Questa situazione soggettiva per la difesa non può essere però desunta dalla mera difficoltà dell'intervento e/o dalle condizioni del paziente e perciò argomenti come fretta, artifici e raggiri sarebbero del tutto incongrui a giustificare la sussistenza di siffatto elemento soggettivo.

Occorre per contro dimostrare che la motivazione del tornaconto personale da parte del chirurgo fosse così forte da far prevalere questo suo specifico obbiettivo in ragione di una scelta razionale e quindi dimostrare l'adesione ponderata e consapevole al verificarsi della morte dei pazienti. Ma l'istruttoria dibattimentale non aveva consentito la raccolta di una siffatta prova.

Innanzitutto, infatti, bisogna considerare la circostanza che il chirurgo opera in base alla valutazione fatta in precedenza dall'anestesista, il principale responsabile della valutazione del rischio, vale a dire della sopportabilità dell'intervento da parte del paziente.

E' l'anestesista, infatti, che rassicura il chirurgo, provvedendo a tutta una serie di adempimenti cautelari.

Nel caso Dalto, il via libera dato dall'anestesista aveva avuto una influenza decisiva nell'indurre il chirurgo a proseguire l'intervento di asportazione del tumore e così era accaduto anche per il caso Vailati.

Ma la difesa evidenzia evidenziato che, se si fa coincidere il dolo di omicidio con la presenza di un rischio di morte ritenuto (erroneamente) molto elevato quando questo invece si attesta all'8% al massimo, agli anestesisti non si sarebbe dovuto contestare solo la colpa cosciente.

E dunque per la difesa, come detto, non basta rappresentarsi l'evento, ma occorre anche la sua accettazione. Proprio i due casi rubricati come omicidi volontari erano, semmai e a tutto voler concedere, da classificarsi come casi di colpa cosciente.

Ciò anche nel caso di Schiavo, nel quale lo stesso consulente Sartori aveva sottolineato la difficoltà dell' intervento, ritenendo abbastanza poco probabile che il decesso potesse essersi verificato a causa della lobectomia. Così pure nel caso della Scocchetti, che era in condizioni generali tali da ben sopportare l' intervento praticato.

Per la difesa, la sentenza sul punto era rimasta muta e neppure aveva cercato di indicare quali vantaggi potessero derivare al chirurgo dalla morte dei suoi pazienti.

Ed in effetti, se Brega fosse stato attratto dal guadagno facile, avrebbe avuto tutto l' interesse a far correre meno rischi possibili ai suoi pazienti, posto che la morte di uno di essi non è mai un evento indifferente, senza contare i possibili rischi giudiziari derivanti dalle eventuali denunce dei parenti delle vittime, rischi di certo da non affrontare per intascare 1.000 euro lordi.

A ciò si aggiungano, sostiene la difesa, il conseguente danno di immagine, la possibile reazione negativa dell' amministrazione della struttura, della ASL, della Regione (ed infatti era stato proprio l' elevato numero di decessi a mettere in moto l' indagine amministrativa degli Enti).

Il caso Vailati, il più grave, era avvenuto solo un mese dopo il caso Schiavo. Era plausibile, si chiede la difesa, esporsi ad un rischio di questo genere? Non è invece ragionevolmente possibile ritenere che, operando la Vailati, Brega non avesse ritenuto quell' intervento rischioso?

Seguono, nell' appello, i richiami alla formula di Frank e le critiche alla Corte per averne voluto evitare gli insegnamenti senza mai nominarla, per giungere nella sostanza ad una illegittima equiparazione fra dolo e colpa.

Dopo avere ancora richiamato i fraintendimenti della Corte fra le nozioni di rischio e di classificazione ASA, la difesa ricorda il parere del consulente Gattinoni, il quale aveva escluso che questa fosse una classificazione che incide sulla sopravvivenza del paziente dopo l' intervento.

In realtà, quale che fosse la classificazione ASA del paziente da sottoporre all' intervento ad indicazione dell' aumento in percentuale dell' indice di mortalità, si trattava soltanto di meri indici statistici che nulla potevano dire di specifico nel caso concreto.

Dopo le richiamate premesse di carattere generale, la difesa di Brega esamina più dettagliatamente il primo dei casi di omicidio, vale a dire il caso di Schiavo, nel quale la Corte aveva evidenziato la responsabilità del

sanitario per non aver fatto ricorso ad esami meno invasivi, che avrebbero dovuto tassativamente precedere la biopsia chirurgica.

La difesa eccepisce che la situazione concreta (pag. 151) evidenziava che gli esami effettuati, inseriti all' interno di un logaritmo appropriato, mostravano una percentuale del 92,6% che il paziente fosse affetto da patologia tumorale maligna e che le linee guida di intervento chiariscono come, con tale percentuale, la diagnosi chirurgica sia la preferibile, anche in pazienti con funzionalità cardiaca e respiratoria limitate.

La TAC aveva dato conferma della formazione neoplastica, quantomeno sospetta, ragion per cui l' intervento era stato eseguito con finalità sia diagnostica che terapeutica.

Perciò non si poteva accedere alla tesi secondo cui sarebbe stato meglio procedere ad agobiopsia, pratica che non avrebbe avuto lo stesso grado di accuratezza diagnostica, anche perché nello specifico la Corte aveva omesso qualsiasi accenno al rischio di diffusione di un' eventuale patologia tumorale anche ai linfonodi (presenti in TAC).

Rispetto a questi ultimi non sarebbe stata sufficiente la PET, esame richiamato dalla Corte ma mai nominato o indicato dai consulenti.

La difesa rivolge poi la sua attenzione alle affermazioni del consulente Pisano, il quale in linea teorica aveva escluso la proponibilità di un intervento su un 85enne con un cancro al polmone in stato patologico già avanzato e preclusivo di ogni ipotesi di terapia chirurgica, se non per finalità curative. Tuttavia, quel consulente aveva sostenuto che nel caso concreto si poteva convenire sul fatto che l' intervento potesse condurre a guarire il paziente, stante il fatto che la TAC non aveva rivelato dati certi a proposito della compromissione iniziale dei linfonodi, e quindi vi era una indicazione chirurgica all' intervento che riguardava un tumore fino al terzo stadio con linfonodi positivi a livello dell' emitorace omolaterale rispetto al tumore (pag. 162).

Dopo avere contestato come la redazione della cartella da parte di Brega non fosse stata corretta, nell' esaminare le linee guida, cui la Corte aveva dichiarato di volersi rifare, la difesa rileva che in realtà molti chirurghi toracici considerano la tecnica della agobiopsia come superflua e costosa, con potenzialità di mortalità e basso impatto su un trattamento definitivo.

E ciò era dimostrato dal fatto che, mentre l'uso di PET e FNA (fine needle aspiration, ago aspirato) sono diminuite o addirittura crollate come nel caso di FNA, l'exeresi chirurgica in VATS è aumentata.

Quanto ad altre possibili alternative chirurgiche come chemioterapia e radioterapia, la consulente Marengi non era stata in grado di dare una risposta non essendo una specialista, mentre il consulente della difesa, Martelli, le aveva ritenute controindicate in una persona di quell'età.

Ma il paziente Schiavo era comunque in discrete condizioni generali, valutabile in ASA III; se c'era un rischio, dunque questo era un rischio dominabile, tanto che poi il consulente Ronchi aveva chiarito che il paziente era venuto a morte per una causa completamente diversa, vale a dire un incidente intraoperatorio.

Quindi, proprio sulla base di quanto detto dal consulente, non si era trattato di una conseguenza altamente probabile ricollegabile al tipo di intervento chirurgico praticato.

Per quanto invece attiene al caso Vailati Canta, la difesa di Brega osserva che la Corte aveva giudicato l'intervento ad alto rischio ed aveva evidenziato il mancato ricorso a rimedi meno invasivi, atti, secondo la sua tesi, ad orientare le successive scelte terapeutiche.

La difesa però contesta anzitutto il citato giudizio sulle condizioni generali della paziente, che non era affatto cachettica, cioè fortemente debilitata come aveva affermato la Corte, ma semplicemente magra, idonea a svolgere una vita moderatamente attiva.

Il problema della Vailati era esclusivamente di tipo respiratorio ed era associato alla presenza di versamenti, che andavano evacuati con la VATS. La donna non era cardiopatica in quanto, come aveva rilevato la stessa consulente della difesa, il suo compenso circolatorio era buono e, quanto alla sua funzionalità renale, i valori di creatinina e azotemia erano vicini alla normalità al momento dell'intervento ed erano peggiorati solo dopo di esso. L'inutilità di un intervento, e soprattutto l'intenzione di operare ancor prima di avere i risultati degli esami, erano state circostanze di rilievo per la Corte, unitamente al fatto che Presicci avesse indicato la VATS per indagine diagnostica ancor prima che la TAC avesse rilevato la presenza di colliquazione (degenerazione in liquido di parti solide) e aree necrotiche.

Traendo il proprio punto di partenza proprio dall'indicazione di Presicci, la difesa sostiene che vi era stato un condivisibile cambio di strategia

chirurgica, visto che inizialmente quel sanitario aveva proposto il ricovero a fini di biopsia chirurgica per scopi diagnostici di una tumefazione della massa sovraclaveare. Solo successivamente, dopo una diversa valutazione in ragione della rx che aveva evidenziato esiti pleuritici bilaterali ed avere notato un versamento non rilevato dal radiologo, Presicci aveva ordinato una TC collo-torace-addome, che aveva svelato l'esistenza di adenomegalie di carattere patologico.

Ciò aveva determinato la scelta di una VATS con talcaggio per via del consistente versamento pleurico a destra.

La letteratura internazionale evidenzia infatti a questo punto l'insufficienza di un drenaggio endopleurico senza istillazione di sclerosanti, per via di recidiva ed emopneumotorace iatrogenici.

La difesa richiama sul punto la consulenza di Sartori, il quale aveva ritenuto che, nella specie, si sarebbe dovuto procedere con una biopsia o più biopsie che, se negative, sarebbero dovute essere ripetute fino all'ottenimento di una positiva, perché questa avrebbe avuto più possibilità di ritrovare cellule neoplastiche che non una incisione chirurgica superficiale.

Dunque biopsia transparietale e non chirurgica, soprattutto se attuata con bisturi elettrico che determina marcate lesioni arte fattuali sulle cellule neoplastiche localizzate in linfonodi sovraclaveari.

Le conclusioni di Sartori evidenziavano però per la difesa solo un profilo, al più, di imperizia da parte del chirurgo e non anche lo svolgimento di un intervento consapevolmente abusivo.

L'ipotesi inoltre si doveva confrontare (pag. 192) con la presenza di un linfoma e con il fatto che sostenere la validità di una ago biopsia, anche quando la stessa biopsia escissionale non aveva portato ad una diagnosi certa, era cosa del tutto incomprensibile (vedi contrasto fra i consulenti Orsetti e Sartori).

La Corte, invece, aveva scelto una terza via, stigmatizzando la mancata verifica della patologia della paziente attraverso un'agobiopsia delle adenomegalie, ipotesi che non era stata discussa nel processo e quindi non era stata esaminata dai consulenti della difesa (laddove la Corte aveva contestato il riferimento alle adenomegalie solo in sede toracica e non della altre, quasi a giustificare la VATS).

Nel merito concreto dell'intervento, la difesa osserva che la donna era stata sottoposta solo a semplice biopsia del polmone, e lo stesso Sartori

aveva sostenuto come non si potesse parlare di resezione polmonare, che invece Squicciarini aveva ravvisato nel DRG.

In ogni caso, al di là di una ipotesi di truffa nella compilazione della SDO, andava rimarcato come questa resezione non avesse comportato alcuna incidenza sulla risposta respiratoria della Vailati, e non avesse avuto quindi causa sul decesso della paziente.

Perciò, richiamate le buone condizioni generali della paziente e l'assenza di dispnea a riposo, ribadita la sicura origine neoplastica del versamento e la sua sicura attitudine recidivante, considerato che il versamento che si riproduce è una patologia che incarcera il polmone, la VATS con talcaggio effettuata dall'imputato aveva sicuramente avuto un'accettabile finalità palliativa.

Passando al caso Scocchetti, capo 48 delle imputazioni, la difesa esamina le critiche della Corte ravvisate nel difetto di giustificazione delle molteplici asportazioni a fini diagnostici e nell'aver proceduto ad una tecnica così invasiva come un talcaggio bilaterale.

Richiamata preliminarmente l'utilità della VATS palliativa, nella quale rientra il trattamento di versamenti neoplastici in pazienti con metastasi da carcinoma mammario, la difesa condivide le affermazioni dei giudici sul fatto che si trattasse di una paziente in condizioni estremamente critiche seppure, in contraddizione con quanto avevano sostenuto i sanitari dell'ospedale di Casalpusterlengo, suscettibile di un trattamento oncologico attivo, peraltro posto in essere fino a 15 giorni prima del ricovero.

Del resto il consulente del PM, Sartori, aveva ammesso che il talcaggio poteva avere una sua logica in funzione dell'alleviamento dei sintomi.

Lo stesso Sartori aveva affermato che, ove si fosse deciso di fare il talcaggio, questo lo si poteva benissimo fare da tutte e due le parti. La letteratura indicata dalla difesa dimostrava che la pleurodesi era stata eseguita in cinque pazienti in situazioni simili, e tutti e cinque avevano ricevuto intalcamento bilaterale simultaneo.

L'alternativa della toracentesi con catetere, individuata dalla Corte, non era adeguata, perché non era paragonabile al talcaggio e, quanto alle presunte minori sofferenze del primo intervento, la difesa ricorda la plausibilità dell'intervento, valutata "ex ante".

In merito alla motivazione economica, la difesa ribadisce che la bilateralità non era in grado di cambiare il DRG, modificato invece dalla wedge resection.

E' stato a questo punto richiamato dalla difesa il caso di Bossi Maria Giovanna, a riprova anzitutto della asistemicità degli interventi, contrariamente a quanto sostenuto dalla Corte (doppio intervento per la Bossi per la maggiore preoccupazione dettata dal versamento pleurico dx, bilaterale per la Scocchetti).

Proprio a proposito dei prelievi, la difesa fa notare come, in questi casi, sia d'obbligo per il chirurgo fare dei prelievi multipli, anche se la malattia sia già stata diagnosticata, citando letteratura in proposito (p.275).

Infine, la difesa si è preoccupata di precisare come la causa di morte fosse da individuare in una insufficienza respiratoria derivante dal persistente versamento pleurico, alimentato dalla avanzata patologia neoplastica e non, come aveva sostenuto la Corte, dai postumi dell' intervento, perché la resezione (atipica) aveva riguardato un ventesimo di parte di polmoni normali, essendo dunque inidonea ad incidere sulla respirazione della paziente, come confermato anche da Sartori.

L' ultimo dei decessi per i quali si assume la responsabilità di Brega Massone riguarda il paziente Dalto e la difesa sottolinea anzitutto la singolarità della mancata evidenziazione in sentenza della negligenza dei sanitari del reparto di medicina interna circa la diagnosi della malattia cardiaca che, secondo i giudici di primo grado, avrebbe costituito controindicazione all' intervento.

Va considerato per la difesa che Dalto era giunto sul tavolo operatorio per un tumore denunciato da RX e TAC. Il tumore c'era effettivamente ed era stato interamente asportato; dunque era pacifico che l' intervento avesse avuto funzione curativa e perciò l' imputazione avrebbe avuto senso solo se fosse stato provato che Brega sapesse delle condizioni cardiache del paziente, prova che in atti non c'era.

Ripercorsa la storia della degenza di Dalto, la difesa ribadisce che i medici che si erano occupati di lui non avevano svolto nessun esame di approfondimento per segnalare un eventuale scompenso cardiaco.

Analizzando lungamente il tema della deficienza cardiaca del paziente, la difesa osserva come la Corte aveva dimenticato di tenere conto del fatto che, nel caso di specie, vi era stato un consulto congiunto ricordato perfino

dal figlio del Dalto, che aveva sostenuto che, prima della firma del consenso e dell' intervento, vi era stata la visita di due anestesisti.

In merito alla presenza dell' indicazione chirurgica, la difesa è tornata a ribadire l' accertata presenza di un carcinoma squamocellulare infiltrante la pleura parietale destra, rinviando alla presentazione di motivi aggiunti la questione del nesso causale tra intervento e decesso del paziente.

Anche la difesa di Brega, come poi le difese degli altri imputati interessati, procede ad un esame caso per caso dei vari casi di lesione (pag. 231 e ss), raggruppandoli per categorie: traumi al torace, distrofie bollose, casi vari.

Per i primi, la difesa rileva che vi è contestazione di omissione di *step*, vale a dire di approcci terapeutici meno invasivi, che avrebbero reso opportuni e legittimi gli interventi solo dopo il loro fallimento.

Si sottolinea in ogni caso che già la risoluzione del problema del versamento, possibile anche saltando gli *step*, denunciava la sussistenza di una finalità terapeutica e dimostrava l' approccio profondamente errato della Corte al problema.

Dopo avere riportato le parole della Corte a proposito della serialità dei comportamenti con le stesse metodiche in tutti i casi, e dunque della dimostrata volontà di procedere in ogni caso all' approccio terapeutico più lucrativo, la difesa ribatte quanto segue.

Quanto alla fretta nell' operare, erano citati alcuni casi in cui la degenza era durata una settimana (Carli, Carenzi, Markart, Scupelliti secondo ricovero); quanto all' uso indiscriminato di farmaci, dopo averne descritto le caratteristiche, i difensori di Brega evidenziano la differenziazione nei trattamenti, e, per i singoli casi, la necessità della relativa somministrazione.

La difesa poi passa ad esaminare i due casi di distrofie bollose (Dattrino e Gobbi), dando atto del contrasto su di un piano astratto delle tesi dei consulenti e del fatto che Sartori avesse ignorato e svalutato le pubblicazioni scientifiche di altro sanitario esperto in materia (prof. Mineo), ritenendo sostanzialmente inutile la classificazione delle bolle per grandezza come da costui proposta, per giungere così a negare in astratto la plausibilità dell' intervento di bullectomia, sostenuta in casi specifici dalla letteratura internazionale.

Era stata negata quindi la plausibilità dell' intervento, ritenuto ammissibile solo in caso di bolle giganti, e non in caso di pluralità di bolle (come nel caso

Dattrino), che sarebbero da rimuovere solo in caso di pneumotorace, secondo la sentenza.

La difesa contesta tale impostazione, sostenendo la plausibilità dell'intervento anche in caso di pluralità di bolle, nel loro insieme equiparabili ad una bolla gigante, irrilevante essendo la presenza o meno di pneumotorace.

Nel caso della Gobbi, la difesa contesta il giudizio di controindicazione all'intervento effettuato dalla Corte, ritenendolo opportuno nei casi di air trapping, e non condivide il giudizio di drammaticità del decorso postoperatorio, giudicato nella norma.

I due casi sono stati valutati anche sotto il profilo della sussistenza del movente economico, perché gli interventi avrebbero "raggiunto" il DRG 075, anche se qualificati come interventi di riduzione volumetrica polmonare, a nulla valendo eccepire che i NOC avrebbero potuto sindacare il relativo codice, il 3222 anziché il 3229 nella presumibile considerazione che si sarebbe trattato in tal caso di un intervento concesso alla bravura di soli pochi specialisti e fattibile solo in pochissime strutture.

La difesa poi provvede ad esaminare altri casi come Atalla, Vedovi, Vecchiotti, Ignazzi, Montagna, Muraroli, Righetto, Garlaschi, ancora Bossi e Saltos Arauz, di volta in volta sostenendo la valenza palliativa del talcaggio; l'utilità del prelievo a fini diagnostici (Atalla); la necessità di talcaggio per versamento bilaterale (Vedovi, il cui ricovero per exeresi per neoformazione polmonare, prescritta dal suo medico con TAC, aveva confermato l'indicazione chirurgica); la presenza di immagini di sospetta natura etero informativa, giustificativi dell'intervento (Vecchiotti); la sussistenza di una indicazione chirurgica ammessa anche dal CT Sartori (Ignazzi, Montagna); l'indicazione del medico curante per VATS con pieno consenso della figlia e la presenza di linfonodi mediastinici (per cui anche Sartori aveva giustificato il ricorso alla VATS rispetto ad altri approcci altrettanto invasivi) nel caso Muraroli; il versamento pleurico saccato (contenuto in capsula), caso considerato da Sartori come caso in cui la VATS è ammissibile per confermare un sospetto diagnostico e caso in cui la stessa paziente aveva detto di essere rifiorita dopo l'intervento (Righetto); la negazione delle ripetute pleurectomie per accesso al corpo del paziente tramite apertura precedentemente mantenuta, con difetto di nuova incisione del derma del paziente (caso Garlaschi).

Anche i casi di senologia vengono esaminati dalla difesa, con una premessa a valere per i casi Mantovani, Boschi, Velli, Paganini, Catalano, con riferimento alla casistica di riferimento dell' Istituto dei Tumori, che indica come routinaria l' indicazione chirurgica in caso di microcalcificazioni e noduli.

Nel caso Mantovani, la difesa fa osservare che non risultano visionate le lastre onde escludere l' esigenza di un intervento di minore invasività, rilevando peraltro che, contrariamente a quanto sostenuto in sentenza, l' asportazione di tessuto era stata modesta e giustificata soprattutto in caso di sospetto carcinoma intraduttale.

Per la Boschi, erano contestate l' esigenza di ricovero e l' esorbitante quantità di tessuto asportato, pur a fronte di microcalcificazioni di recente formazione e di dubbia interpretazione.

Se era stata ritenuta giustificata e congrua l' indicazione chirurgica, era stato ritenuto invece ingiustificato il tipo di intervento di resezione limitata in sede di microcalcificazioni. Non essendosi trattato di reale quadrantectomia, corretta era stata peraltro la radicalizzazione dell' intervento in ragione del rilievo delle microcalcificazioni sospette e posizionate sul bordo della resezione.

Per la paziente Paganini, la difesa rileva che non è stata contestata la decisione di intervento, ma sono state contestate le modalità, sebbene il consulente Greco avesse ritenuto logico nella sua esecuzione l' intervento citato.

Nel caso Velli non c'era stata mastectomia, come si poteva leggere in sentenza ma una quadrantectomia bilaterale, in realtà consistita nell' asportazione di un nodulo con radicalizzazione, ritenuta dal senologo Greco priva di senso per due fibroadenomi calcifici. La difesa sostiene anche che le due quadrantectomie non erano mai state eseguite.

Viene ribadita invece la sussistenza di indicazione chirurgica all' intervento per la Durè, che già aveva subito due agoaspirazioni non risolutive in presenza di una cisti in accrescimento e recidivante, con sommo dolore per la paziente-

La difesa esamina quindi il caso di Conti Cristina, per la quale l' approccio chirurgico era stata una delle tre linee possibili, ma la sua validità era stata negata ingiustificatamente dalla Corte.

Pur definito una quadrantectomia dal chirurgo, si era trattato di un intervento di nodulectomia, il che consentiva di escludere la semplice

resezione (si trattava comunque di due interventi che generavano lo stesso DRG).

Contrariamente a quanto si legge in sentenza, la difesa fa presente che il fibroadenoma si era ingrossato e, come aveva detto la stessa paziente, colui che aveva a suo tempo eseguito la mammografia aveva consigliato l'asportazione; la paziente aveva anche confermato l'ingrossamento. Quanto all'utilizzo della sedazione narcotica, la difesa rimarca che si era trattato di una scelta rimessa al chirurgo, anche in considerazione della personalità del paziente (ansiosità, irrequietezza etc.).

Stessa questione per il caso Gaibotti, dove si era proceduto ad una nodulectomia rispetto ad un intervento qualificato in maniera impropria come quadrantectomia (equivalente per il DRG). L'asportazione di un nodulo con radicalizzazione giustificava l'approccio chirurgico; lo stesso consulente del P.M., Squicciarini, ne aveva attestato la possibile corrispondenza ad una nodulectomia, a seguito dell'esame del campione inviato all'anatomopatologo.

Il riscontro del nevo a seguito di visita dermatologica, avvenuto dopo che Brega aveva nel 2005 rinviato la donna per controlli, aveva giustificato l'intervento. La paziente aveva espressamente richiesto - come da sua testimonianza - a Brega di asportare anche una neoformazione cutanea di grosse dimensioni situata sulla mammella sinistra. La libertà di decisione della paziente era stata sottolineata anche da Squicciarini.

Anche per Gesvi si era parlato di quadrantectomia, pur in presenza di plurinodulectomie; l'asportazione era stata concordata con la paziente, ma Brega aveva fin da subito chiarito la natura benigna di tali formazioni.

Nel caso Catalano, per la Corte vi era stata contestazione di omissione di step diagnostici, significativa della volontà di ricorrere alla procedura più invasiva ed onerosa per rimuovere formazioni benigne, ma viene evidenziata la diagnosi preoperatoria di dubbio per CA intracistico destro.

In questo caso, il consulente Poma aveva chiarito come non si debba svuotare completamente la cisti, perché se poi, una volta effettuata la biopsia, ci si trova di fronte ad una formazione maligna, lo svuotamento non ne permette il reperimento. Ciò per giustificare i due interventi; il primo riguardante l'asportazione di una cisti senza provocarne la rottura come invece sarebbe avvenuto con l'agoaspirazione; il secondo, giustificato dalla necessità di arrivare ad una diagnosi benigna che avrebbe tranquillizzato

paziente e parenti, sebbene Brega Massone fosse già convinto della natura benigna di una ulteriore lesione dubbia sempre a destra, che la paziente, solo perché preoccupata, aveva indicato come un tumore al collega Arcidiacono suo parente (nessuna audizione in dibattimento), senza che una simile indicazione fosse provenuta dall'imputato.

E proprio con il richiamo al profilo psicologico delle pazienti, per il loro stato d'ansia in particolare, la difesa chiude il discorso sugli interventi al seno con due casi che in qualche modo ha accomunato, i casi Zito e Belloni.

La patologia della Zito era infatti all'evidenza chiaramente benigna, ma l'anomalo iter dei controlli cui la paziente si era sottoposta portava a ritenere che l'intervento avesse trovato la sua giustificazione nelle sue stesse richieste. Anzi il chirurgo aveva rimandato la donna a controlli del semestre successivo dopo il 15 gennaio 2008, ma l'intervento era di soli pochi giorni successivo (28/1); in ogni caso i risultati della causa civile (segnatamente la CTU d'ufficio) avevano consentito di escludere che l'intervento avesse procurato danni o fosse stato scorrettamente eseguito.

Nel caso Belloni, la Corte aveva sostenuto che la donna era stata indotta a subire l'intervento perché Brega Massone le avrebbe prospettato la possibile evoluzione negativa di un nodulo di cui era pacifica la natura benigna.

In realtà, anche in questo caso la cadenza temporale dei fatti portava ragionevolmente ad escludere quanto sostenuto in sentenza; infatti era stata la stessa paziente che aveva chiesto la verifica dei marker tumorali.

Dal canto suo, Brega Massone aveva richiesto una RM per valutazione, effettuata dalla donna il 18 luglio, ma la stessa aveva poi voluto l'intervento di resezione del nodulo, anche in questo caso, equivalente il DRG per un intervento qualificato come quadrantectomia.

Detto ciò, la difesa va ad esaminare i casi in cui è stata contestata l'aggravante di avere cagionato, con le lesioni, pericolo per la vita dei pazienti.

Sono i casi Fornetti, De Vecchi, Colonna dove, alle considerazioni specifiche per ciascun caso, la difesa ha fatto seguire l'eccezione che quanto avvenuto non fosse strettamente connesso con il pericolo di vita, che deve essere attuale non virtuale e dunque non fondato su mere congetture, bensì su una seria e grave constatazione di perturbamento di grandi funzioni organiche.

Il rischio anestesilogico che precede l'intervento, non è, per la difesa, incisivo sulla sopravvivenza del paziente dopo l'intervento chirurgico e allora per Fornetti Savina, stando anche al consulente del PM, Squicciarini, non c'era stato alcun pericolo di vita, ma solo una evidenziazione del rischio dell'intervento, cosa che non ha nulla a che vedere con un pericolo concreto postoperatorio.

Discorso simile per la De Vecchi, che aveva corso pericolo di vita nei due giorni successivi all'intervento, pericolo tuttavia che sarebbe potuto essere collegato a fattori alternativi, mentre per il Colonna l'insufficienza respiratoria di cui era affetto il paziente nasceva da una condizione antecedente e non era in alcun rapporto con l'intervento subito.

Terminato l'esame dei casi di lesioni e di omicidio, la difesa rivolge la sua attenzione ai casi di truffa e falso, stigmatizzando il ricorso della Corte alla categoria del falso per "sottinteso".

Infatti, premesso che non vi era stata nessuna falsa rappresentazione della realtà, ma ad ogni DRG era corrisposta una prestazione effettivamente sostenuta, non erano ravvisabili nella specie gli artifici e raggiri integranti l'elemento materiale del delitto di truffa.

Se la Corte aveva voluto far riferimento alle indicazioni per l'intervento redatte dal chirurgo, allora si doveva ribattere che l'imputato, come altri, si era limitato ad esporre gli elementi di sospetto che lo avevano portato ad intervenire chirurgicamente.

Era irrilevante sostenere che gli interventi eseguiti fossero stati inopportuni per la salute del paziente perché privi dei requisiti abilitanti al rimborso del SSN, nel rispetto dei principi per cui esso è stato istituito.

I capi E) ed F) riguardavano la scorretta indicazione dell'intervento dichiarato rispetto al realizzato (es. nodulectomia anziché quadrantectomia); tuttavia per il capo F) non c'era motivazione in sentenza, mentre il capo E) era basato sui casi Visigalli, Polignino, Abbà. Losi, Barraco e Aiolfi, casi suddivisibili in due sottogruppi.

Per i primi tre, si era proceduto a quadrantectomia con exeresi di tumore benigno alla mammella, con successiva diagnosi citologica di fibroadenoma. Brega aveva spiegato di aver usato la terminologia che gli era stata insegnata all'Istituto dei Tumori, cosa credibile anche perché il "valore economico" dei DRG dei due interventi divergeva di pochi euro.

Per gli ultimi tre, trattandosi di interventi a valenza estetica, il DRG era stato azzerato. Tuttavia, nel caso Losi, si era trattato di un intervento sostenibile dal SSN, consistendo in una simmetrizzazione resasi necessaria a seguito di intervento per patologia maligna.

Per Aiolfi, la estroflessione del capezzolo (contestualmente all'asportazione di un nodulo e la quadrantectomia) c'era stata, anche se i CT dell'accusa l'avevano considerata inutile.

Stesse considerazioni per Barraco, operata con la tecnica della quadrantectomia per formazione nodulare, poi individuata all'esame istologico come papillomatosi. Anche in questo caso l'intervento c'era stato, pur se, se secondo i CT dell'accusa, l'intervento sarebbe potuto essere effettuato diversamente.

Ciò che qui interessa - sottolinea la difesa - è il fatto che non vi fosse stata intenzione di truffare con false attestazioni l'ente chiamato al rimborso.

In alcuni casi (capi G ed H), al chirurgo era stato fatto carico di aver falsamente attestato il trasferimento di reparto (da acuti a riabilitazione) prima e dopo l'intervento di alcuni pazienti.

Dopo avere inquadrato il problema con un richiamo alla normativa vigente e alle deposizioni di altri sanitari, la difesa fa presente che la riabilitazione ben può iniziare, per ragioni varie, immediatamente dopo la fase di acuzie e, se il problema riguardava il fatto che i pazienti non avessero cambiato di letto, ciò era dipeso dalla circostanza per cui, seppure in riabilitazione, era necessario che essi rimanessero nel reparto acuti per permetter loro di essere assistiti in relazione alla patologia sofferta, con tutti i necessari rimedi terapeutici (è stata sottolineata al riguardo l'esiguità della cifra percepita dall'équipe chirurgica giornalmente per ciascuna riabilitazione: 10,33 euro).

Salva la prescrizione, non era stato provato l'elemento soggettivo dei reati di falso e truffa, relativamente ai quali non era stato svolto alcun tentativo volto ad accertarli.

Chiude l'appello l'esame del trattamento sanzionatorio, nel quale la difesa rileva come nel corso delle indagini non sarebbero stati scandagliati tutti gli aspetti della vicenda, e quindi si era in presenza di una *res iudicanda* probatoriamente incompleta, cosa che non poteva andare a discapito dell'imputato che aveva chiesto il rito abbreviato condizionato e che quindi aveva qui il diritto al recupero della diminuzione.

In subordine, la difesa contesta la pena tout court, sostenendo che l'esclusione della circostanza aggravante di cui all' art. 61 n. 4 c.p. impedisce di considerare di particolare disvalore la condotta del chirurgo, perché inidonea a provocare sofferenze aggiuntive ai pazienti, e di respingere senza appello la richiesta di riconoscimento delle circostanze attenuanti generiche, negate sulla base di parametri non pertinenti o di fraintendimenti, dolendosi i difensori del fatto che neanche l'isolamento diurno era stato applicato nel suo massimo, senza neppure motivare al riguardo.

Fondare le proprie decisioni al riguardo sui presunti lauti guadagni di Brega, quando la stessa Corte aveva sostenuto in sentenza che non vi era alcun riscontro al movente economico; aver tenuto conto della condotta successiva al reato mostrando di deprecare il fatto che il chirurgo si fosse, come gli spetta, difeso, erano circostanze che enfatizzavano l'ingiustizia del rifiuto di riconoscere le circostanze attenuanti ex art. 62 bis cp, da applicarsi con criterio di prevalenza sulle circostanze aggravanti contestate.

Le conclusioni, a partire dalla richiesta di assoluzione di Brega dai reati ascrittigli perché il fatto non sussiste con l'elencazione delle subordinate susseguenti, sono in linea con quanto sopra evidenziato.

La difesa di Presicci eccepisce anzitutto la insussistenza del reato di truffa relativamente agli episodi di cui al capo A), rilevando preliminarmente la fallacia di una argomentazione basata sul cd "sistema Santa Rita", dato che meno del 10% delle 800 cartelle sequestrate aveva dato adito a sospetti.

Pertanto, richiamate le norme che puniscono la truffa, qualificano la sua gravità e presiedono all'esistenza del concorso di persone ed i vari elementi costitutivi, questa difesa contesta anche che il proprietario della clinica, già estremamente abbiente di suo, potesse aver voluto avallare scelte non terapeutiche o truffaldine dei suoi dipendenti o dei primari.

Anche i direttori sanitari avvicendatisi, Sampietro e Merlano, non potevano avere avuto alcun interesse in merito, poiché entrambi erano dipendenti a stipendio fisso, e la loro estraneità risultava palese, anche in base alle captazioni, ai controlli prima fatti fare alla collega Cucchio e poi personalmente attivati dai due medesimi direttori.

Invero, Brega Massone aveva un contratto particolare, remunerativo in percentuale delle SDO e sull'intera attività del suo reparto, ma Presicci e Pansera erano da lui retribuiti, il primo con una somma discrezionale, il secondo con una somma mensile fissa.

Nel determinare gli importi percepiti da Presicci al lordo, quindi comprensivi anche dell'attività in Pronto soccorso, la difesa evidenzia l'esiguità dei compensi, tale da rendere impensabile la sua collaborazione a delitti persino comportanti la pena dell'ergastolo.

A suffragio di ciò valevano le circostanze che il suo compenso era stato in linea con quello percepito per la sua breve collaborazione allo IEO e l'aver rifiutato il primariato *pro tempore* dopo l'allontanamento di Brega.

Era anche negato che Presicci non potesse reperire altra attività lavorativa, se non legato al carro dell'altro chirurgo.

Dunque nessun profitto o vantaggio patrimoniale per Presicci e soprattutto assenza di danno, non provato, a carico di Regione ed ASL, anche perché non vi era prova che le richieste di rimborso di Presicci fossero collegabili agli interventi chirurgici definiti incongrui, tanto più che questo imputato non era stato chiamato a rispondere di tutti i delitti di cui ai capi da 1) a 49).

Pur escludendo gli interventi in clinica San Carlo, non gli erano mai stati forniti gli indicatori giustificativi della somma indicata per il danno arrecato, pari ad euro 651.365,00.

Da ciò per la difesa, rilevato che gli interventi cui sembra collegata la somma, sarebbero in parte inappropriati in parte insussistenti, il tutto senza chiarimenti specifici, fa derivare la nullità del capo di imputazione per mancata enunciazione in forma chiara del fatto contestato, a mente dell'art. 429, 1° e 2° comma lett. c). c.p.p.

Peraltro, non risulta alla difesa comprensibile perché Presicci dovrebbe rispondere del danno derivante dalla sommatoria dei fatti di cui ai capi da 1) a 49), se egli era chiamato a rispondere solo dei capi da 1) a 34) e del capo 42).

Ai fini della sussistenza dei necessari artifici e raggiri per il delitto di truffa, la difesa anticipa un tema (poi trattato a proposito del delitto di lesioni), riguardante l'imprescindibile esigenza di distinguere gli interventi del tutto abusivi da quelli conseguenti a scelte incongrue.

La difesa torna poi sul difetto di elemento soggettivo nel delitto di truffa, evidentemente ritenuto propedeutico all'affermazione di responsabilità per

omicidio, approfondendo il cursus di Presicci in Santa Rita, per giungere alla conclusione dell' assoluto difetto di prova circa una sua volontà di concorrere nella consumazione di delitti con altri imputati.

A tal fine, la difesa esamina le poche intercettazioni riguardanti il suo assistito, dalle quali desume che egli non era il soggetto deputato alle codifiche e, unitamente alla scarsa conoscenza al riguardo, il derivante totale disinteresse economico all' applicazione delle codifiche corrette (in particolare, l' ignoranza relativa ai codici ICD-9-CM, che sommati tra loro conducevano al parametro 075).

Quanto invece al reato di falso di cui al capo B), non era stato provato né che Presicci fosse il materiale abituale redattore di tutte le SDO su cui erano apposti i codici non corrispondenti alla reale patologia e alla terapia somministrata, né che egli avesse agito consapevolmente in concorso con il loro redattore, tanto più che a tale compito deve attendere personale specificamente addestrato, e Presicci non era in possesso del bagaglio di conoscenze necessarie per effettuare correttamente le codifiche.

Le firme sulle SDO di Presicci erano giustificate da condizioni particolari (come per altri terapeuti), quali l' assenza del primario, ovvero il suo successivo allontanamento.

Quanto ai capi successivi da C) ad F), in tema di truffa e falso per interventi al seno, rispettivamente in San Carlo (C e D) e Santa Rita (E ed F), la difesa ha osservato che, pur in presenza di una contestazione unica di assenza di indicazione chirurgica per interventi incongrui e/o inappropriati, per gli interventi (Zito, Duré, Paganini) nella prima struttura, Presicci era stato solo secondo operatore, mentre Brega era stato anche allora chirurgo generale.

Presicci, quindi, era stato impegnato solo a tenere aperto il campo operatorio, mentre le indicazioni chirurgiche erano state già apposte dal primo operatore.

Per gli interventi in Santa Rita (Visigalli, Polignino, Losi, Abbà, Barraco, Aiolfi) non era comprensibile come si fosse potuto ritenere trattarsi di prestazioni non dovute e come fosse stato calcolato il profitto del reato, tanto più che i codici risultavano compilati da Brega e per alcune schede risultavano le incongruità indicate a pag. 43 dell' appello.

Dopo di che la difesa passa ad esaminare in dettaglio gli interventi al torace, partendo dal caso Elaswad, nel quale, dopo avere riportato le

dichiarazioni dei consulenti Squicciarini e Sartori, sottolinea come entrambi non si fossero avveduti del fatto che l' anatomopatologo avesse riconosciuto nei frammenti polmonari asportati le tracce di trauma toracico descritto da Presicci che, intervenendo, aveva impedito possibili aeree ed ematiche del parenchima polmonare.

Non si era tenuto conto del fatto che all' intervento fossero conseguite dimissioni in buone condizioni generali del paziente, a riprova della scelta chirurgica adottata.

Per il caso Bigi, dopo avere lungamente esaminato le dichiarazioni di Squicciarini e Sartori, la difesa osserva essere stata in atto una patologia con indicazione terapeutica esclusiva anche per ragioni anamnestiche ed anagrafiche del paziente e relativo decorso clinico.

La TAC eseguita per seconda aveva mostrato infatti un aumento del versamento e della progressiva, seppur non grave, anemizzazione dimostrata dal calo dell' emoglobina rispetto all' ingresso.

L' intervento aveva mostrato i segni di un trauma recente con la raccolta ematica che era stata aspirata e, anche per la presenza di reperti confermantici una lacerazione del parenchima polmonare, era stata realizzata una resezione a scopo emostatico ed aerostatico. Anche in questo caso il decorso clinico era stato regolare fino alle dimissioni.

Nel caso non era possibile ravvisare alcuna imprudenza o negligenza.

Nella vicenda Carli, dopo il consueto richiamo alle consulenze, la difesa evidenzia che nella cartella clinica del paziente, per il quale i consulenti del PM avevano espresso il dubbio di un caso clinico simulato come espediente per un intervento non giustificato (comunque con decorso postoperatorio benigno), il collega Pansera avesse programmato la VATS visto il sanguinamento in atto all' esito di recente trauma toracico, dando atto del consenso informato; l' indicazione chirurgica era stata confermata dal referto istologico e l' intervento aveva evitato complicanze altrimenti legate all' incompleta evacuazione del versamento che, per la sua naturale evoluzione, si sarebbe consolidato creando un fibrotorace.

Stesse osservazioni per il caso Carenzi, per il quale, all' esito di una seconda TAC, il radiologo aveva evidenziato permanenza e forse aumento del versamento già apparso nella prima tomografia. Presicci, nel redigere la cartella, oltre a dare atto del consenso informato raccolto dal malato e dalla figlia, aveva dato indicazione chirurgica di VATS onde drenare quel

versamento e chiudere la breccia operatoria nel parenchima polmonare. Il reperto istologico aveva confermato la presenza di un parenchima con aspetto congesto ed un linfonodo. Peraltro, la VATS aveva permesso di visualizzare un aumento del versamento coagulato che certamente non sarebbe più stato aspirabile con una toracentesi, né si sarebbe riassorbito. L' intervento era dunque giustificato e il decorso postoperatorio era stato normale.

Per il caso Grieco, trauma toracico severo, la difesa rivendica che la VATS aveva condotto all' evacuazione di emotorace di 500 cc e che si era eseguita *wedge resection* a carico del lobo inferiore, mentre le TAC avevano dimostrato un aumento seppur lieve del versamento ematico a carico del cavo pleurico sinistro.

Nel caso Scupilliti, i consulenti del PM non si erano resi conto del fatto che per la paziente, a seguito dei controlli dopo la prima dimissione, erano emersi ed erano stati evidenziati segni clinici e radiologici dell' emotorace postraumatico. Ciò dimostrava che, al momento del ricovero, l' intervento non era sempre la prima scelta. Qui la VATS era stata resa necessaria dal fatto che vi era ormai un versamento non recente con rischio di fibrotorace, per il quale, come già accennato in altro caso, quella indicazione chirurgica appariva più vantaggiosa.

Nel caso Tedesco, ritenuto dai chirurghi sovrapponibile al caso Scupelliti, si evidenziava che, dopo il primo ricovero trattato in maniera conservativa, una seconda TAC aveva dimostrato un consistente aumento del versamento che aveva reso necessaria la VATS.

Per Zizzi la VATS non era con indicazione di urgenza, ma di elezione. La TAC aveva dimostrato l' esistenza di una distrofia bollosa.

Caso Schiavo. Salvo l' approfondimento successivo in ragione del reato contestato, risultava comunque correttamente trattato con VATS.

A conclusione, la difesa rileva che tutti i pazienti sottoposti a VATS presentavano fratture costali multiple, e che maggiore è il numero delle fratture maggiore è il rischio di complicanze quali l' emopneumotorace, e in tutti i casi esaminati l' uso di VATS era in linea con la bibliografia internazionale che ne specificava le finalità (pag. 118).

Passando alla tematica dei versamenti pleurici neoplastici, la difesa esamina anzitutto il caso Corti e, a conclusione di una lunga dissertazione corredata da riproduzioni delle lastre del versamento pleurico destro, ha sottolineato

che l'unica opzione chirurgica proponibile era la VATS con talcaggio, operazione che poteva, essa sola, ovviare alla prevenzione totale del versamento pleurico.

Le biopsie a scopo diagnostico costituivano il completamento dell'intervento effettuato a scopo palliativo, secondo una tecnica ormai accettata da oltre vent'anni dopo l'avvento della VATS nel trattamento dei versamenti pleurici neoplastici e recidivanti.

Nel caso Atalla, era evidenziato come la TAC avesse denunciato un addensamento parenchimale e un versamento pleurico apico-basale oltre ad altri rilievi come la presenza di linfonodi retrosternali, secondarismi epatici, che avevano portato ad una indicazione di VATS a scopo diagnostico e palliativo, di cui la difesa ha fornito una giustificazione estesa anche alle biopsie e *wedge resection*, rese necessarie al fine di accertare con l'esame istologico per scopi diagnostici.

La difesa sottolinea il buon esito dell'intervento, che aveva permesso di risolvere il versamento pleurico e consentito le dimissioni della paziente in buone condizioni generali.

Quanto al caso Vedovi, ricoverato con diagnosi di dispnea ingravescente, la TAC aveva mostrato un importante versamento pleurico bilaterale, da cui la indicazione di drenaggio toracico bilaterale e VATS bilaterale per diagnosi e palliazione con biopsie polmonari e talcaggio pleurico.

Il drenaggio pleurico aveva permesso l'aspirazione di 1.500 cc di liquido. Anche in questo caso segue nell'appello un lungo esame delle ragioni dell'intervento con osservazioni alle consulenze per concludere che, nella specie, era chiara la necessità non solo di drenare gli imponenti versamenti pleurici, ma di prevenire la loro recidiva.

Si era trattato di un caso di particolare complessità in cui, sebbene ciò non fosse stato sottolineato dai consulenti, doveva essere evidenziato come il paziente era poi stato avviato al San Raffaele per il trattamento chemioterapico, e in questo quadro era giustificata la mancata biopsia linfonodale nel corso del primo intervento, attesa la pericolosa contiguità delle numerose adenopatie mediastiniche descritte e visionate nella TAC. In particolare, era da escludere che l'intervento dei terapeuti della clinica Santa Rita avessero agito in modo lesivo e causa di complicanze successive.

Passando all'esame del caso Colombi, la difesa sostiene che i consulenti del PM non avevano valutato l'anamnesi cardiologica della paziente, anamnesi

che l' avrebbe resa non candidabile ad una eventuale chemioterapia neoadiuvante e, tuttavia, aderendo a quanto aveva sostenuto Brega Massone, avevano giustificato l' intervento a scopo sintomatico per evitare il sanguinamento.

Previa raccolta di consenso informato, la donna era stata operata in chirurgia toracica per via di un versamento pleurico sinistro comparso dopo una TAC di restaging di malattia, associata alla presenza di noduli polmonari controlaterali.

Si era reso necessario anche il talcaggio allo scopo di evitare la recidiva di versamento e i reperti citologico ed istologico avevano mostrato la presenza di CTM e metastasi pleuropolmonari, derivanti da primitività mammaria.

La donna era migliorata dopo l' intervento, tanto che due giorni dopo era stata estubata e trasferita di reparto. Il decesso, avvenuto la sera del 3 novembre, era stato dovuto ad uno scompenso cardiocongestizio acuto, che per la difesa non era da porre in relazione con l' intervento.

La paziente Maccarelli, classificata in anestesiologia come ASA III, era stata sottoposta a VATS bilaterale e biopsia di neoformazione mammaria voluminosa con drenaggio di 1000 cc di liquido pleurico e il responso anatomopatologico aveva rivelato un carcinoma duttale infiltrante con metastasi linfonodali, pleuriche e polmonari e, nel postoperatorio, vi era stato un miglioramento e la paziente si era stabilizzata.

Necessari erano stati il drenaggio e la doppia VATS, che aveva determinato la scomparsa del versamento, che non aveva recidivato.

Bossi Giovanna presentava in TAC una formazione neoplastica del ramo destro dell' arteria aggregata polmonare e dei bronchi limitrofi adiacenti, con versamento pleurico basale bilaterale. Dopo un primo intervento era stata sottoposta a VATS diagnostica palliativa con doppia *wedge resection*.

Solo dopo un miglioramento era stata decisa VATS anche a destra (paziente classificata in ASA III) con biopsie plurime.

L' appello prosegue esaminando caso per caso gli interventi su altri vari pazienti, fra i quali, procedendo con la stessa metodologia, la difesa ha ricordato i pazienti affetti da versamenti pleurici benigni, richiamando così il caso di Olindo Montagna, De Vecchi Aurelia, Piazzolla Vincenza, Sperotto Giacomo, Farina Luigi.

Per le adenopatie tumorali esamina i casi di Teruzzi Maria Antonietta, Colonna Pasquale, Incontro Giovanni; per i versamenti saccati, quelli di

Huayana Quijano, Ignazzi Vitantonio, Righetto Laura, Garlaschi Giuseppe, mentre per le distrofie bollose, i casi Datrino Mario, Gobbi Giovanna. Infine, per il nodulo solitario polmonare, il caso Vecchiotti Maria, Per tutti questi casi la difesa fa precedere una anamnesi del paziente illustrando le condizioni che lo avevano portato al ricovero, le opposte conclusioni dei consulenti, le critiche ai CT del PM ed infine sottolineando ragionevolezza ed utilità degli interventi effettuati.

Appare necessario soffermarsi specificamente sui casi in cui all' imputato è stato contestato, e ritenuto nella sentenza impugnata, il delitto di omicidio volontario. Sono i casi di Schiavo Antonio e Vailati Cantà Giuseppina.

Per Schiavo, il difensore ricorda che era stato ricoverato in reparto medicina il 12 febbraio del 2006 per dispnea e sospetta neoformazione polmonare sinistra; si trattava di un ex forte fumatore, che aveva già subito un doppio bypass aortocoronarico nel 1993 e che mostrava in radiografia un sospetto piccolo addensamento, che alla TAC si rivelava un disomogeneo addensamento parenchimale nodulare di verosimile natura etero formativa, tale da consigliare un controllo agobiottico.

Dopo la consulenza specialistica di chirurgia toracica di Brega, la visita anestesiológica aveva classificato il paziente come ASA III-IV e il consenso informato, raccolto sempre da Brega Massone, citava, fra i rischi e complicanze possibili, l' emorragia.

La difesa ricorda le conclusioni dei consulenti del PM, che avevano rilevato come non fosse stata eseguita l' ago biopsia della lesione polmonare, ragion per cui non si avevano informazioni sulla natura di essa e sulla necessità di intervenire su di un paziente a rischio operatorio elevato. Ricorda ancora la difesa che tale circostanza era stata ritenuta grave da Sartori, il quale aveva sottolineato che Brega aveva affermato che la lacerazione del cuore con emorragia inarrestabile, che aveva portato il paziente al decesso, fosse stata causata da una rottura spontanea durante l' intervento, circostanza che Sartori aveva ritenuto improbabile, denunciando come circostanze sospette il non aver richiesto l' autopsia e l' assenza di tracce del tumore.

Ribatte la difesa che in realtà che, alla vista della radiografia, la posizione della formazione esaminata dal radiologo era ben più profonda di quanto da lui esposto e che, anche se si fosse proceduto all' ago biopsia, ci si sarebbe trovati di fronte ad una triplice possibilità:

- la diagnosi di neoplasia maligna avrebbe comunque compulsato i sanitari a sottoporre ad intervento a scopo terapeutico lo Schiavo;
- la diagnosi negativa poteva essere inquinata da falso negativo, che nella specie, ha una incidenza del 30% dei casi, mentre l' ago biopsia è comunque procedura invasiva (e se, come emergeva dalla TAC, si fosse trattato di neoplasia maligna, essa non sarebbe stata di alcuna utilità);
- in caso di diagnosi dubbia, si sarebbe dovuto comunque procedere all' intervento.

La difesa contesta pure che del tumore non vi fosse traccia anche per via dell' elevato livello CEA e, dopo ulteriori considerazioni sulle varie consulenze, passa a formulare considerazioni giuridiche per contestare anche la sussistenza del nesso causale tra intervento e decesso sulla base della consulenza Ronchi, sottolineando che per quel consulente in ogni caso la rottura del cuore non era un fatto assolutamente prevedibile da parte del chirurgo, il che quindi conduceva ad escludere non solo il dolo, anche nella forma del dolo eventuale, ma persino la colpa.

Del resto, i consulenti di parte avevano rilevato come non vi fossero nella specie controindicazioni all' approccio chirurgico e lo stesso consulente Pisano aveva concluso, sostenendo che *"di fronte ad un referto di questo genere qui, io mi sarei sentito di porre indicazione di intervento"*, ritenendo l' evento morte un fatto del tutto accidentale.

Quanto all' assenza di esame autoptico, la difesa ricorda che Brega aveva segnalato ai parenti questa possibilità, ma costoro avevano ritenuto non necessario procedervi e sottolinea che l' autopsia deve essere disposta quando vi siano dubbi sulla causa della morte e non va effettuata per accertare l' eventuale origine tumorale di un nodulo e questa era la ragione per cui non era stato necessario procedervi.

Sono seguite, nell' esposizione della difesa, altre considerazioni sulla maggiore validità dell' indicazione chirurgica rispetto non solo all' ago biopsia ma anche alla PET, anch' essa afflitta da molti falsi positivi.

Quanto al consenso, la difesa di Presicci ricorda che esso era stato firmato dallo stesso paziente, dopo che il nipote e la madre, attesa l' età avanzata e le condizioni del parente, avevano preferito non firmare.

Schiavo, nella circostanza, era lucido e peraltro solo l' anno precedente aveva deciso di sottoporsi ad un intervento chirurgico in anestesia totale ad un arto.

Inoltre, anche le modalità della compilazione della scheda di morte da parte del Presicci con riferimento al cedimento del bypass aortocoronarico, intervenuto, secondo il sanitario, al momento iniziale dell' intervento, vale a dire al momento della divaricazione del piano intercostale, dimostravano l' assenza di dolo omicida, perché i componenti l' équipe avrebbero in tal caso concordato una linea difensiva comune su di un fatto che, comunque, era di mera accidentalità, come precisato anche dai consulenti dell' accusa.

La difesa poi approfondisce la tematica della sussistenza dell' elemento soggettivo per concludere per l' insussistenza del delitto di omicidio volontario, invitando la Corte a provvedere con la formula di giustizia eventualmente ritenuta e, in subordine, a sostenere solo l' ipotesi di omicidio colposo, peraltro anche, in ulteriore subordine, nella forma della colpa cosciente.

In particolare, quanto al caso della paziente Vailati Canta, Presicci anzitutto osserva come, presa visione della RX, avesse annotato in cartella il sospetto di versamento pleurico e adenopatie mediastiniche, dati trascurati dai consulenti del PM. Dopo avere rilevato che nella cartella anestesiologicala non era riportata la classificazione ASA e sostenuto che le condizioni della paziente erano tutt' altro che critiche, la difesa di questo imputato ribadisce che l' intervento era stato programmato sia con finalità diagnostiche che palliative per drenare l' imponente versamento e prevenirne, con il talcaggio, la recidiva.

Esaminate le consulenze del PM, Presicci nega che si sia trattato di paziente critica o compromessa e afferma che una ago biopsia sotto guida ecografica difficilmente avrebbe consentito di ottenere una diagnosi, poiché il reperto TAC descriveva adenopatie disomogenee con ampie aree necrotiche.

In ogni caso, il talcaggio sarebbe stato necessario perché anche se si fosse trattato di un versamento con causale cardiogena, estranea alla fase oncologica, esso sarebbe stato necessario per consentire alla paziente di ottenere una riespansione polmonare, producendo una migliore qualità di vita pur nel breve spazio di esistenza rimastale.

Per concludere sul punto, Presicci osserva che la causa di morte della paziente non può essere inquadrata scientificamente in una generica reazione alla procedura di VATS. Il quadro clinico era improvvisamente peggiorato dopo 24 ore dall' intervento a causa (certa) di un accidente vascolare su base trombo embolica che ha interessato il tronco venoso

brachio-cefalico dx, come si deve dedurre dalla attestazione in cartella clinica di marezzature diffuse interessanti gli arti inferiori ed edema persistente con marezzature di quelli superiori.

Dopo un apprezzamento della tecnica VATS rispetto a ripetute toracentesi nello specifico caso oncologico, Presicci rimarca l' inutilità di una biopsia e la necessità quindi di ricorrere alla VATS, unica procedura idonea alla rimozione del versamento pleurico sia alla prevenzione per via del talcaggio. La toracentesi in campo oncologico, data la costante recidività in tale campo del versamento, avrebbe esposto la paziente con ridotte difese immunitarie ad un' alta probabilità di infezioni del cavo pleurico, come da consulenze di parte Calati e Della Croce, che avevano escluso qualsiasi deviazione del chirurgo da un approccio meno che corretto nei confronti della paziente.

Seguono, nell' appello di Presicci considerazioni più propriamente giuridiche sulla esistenza di una indicazione di utilità all' intervento chirurgico, sulla inesistenza del nesso causale, sulla irrilevanza dell'esame del didimero a riprova della ritenuta embolia, sulle ragioni delle modalità di compilazione della scheda di morte, per concludere anche nello specifico, sulla distinzione fra dolo eventuale, che riconduce al concetto di omicidio volontario, e colpa cosciente, tema a lungo indagato dalla Cassazione con la nota sentenza a SS.UU. del 24 aprile 2014, n. 38343.

All' esito della disamina di tutti i casi contestati, la difesa tiene a sottolineare che, a fronte del sequestro nel complesso di 800 cartelle (anche più cartelle per un paziente) relative agli anni 2005/2007, solo 120 erano state le cartelle contestate e perciò non si poteva sostenere che ogni attività nel periodo considerato fosse finalizzata a mero scopo di truffa.

Ritenuto incongruo motivare le lesioni con la truffa e la truffa con l' inutilità chirurgica dell' intervento, la difesa di Presicci afferma come non vi fosse stata spiegazione del perché, per le restanti 700 cartelle non fosse stata contestata attività truffaldina, e perché essa fosse stata intermittente, nell' ambito di un sistema "a grappolo", che comportava l' intervento di più soggetti, che neppure lavoravano routinariamente insieme.

Per la difesa non è stato spiegato il "trattamento di favore" per la collega Antonini, che pure firmava le SDO e scendeva abitualmente in sala operatoria e, pur specializzata in chirurgia toracica e dunque consapevole

dell' inutilità degli interventi, sarebbe dovuta rientrare nella compagine dei truffatori.

Sempre la difesa sostiene mancare la prova dell' esistenza dell' elemento oggettivo del reato di lesioni per la presenza di una sicura indicazione chirurgica per gli interventi in questione e mancare anche la prova della sussistenza dell' elemento soggettivo, affermato tralasciando di considerare il fine terapeutico di ogni azione.

La difesa contesta poi come incongruo il comportamento dell' accusa, negativamente selettivo nei riguardi delle stesse cartelle in cui la VATS (proprio grazie ad essa, in effetti) aveva permesso una diagnosi di malignità precoce, aggiungendo che non si poteva sostenere la carenza di indicazione chirurgica per mancata esecuzione degli *step* diagnostici o acquisizione di esami dall' esito predittivo e, per contro, ritenere lecito invece l' approccio chirurgico già definito "aggressivo", quando esso aveva fatto seguito a diagnosi raccolte con maggiore celerità.

La bassa percentuale di cartelle ritenute critiche consentiva di escludere dunque sia il reato di truffa che quello di lesioni. Qui la difesa si diffonde sull' errata e insufficiente motivazione in tema di truffa, falso e lesioni per pervenire poi alla richiesta di assoluzione del suo assistito perché il fatto non sussiste, o con altra formula piena, e solo subordinatamente instando per l' affermazione di colpa, semmai anche cosciente, nei casi di omicidio con riconoscimento delle circostanze attenuanti generiche prevalenti sulle aggravanti contestate.

La difesa di Pansera si duole anzitutto del fatto che, se non vi possa essere dubbio che per gli interventi definibili abusivi, cioè effettuati in assenza di qualsiasi esigenza terapeutica, sia indiscutibile l' affermazione della sussistenza del dolo in una delle sue varie forme, nondimeno per gli interventi definibili come discutibili, dove sussista comunque una ragione di intervento dovuta alla patologia del paziente, la sottovalutazione o l' omissione di una prudente ponderazione delle condizioni cliniche del paziente potrebbe al più condurre ad un'affermazione di colpa e non di dolo. Vi era stata invece una deriva verso il dolo da parte dei giudici, abbagliati da alcuni fatti gravissimi, che avevano impedito la doverosa distinzione all' interno degli interventi oggetto del suo esame.

La difesa richiama il caso della paziente Scocchetti, per il quale vi era stata una condanna a titolo di delitto volontario in conseguenza di un intervento

che andava annoverato invece tra le operazioni discutibili con sottovalutazione dello status patologico della donna.

L' intervento era stato effettuato a soli quaranta giorni dall' ingresso del Pansera nell' équipe di Brega.

Di costui Pansera aveva subito tutta la personalità assertiva e l' apparente superiorità culturale e professionale di primario di reparto, per giungere ad un giudizio di revisione delle capacità professionali del collega solo nella primavera del 2007.

E proprio con riferimento al caso Scocchetti, questa difesa nega la qualificazione dolosa della condotta a beneficio di quella colposa. Riperkorrendo invero la storia clinica della paziente e gli esami e gli interventi subiti fino ad epoca prossima alla VATS bilaterale con talcaggio, la difesa contesta che le condizioni della Scocchetti potessero essere definite quelle di una malata terminale, o pre-terminale, ma sostiene che semplicemente si sia trattato di un paziente metastatica (irreversibile, ma non terminale), in grado di essere sottoposta a chemioterapia e con funzionalità cardiaca nella norma.

Perciò, come avevano concluso anche i terapeuti dell' ospedale di Casalpsterlengo, per la Scocchetti vi erano tutti i presupposti ed i requisiti per procedere a VATS, utile ad effettuare la pleurodesi chimica che avrebbe potuto risolvere il recidivare dei versamenti pleurici conseguenti ai secondarismi tumorali in atto.

Da ciò il difensore prende le mosse per sostenere come la procedura di VATS mono e bilaterale con pleurodesi chimica in pazienti oncologici debba essere considerata corretta nella letteratura scientifica, dettagliatamente riportata nell' atto di appello.

Ricorda ancora la difesa come la Scocchetti fosse stata accolta da Presicci, che ne aveva redatto sia la scheda anamnestica, sia la scheda di consenso informato per la VATS con talcaggio dx ed eventuale sx, e che notevoli omissioni si potevano invece riscontrare nella scheda pre-anestesiologica redatta dal Di Terlizzi, la cui condotta colposa era stata esaminata dalla Corte.

Osserva allora la difesa essere incongruo il sostenere un profilo di colpa nella condotta Di Terlizzi che, come anestesista, era responsabile diretto dell' intervento, ed invece affermare addirittura il dolo nel Pansera, il quale

nulla aveva deciso (con affermazione quindi della sussistenza dell' intento terapeutico per il primo e sua negazione per il secondo).

Prosegue la difesa di Pansera ribadendo che in ogni caso la VATS è una procedura semplice, rapida e sicura, con morbidità e mortalità molto basse, praticata nel mondo da molti anni e costituente l'evoluzione, non l' involuzione, del trattamento chirurgico di pazienti affetti da patologie polmonari o da versamenti pleurici, mono o bilaterali.

E proprio lo stadio neoplasico avanzato della Scocchetti imponeva la VATS che in, questo caso, non aveva finalità diagnostiche, curative o terapeutiche, ma semplicemente palliativa, al fine evacuare il ristagno dei liquidi con la pleurodesi chimica.

Si era trattato, infatti, di eliminare il sintomo e prevenire la recidiva invalidante, come da indicazione degli stessi medici di Casalpusterlengo, con logica riconosciuta, per il talcaggio, anche dal consulente Sartori e, infine, anche dai consulenti Baticci e Pisano, che avevano affermato la logica del talcaggio bilaterale palliativo, onde evitare dolorosi drenaggi permanenti con catetere.

Passando poi ad esaminare le concrete condizioni fisiche della Scocchetti all' ingresso in Santa Rita, che lo stesso giudice aveva valutato di assoluta compromissione sostenendo però poi che al momento dell' intervento la donna era in discreto compenso dal punto di vista respiratorio e cardiologico, la difesa di Pansera rileva quanto segue.

La donna era giunta in Santa Rita quando le intenzioni dei suoi abituali terapeuti erano quelle di farle riprendere i cicli chemioterapici non appena le condizioni respiratorie si fossero stabilizzate, ma la paziente era in discreto stato fisico e in equilibrio cardiaco.

Costei era stata giudicata operabile dallo specialista anestesista rianimatore, anche se con rischio ASA III; era lucida, orientata ed in grado di subire l' intervento, pur se dispnoica.

Quanto all' affermazione della assoluta rischiosità di un intervento di VATS bilaterale per le asserite complicanze mortali nel decorso postoperatorio, di cui Brega non poteva non essere consapevole vista la sua pregressa esperienza nel caso Maccarelli, la difesa di Pansera, dopo avere rilevato che quest' ultimo caso si era verificato prima che il proprio assistito fosse entrato in Santa Rita, ricorda il caso di Teresita Adriano, risoltosi con

esito positivo dopo VATS con talcaggio bilaterale su una paziente affetta da carcinoma ovarico in stato avanzato.

Di talché occorre chiarire che la metodica bilaterale aveva trovato nella pratica minore applicazione solo perché il versamento pleurico bilaterale è relativamente meno frequente del monolaterale, e dunque la difesa ribadisce che non c'era stata nessun assunzione di un rischio cui non si sarebbe potuto porre rimedio, ma semplicemente una operazione nei confronti di una paziente che aveva una discreta aspettativa vitale, come anche i marker tumorali, effettuati sei giorni prima dell'intervento, avevano attestato.

Sottolineata la maggiore efficacia di un talcaggio bilaterale precoce, la difesa ricorda l'esito positivo dell'intervento (i polmoni dopo il drenaggio bilaterale si erano riespansi permettendo il talcaggio, relativamente al quale la presenza di liquido accertata successivamente, lungi dall'essere la prova della sua inefficacia, ne era invece la reazione postuma tipica), perché, seppure la donna aveva avuto una forte deflessione pressoria, già il 12 ottobre era migliorata e solo l'episodio di *ab ingestis* (di semolino) con cianosi, il giorno 17, aveva modificato la situazione.

Ed invero, contrariamente a quanto ritenuto dal primo giudice, l'*ab ingestis* può rappresentare un fattore che da solo può provocare la morte del paziente, interrompendo il nesso eziologico con eventuali precedenti condotte ritenute illecite.

Quanto invece alla *wedge resection* (resezione atipica lobo inferiore e biopsia pleura parietale), incidente per una misura minima sul parenchima polmonare, essa non aveva provocato alcun danno sulla funzione respiratoria come aveva attestato il consulente Sartori, e dunque, seppure non prevista nel consenso informato e attuata in autonoma decisione da Brega, non vi era ragione perché Pansera, da poco arrivato, la potesse ritenere scorretta.

Da qui anche alcune considerazioni sull'acquisizione del consenso informato della Scocchetti ed in particolare sul fatto di come ella fosse a conoscenza dell'intervento, per averle fatto un dettagliato resoconto della sua situazione il terapeuta dell'Ospedale di Casalpusterlengo, mentre il dolo, in materia sanitaria, per la difesa deve basarsi non sull'omessa esaustiva enunciazione del rischio (che, semmai, può rilevare sul piano della colpa), ma solo sulla consapevole pratica di un atto non terapeutico.

Peraltro, approdando a diverso motivo di impugnazione, la difesa nega qualsiasi consapevolezza del proprio difeso anche sotto il profilo del dolo eventuale (cfr. sentenza CC "Thyssen"), non senza sottolineare che, a fondamento della sussistenza dell' elemento soggettivo in capo al Pansera, si era fatto riferimento ad elementi storicamente estranei all' imputato, talora anche collocati in un periodo successivo all' 11 ottobre 2006.

Innanzitutto, infatti, era errato collegare il caso Scocchetti agli altri casi per i quali aveva giudicato il Tribunale di Milano.

Di questi, infatti, tre erano stati successivi all' intervento in esame e nessuno di essi aveva riguardato la patologia oncologica, patologia della donna deceduta (il primo in tema, invece, cui aveva assistito Pansera).

A fronte dei tre dei casi di cui sopra (due patologie alla mammella ed un empiema), vi era una nutrita serie di interventi corretti su una pluralità di pazienti (vedi pag. 61).

Dunque l' assunto dell' accusa per cui Pansera aveva partecipato (nei suoi primi 40 giorni) costantemente ad un modello terapeutico basato sull' intervento indiscriminato non aveva fondamento,

Al riguardo la difesa ritiene suggestivo il richiamo all' intercettazione del 26 novembre 2007 per sostenere la consapevolezza del Pansera circa il fatto che Brega procedesse ad atti operatori non appropriati.

Ne contesta la difesa la chiave di lettura "con il senno di poi", ad indagine giudiziaria avviata, sottolineando in particolare che lo stupore per i tanti traumi toracici operati e per il ricorso sistematico alla TAC in casi di poco conto era riferibile tuttavia al "pre Scocchetti" e comunque mai a *wedge* anomale.

Da qui la difesa va ad evidenziare quali erano le competenze specifiche dell' imputato al suo ingresso in Santa Rita (pag. 65), ritenute in astratto del tutto appropriate dal giudice di primo grado che, tuttavia, in concreto aveva individuato nella ridotta esperienza chirurgica del Pansera la ragione del suo comportamento compiacente nei confronti di Brega pur di far casistica, e a contestare come per tale assunto la condivisione di scelte chirurgiche fosse stata ricavata da elementi estranei non all' attività antecedente l' intervento Scocchetti, ma da condotte successive, come nel caso Teruzzi (pag. 66 e ss.).

In realtà, e la difesa ne fa un terzo motivo di impugnazione, il dolo era stato nella specie costruito sui canoni tipici del delitto colposo. Pansera aveva

visto la paziente solo in sala operatoria la mattina dell' 11 ottobre; la sua concreta esperienza in merito ad interventi VATS con talcaggio offriva la prova storica della sua convinzione dell' oggettiva utilità ed efficacia dell' intervento contestato perché prima di quell' intervento l' imputato aveva sperimentato le assolute utilità ed efficacia dell' intervento in VATS bilaterale per talcaggio su pazienti ASA II con oncologica in stadio IV.

La difesa richiama, come accennato, il caso della paziente Teresita Adriano, che, completamente ignorato dalla Corte, si poneva con i suoi risultati come una barriera invalicabile rispetto alla prospettazione di qualsivoglia ipotesi dolosa, come del resto portava a concludere anche l' esame dei tre unici casi di talcaggio in VATS monolaterale con wedge, eseguiti in precedenza con Brega in Santa Rita (Adiletta- Ruggiero- Zarucchi).

Inoltre, il preteso elemento soggettivo del dolo non poteva essere sostenuto neppure da alcun movente economico, posto che la bilateralità dell' intervento non determina alcun incremento del DRG, e dunque il motivo della bilateralità, lungi dal fondarsi sul movente economico, trovava fondamento proprio nella riuscita dell' intervento analogo sulla paziente Teresita Adriano.

Per quanto invece attiene ai casi di lesioni personali volontarie, la difesa lamenta che la Corte, dopo aver definito correttamente, ma in astratto, il concetto di dolo con riferimento al macroscopico abbandono delle linee guida, deciso a priori ed immotivatamente alla luce della specificità del caso, abbia poi fatto malgoverno di quel principio.

Invero, la difesa anzitutto evidenzia che, perché si abbia lesione personale, vi deve essere la prova dell' evento malattia, al quale va fatta precedere l' affermazione dell' antigiuridicità della condotta, connotata dalla volontarietà da parte dell'autore.

Ed allora è evidente per la difesa che, nei casi contestati al Pansera, manca anzitutto la prova della malattia, intesa come menomazione funzionale o significativo processo patologico indotti nel paziente, con particolare riferimento in questa sede, vale a dire al peculiare ambito dell' attività medico chirurgica, (vedi sentenza CC "Barese") agli esiti infausti di un trattamento con esclusione degli esiti fausti.

Richiamando in dettaglio i principi esposti dalla Cassazione sulla centralità dell' accertamento della tipicità del fatto e della consistenza dell' elemento soggettivo (colpa/dolo) con riferimento all' esito fausto/infausto dell'

intervento, questa difesa ribadisce l' irrilevanza del primo solo nel caso di un espresso dissenso del paziente all' intervento.

Infatti, nel caso di intervento fausto, l' esclusione del reato di lesioni è determinata dall' applicazione del principio di (in)offensività nel caso, mentre la rilevanza penale e la sussistenza del reato di lesioni dolose si avevano solo in caso di esito infausto di intervento eseguito in espresso dissenso del paziente.

Ciò assumeva rilievo nel caso di interventi toracici con resezioni atipiche, che non avevano portato alcun danno, se, come il consulente Sartori aveva sostenuto, le resezioni avevano riguardato materiale già fibrotico.

A tale enunciazione di principio è seguito l' esame dei casi Elaswad, Bigi, Carli, Carenzi, Grieco, Scupilliti, Tedesco, Zizzi.

I casi poi attinenti a versamenti correlati ad una patologia cardiaca (Sperotto, Farina) erano per la difesa privi della necessaria individuazione dell' evento e del nesso di causalità.

Nel primo caso, perché la causa di morte non era stata indagata, mentre nel secondo l' evento era da attribuire alle condizioni comunque precarie del paziente (decessi verificati 13 giorni dopo l' intervento).

Quelli riguardanti distrofie bollose (casi Corti, Atalla, Vedovi, Vecchiotti, Teruzzi, Murarolio, Bossi, Garlaschi, Huayana, Righetto) erano dettagliatamente esaminati e per tutti non emergeva la correlazione causale fra intervento e peggioramento delle condizioni dei pazienti.

Infine, per gli interventi al seno, erano state del tutto disattese le conclusioni dei consulenti della difesa che conducevano ad escludere la sussistenza degli elementi oggettivi del reato di lesioni, sia sotto il profilo dell' evento che della condotta.

Peraltro, rileva la difesa facendone ulteriore motivo di impugnazione, non si sarebbe dovuto e potuto procedere ad una valutazione unitaria dell' elemento soggettivo, bensì sarebbe stato necessario indagare ogni singolo caso, sia considerando i dubbi che Pansera aveva manifestato solo a partire dalla primavera 2007, soprattutto sulla tecnica operatoria di Brega ma non sull' indicazione chirurgica, sia facendo riferimento alla concreta partecipazione di Pansera e al ruolo da lui svolto in ciascun intervento.

Anche per queste contestazioni era sostenibile l' assenza di motivazioni economiche perché, una volta raggiunto l' incremento del DRG con l' esecuzione dell' intervento, ulteriori pratiche chirurgiche non avrebbero

apportati ulteriori benefici ma, semmai, nuovi costi. Ciò in particolar per le broncoscopie che quindi non potevano essere state determinate che da ragioni cliniche, corrette o meno che fossero.

Ciò, poi, soprattutto per gli interventi sul parenchima polmonare, con il che il tentativo di ricondurre l'attività di Brega al semplice accumulo di DRG era una inammissibile semplificazione dell'intera vicenda, tanto più che all'epoca Pansera poteva contare soltanto su uno stipendio fisso e il successivo contratto del 2008, che prevedeva compensi crescenti in ragione di percentuali sulle visite e sugli interventi, era successivo all'allontanamento del primario chirurgo.

Quanto (di nuovo ed infine) agli interventi al seno, la realtà dei fatti era che Pansera aveva partecipato a soli sei interventi che riguardavano patologie diverse e nei quali l'imputato era stato semplice assistente, deputato a mantenere aperto il campo operatorio, svolgendo solo in due casi il ruolo di primo operatore (peraltro solo apparentemente).

Su tale circostanza la Corte aveva convenuto (vedi dep. Ferla e Spaggiari sull'attitudine di Pansera al ruolo di assistente), anche sulla base delle dichiarazioni dello stesso Brega, riportate alle pagg. 104 e ss, dell'appello.

Quanto alla captazione del 26 novembre 2007, intervenuta dopo la chiusura del reparto di chirurgia toracica, era evidente che Pansera esprimesse dubbi, ma la difesa ha ribadito come si trattasse di dubbi da parte dell'imputato manifestati alla collega Antonini, la quale peraltro gli confermava nella circostanza che lei avrebbe continuato a fare quello che faceva prima.

Altro motivo di impugnazione concerne la insussistenza dei delitti di falso e truffa di cui capi A), B) E) ed F), non solo per quanto detto in ordine alla eventuale consistenza dell'elemento soggettivo ravvisabile nelle condotte, se illecite, del Pansera, ma anche per la sua estraneità alle dinamiche che riguardavano la formazione delle SDO, i codici e qualsivoglia aspetto economico, estraneità confermata nella intercettata conversazione con Merlano, nonché per la sua carenza tecnica quanto all'assumere la veste di interlocutore del nucleo NOC, il tutto sottolineando la difesa che la motivazione della sentenza era inesistente per il capo F) e relativa solo a Brega per il capo E).

L'appello si conclude con due richieste. La prima riguarda l'effettuazione di una perizia volta a riscontrare la finalità diagnostica, curativa o palliativa degli interventi, terreni sui quali la Corte si era avventurata senza alcun

supporto tecnico (caso ad esempio quello delle resezioni atipiche, ritenute sempre produttive di danno); la seconda, il recupero della diminuzione di pena prevista per il rito abbreviato condizionato all' audizione del consulente Baticci, richiesta che era stata reiteratamente respinta dal GUP, con argomentazioni non riferibili al Pansera, che dal canto suo aveva richiesto la raccolta della consulenza Baticci sul solo caso Scocchetti, irrilevante essendo il riferimento alla completezza o meno degli atti di indagine.

Non manca una contestazione della sussistenza del danno cagionato alla presunte vittime e della illegittimità delle relative statuizioni, in assenza di qualsiasi prova conseguente ad un adeguato approfondimento probatorio e della errata determinazione della pena con riferimento ai parametri di cui all' art. 133 cod. pen.

Ad essa si accompagna una richiesta di integrazione probatoria con l' acquisizione di tutte le cartelle cliniche relative agli interventi effettuati in Santa Rita negli anni 2006/2007 e della ulteriore documentazione allegata all' originale dell' atto di appello.

Le conclusioni formulate sono in linea con quanto esposto.

Sono stati, come già detto, proposti appelli anche dai difensori degli imputati Bona, Di Terlizzi, La Corte, Lolli, Speroni, nonché dei responsabili civili Eukos SpA e Istituto Clinico Città Studi (di seguito ICCS) SpA.

Il difensore di Bona chiede che, in via preliminare, la sentenza sia dichiarata nulla ex art. 521 c.p.p. senza restituzione degli atti al PM per prescrizione del reato ritenuto, eventualmente intervenuta nelle more.

Ciò premesso, la difesa rileva che all' anestesista era stato contestato di non aver valutato con diligenza l' indicazione operatoria posta dal chirurgo, mentre in sentenza gli era stato fatto invece carico di non essersi avveduto della mancanza dei referti TAC (torace e cerebrale) in data 10 settembre 2006, così come evidenziato nel cartellino anestesilogico redatto dal collega Di Terlizzi, e per non essere intervenuto, posto che la VATS era stata iniziata da un lato diverso da quello previsto dall' indicazione operatoria.

In ogni caso, questa difesa ribadisce che non si possono ravvisare profili di responsabilità nella condotta del suo assistito, essendosi egli attenuto al ruolo che gli competeva secondo il principio affermato dalle linee guida SIAARTI, citate in appello, mentre una attività di rivalutazione della

condotta da parte dell' anestesista di sala - come aveva chiarito il consulente Fantoni - può conseguire esclusivamente al verificarsi di fatti nuovi, pena altrimenti la paralisi dell' attività chirurgica.

Pertanto, Bona non era tenuto alla rivalutazione anestesiológica fatta dal collega e, in difetto di fatti nuovi e gravi, non poteva rifiutare l' induzione dell' anestesia.

Dal punto di vista di questo imputato era poi opportuno chiarire se, giudicando ex ante, la condotta del chirurgo (Brega) potesse apparire così manifestamente errata, perché tutti i fatti poi conosciuti non erano certo in possesso dell' anestesista (che poco aveva collaborato con l' équipe di chirurgia toracica: 4 casi su 250) nel corso della mattina del giorno 11 ottobre 2006 (vale a dire l' aggressività chirurgica di Brega attestata nella sentenza passata in giudicato; le intercettazioni; la visione sinottica degli interventi).

Quanto ai rilievi mossi in sentenza evidenziando la negligenza dell' anestesista per non avere segnalato l' esigenza di attendere il referto TAC al torace sospendendo l' intervento, essi erano inconsistenti.

Infatti, la TAC toracica non aveva fatto altro che confermare la presenza di liquido nei polmoni, mentre l' emersione di metastasi al fegato ed al pancreas non aveva alcuna inferenza dal punto di vista anestesiológico.

Perciò la annotazione del Di Terlizzi sulla scheda anestesiológica non poteva indurre il Bona a tenere il comportamento preteso dall' accusa e poi anche dalla sentenza impugnata.

Ciò vale anche per la TAC cerebrale, non solo perché le condizioni della Scocchetti non apparivano così compromesse da farne presagire il decesso (vedi conclusioni della consulenza Ronchi che aveva attestato anche un sufficiente seppur labile compenso respiratorio), ma perché ogni valutazione al riguardo sarebbe spettata al chirurgo, pur dovendosi sottolineare che comunque l' intervento al momento, quindi con valutazione ex ante, appariva utile.

Quanto poi alla tipologia di intervento concretamente effettuato, e all' accusa, formulata dalla Corte ma non dal PM, di non essere il Bona intervenuto quando si era accorto che l' intervento di VATS con talcaggio era iniziato sul lato destro anziché sinistro della paziente, emergeva in primo luogo che non vi era prova che di ciò il Bona si fosse avveduto.

Inoltre, si dava per scontato, ma non risultava provato, che tale modo di procedere (prima sul lato opposto, poi sull' altro) avesse in qualche modo concorso nell'eziologia del decesso, né era provato che esso fosse errato in modo facilmente percepibile, perché, in vari casi, l' azione dal lato opposto può essere giustificata. Nella rimozione acuta di un versamento pleurico, l' intervento a partire dal polmone non compromesso, quindi in condizioni migliori, può infatti apparire corretto.

La ritenuta divergenza quindi dall' intervento programmato non basta a provare che la sua conseguenza sia stata la morte della paziente e a provare la colpa di questo terapeuta, oltretutto non legittimato a sindacare la scelta di Brega, che aveva davanti una paziente con entrambi i polmoni malati, né ad intervenire, né a denunciare alcunché.

Ciò anche per le biopsie e le resezioni, perché nulla prova che Bona sapesse che venissero effettuate o che, nel corso delle operazioni, il chirurgo avesse intenzione di effettuarle e di certo l' annotazione "*si procede*" nelle cartelle non stava a significare che ci fosse stato alcun consulto.

In realtà, Brega procedeva senza chiedere nulla e, se anche si volesse accedere alla tesi per cui l' anestesista se ne sarebbe dovuto accorgere per via della maggior durata dell' intervento, non si comprende cosa egli avrebbe potuto fare, posto che al momento la paziente si trovava in stato di sedazione profonda, né come egli avrebbe potuto porre rimedio alle resezioni effettuate da Brega.

Tutto ciò che Bona poteva fare era far superare l' intervento alla donna, cosa che appunto gli era riuscita, atteso che il decesso era avvenuto otto giorni dopo.

Conclude questa difesa, rimarcando l' avvenuto decorso del termine prescrizione fin durante la redazione della motivazione di primo grado e sottolineando che gli eredi Scocchetti avevano successivamente revocato la loro costituzione per via del raggiungimento di un accordo con il responsabile civile.

Quanto alla condanna in favore di ASL, Regione Lombardia e Medicina democratica, la difesa fa osservare la specificità del capo di imputazione riguardante il suo difeso, perseguito per un reato colposo e non - a differenza di altri - doloso, ed in ogni caso molto diverso da quelli contestati ai chirurghi.

Da ciò la conseguenza che, in realtà, nessuno di quegli Enti aveva subito un danno da parte del Bona, in pieno accordo con l' assenza di costituzione da parte di essi nei casi di "malpractice", circostanza questa su cui la Corte di primo grado non aveva in realtà fornito alcuna motivazione.

Il difensore di Di Terlizzi appunta la sua attenzione anzitutto sui rapporti chirurgo/anestesista e sul profilo di colpa attribuitogli, sostenendo che, in base alla giurisprudenza della Cassazione, l' anestesista ha l' obbligo di astenersi rifiutando la sedazione solo qualora ravvisi profili di plateale erroneità della scelta chirurgica.

Tuttavia, in sentenza la responsabilità del Di Terlizzi era stata legato al fatto che egli avesse partecipato agli interventi senza attendere la verifica della TAC al torace ed avendo ignorato la richiesta di TAC al cranio.

La Corte d' Assise aveva quindi ravvisato un profilo di colpa dell' anestesista nell' avere sottovalutato il rischio anestesilogico, ma notoriamente questo rischio si traduce nell' indicazione del codice ASA, mentre nessuno aveva mai contestato la classificazione di rischio fornita dal Di Terlizzi per la paziente Scocchetti, per la quale egli aveva indicato codice ASA III.

E poiché la morte della paziente era da individuarsi in una insufficienza respiratoria, anche a voler ricollegare il decesso all' intervento quest' ultimo non era raccordabile in maniera diretta o indiretta ad una errata valutazione anestesilogica.

Sugli specifici profili individuati dalla Corte, la difesa osserva che, per quanto attiene la TAC al torace, il Di Terlizzi aveva dato atto in maniera molto chiara di essere in attesa dell'esame. Egli quindi, non avendo modo di rivedere poi la paziente, aveva segnalato la carenza del dato ai colleghi che sarebbero intervenuti.

La mancata attesa della TAC al cranio non aveva significato concreto, visto il suo esito irrilevante per la valutazione demandata nel frangente all' anestesista. Inoltre, non era dato comprendere quale fosse il nesso di causalità della condotta dell' imputato con l' evento poi accaduto.

Quanto al dovere dei controlli sull' operato dei chirurghi, la difesa del Di Terlizzi evidenzia come la sentenza abbia ritenuto un profilo di colpa nel non essere l' anestesista intervenuto per impedire "un intervento terapeuticamente ingiustificato ed in concreto dannoso sia con riguardo alle biopsie ed alla wedge resection, sia con riguardo alla scelta della bilateralità", ma di questo Di Terlizzi non poteva rispondere.

Ciò perché l' intervento era stato diverso e l' anestesista che aveva svolto la visita preoperatoria aveva ricevuto l' indicazione chirurgica di "VATS per intalcaggio pleurico dx ed eventuale intalcaggio sx", con il che la colpa del Di Terlizzi sarebbe stata quella di aver accettato l' indicazione di eventuale bilateralità, senza attendere il risultato della TAC toracica.

Ma Di Terlizzi aveva sottolineato la mancanza del risultato dell' esame, né poteva sapere dell' eventuale urgenza o meno dell' intervento. Dunque, chi sarebbe intervenuto e avrebbe valutato il referto era stato messo in condizione di evitare, se del caso, l' operazione più complessa.

Sottolineato come l' anestesista avesse evidenziato l' eventualità della ipotesi di bilateralità, la difesa ribadisce che non competeva all' imputato prospettare eventuali alternativi rimedi alla patologia presentata dai pazienti di chirurgia toracica che, come attestato dal consulente Gattinoni, richiede una competenza particolare dal punto di vista anestesilogico, ovvero una speciale preparazione che l' imputato non aveva.

Dopo avere stigmatizzato come il tema del concorso colposo nel delitto doloso fosse stato trattato con superficialità dalla Corte, la difesa ricorda che l' elemento soggettivo deve ravvisarsi nella prevedibilità del fatto doloso del terzo, circostanza che quel giudice non aveva neppure esaminato, così come non aveva esaminato l' altro presupposto della colpa, vale a dire l' evitabilità dell' evento, soprattutto da parte di un terapeuta di limitata esperienza rispetto allo stesso Brega Massone.

Il difensore rimarca anche che la statuizione civile nei confronti del suo difeso deve essere a sua volta revocata, attesa la revoca della costituzione dell' erede della defunta.

Vengono infine contestate, riproponendo le argomentazioni svolte in primo grado, la legittimazione di Regione Lombardia, ASL e Medicina Democratica. Con l' appello in favore della infermiera Enza La Corte si nega la sussistenza del delitto di favoreggiamento, perché non vi era stata alcuna cancellazione dei dati di chirurgia toracica dalla memoria principale del computer di reparto, dati che sarebbero stati recuperati solo in base a tecniche informatiche ad hoc da parte della GdF, ma non meglio specificate in sentenza.

Sul punto era certo pesata l' intercettazione telefonica in cui Brega aveva invitato l' infermiera a rivolgersi a Pansera perché quest' ultimo provvedesse alla cancellazione, ma non vi è prova che la donna avesse accolto l' invito e

che effettivamente si fosse provveduto alla cancellazione, posto che anche Pansera si era dichiarato all' oscuro di tutto.

Quanto alle sette copie di TAC (e non di cartelle cliniche) rinvenute in un armadio nell' abitazione dell' imputata, esse non erano in realtà relative al procedimento penale ma all' indagine amministrativa promossa dall' ASL, competente all' indagine per alcuni casi di tubercolosi dubbia curati alla Santa Rita, e dunque afferenti un' accertamento del tutto diverso da quello poi posta in atto dalla GdF, così come aveva chiarito il M.llo Maragoni in dibattimento, nel corso della cui audizione era emersa poi solo la coincidenza dei nomi dei pazienti TAC a proposito dei casi sui quali indagava l' autorità amministrativa.

Per difendersi da accuse rispetto a quella indagine, i documenti erano stati chiesti alla La Corte da Brega, che ne aveva poi fatto consegna ai suoi consulenti che avevano a loro volta scritto le relazioni trasmesse ai difensori nell' indagine ASL.

Il fatto che Enza La Corte non avesse riportato i documenti in ufficio era da porsi in relazione alla circostanza che si trattava di copie non originali, senza rilievo, già presenti nel server della clinica, dove erano rimasti, tanto che chiunque, e quindi anche gli inquirenti, si sarebbero potuto procurare altre copie di queste stesse tomografie.

Non è perciò comprensibile per la difesa come l' infermiera La Corte potesse rappresentarsi la propria condotta quale utile a sviare le indagini, anche se in quel momento era iniziata anche l' indagine penale.

Oltre all' elemento soggettivo, difettava per quanto detto anche la potenziale inidoneità della condotta ad ostacolare le indagini.

Evanescenti erano anche gli argomenti su cui fondare l' accusa di appropriazione indebita, basata sul contenuto di un intercettazione con Brega, nella quale costui l' aveva invitata ad asportare garze, ferri sterili, siringhe ed antidolorifici dalla Santa Rita, materiale che poi lui stesso avrebbe ammesso di avere usato per curare il paziente Garlaschi, che non poteva più seguire in quella clinica e stava seguendo altrove. Tutto si era basato solo su un invito di Brega, cui non era seguito alcun riscontro, senza contare che, se la donna Corte avesse effettivamente preso il materiale, la sua buona fede poteva anche poggiarsi sulla notoria bontà dei rapporti fra proprietà della clinica e Brega.

La difesa osserva ancora che le intercettazioni non potevano essere utilizzate nei reati di favoreggiamento e appropriazione indebita e il consentirne l'uso perché collegate a reati più gravi, come la Cassazione a volte aveva ritenuto, finiva per svuotare di contenuto la disposta preclusione.

Quanto al reato di appropriazione indebita, inoltre, appare alla difesa ingiusta la disposta equivalenza fra circostanze attenuanti generiche e di cui all' art. 62 n. 4 c.p. in rapporto all' aggravante contestata, perché in concreto per questa condotta delittuosa doveva essere necessariamente ritenuta la prevalenza delle attenuanti, con conseguente riduzione della pena. Le conclusioni sono in linea con quanto sopra esposto.

La difesa Lolli respinge la contestazione del delitto di cui all' art. 589 c.p. (in relazione al capo 47 bis), per il quale comunque è stato dichiarato di ndp per prescrizione) nella forma della agevolazione colposa, nell' esercizio della sua attività di anestesista, dell' attività dolosa altrui.

Rileva la difesa che la colpa del Lolli resta agganciata all' omicidio volontario di Vailati Canta Giuseppina da parte di Presicci e Brega ed occorre allora verificare se, con la propria, Lolli abbia in qualche modo agevolato la condotta sopra citata.

E' però dimostrato per la difesa che Lolli era stato chiamato a controllare solo la semplice idoneità a subire anestesia da parte di una paziente da sottoporre ad una biopsia, e non certo ad una VATS con resezioni parziali.

Di certo, la morte della paziente non era stata cagionata dalla semplice anestesia autorizzata dal Lolli, come sarebbe invece stato necessario dimostrare (ovvero dimostrare che la morte sarebbe avvenuta anche in caso di sola biopsia).

Quindi, il richiamo alla posizione di garanzia assunta nello specifico dal Lolli non aveva alcun senso, se poi l' intervento era stato del tutto diverso da quello rispetto al quale l' anestesista aveva dato il suo parere positivo all' anestesia.

Lolli perciò non aveva agevolato né autorizzato la condotta poi tenuta dai chirurghi e, per tale ragione, deve essere assolto per non aver commesso il fatto, nonostante il reato ascrittogli sia nel frattempo estinto per intervenuta prescrizione.

L' appello in difesa di Scarponi ritiene che l' imputato debba essere assolto dai reati di falso e truffa contestatigli, quantomeno ai sensi dell' art. 530, 2

comma c.p.p. con revoca della sanzione accessoria, ricordando il difensore che il proprietario della clinica aveva voluto attribuirgli l'incarico gratuito di responsabile del reparto riabilitazione, che egli però aveva svolto in maniera del tutto formale.

Infatti, l'accettazione in riabilitazione incombeva al medico del reparto acuzie, il quale redigeva cartelle cliniche e SDO, come al riguardo avevano testimoniato vari dipendenti e terapeuti della clinica, dal che rimaneva escluso qualsiasi interessamento o concreto intervento da parte di Scarponi. Era emerso peraltro che su 721 cartelle esaminate dal perito, solo 30 erano state licenziate dall'imputato, che compariva come fisiatra controllante in un solo caso.

Quanto ai ricoveri multipli, in quel caso c'era una sola SDO firmata dal medico dell'acuzie; detti ricoveri erano per lo più determinati da complicazioni che comportavano un rientro del paziente in acuzie e la documentazione raccolta aveva permesso di accertare come fosse vero che Scarponi si fosse occupato della assegnazione in riabilitazione solo per i suoi pazienti provenienti da ortopedia.

Non vi era peraltro nessuna consapevolezza da parte di Scarponi di illeciti comportamenti dei medici di vari reparti di acuzie, i quali ponevano in riabilitazione i propri pazienti in totale autonomia compilando anche le SDO, mentre per quelli di ortopedia l'assegnazione in riabilitazione era dipesa, in molti casi peraltro testimoniati nelle cartelle, da cadute ed ulteriori fratture che avevano giustificato il ricovero riabilitativo.

La responsabile civile Eukos San Carlo SpA per parte sua contesta la propria legittimazione passiva quanto alla costituzione di parte civile di Simona Zito, deducendo l'inammissibilità della domanda avanzata nei suoi confronti solo in sede di conclusioni finali (peraltro, la domanda di questa parte civile era stata aggiunta a penna nelle predette conclusioni), ma assente nell'atto di costituzione, anche perché la Zito aveva già agito in sede civile, mantenendo e proseguendo la domanda ben oltre l'udienza preliminare e l'apertura del dibattimento in primo grado.

Richiamando la giurisprudenza della SC in proposito, la difesa ritiene che in tal caso non si possa sostenere che la domanda sia implicita nella costituzione. Dunque l'estensione della domanda risarcitoria nei confronti della Eukos San Carlo SpA era domanda nuova, non più proponibile.

Di seguito, la Eukos Spa denuncia l' indebita parametrizzazione dell' ammontare del danno morale e avanza richiesta di sospensione della provvisionale accordata. In relazione al primo aspetto, questa difesa non ritiene corretto rapportare il danno morale al presunto approfittarsi dello stato di ansia della paziente indotto da precedenti interventi, parametro collegato ad una maggior riprovevolezza della condotta degli imputati o al grado del dolo, ma avulso dalle conseguenze dannose, che erano invece le sole a dover essere prese in considerazione.

Inoltre, era irrilevante il riferimento per la Eukos ai "plurimi interventi" subiti dalla Zito, poiché non erano stati eseguiti nella struttura del responsabile civile (da ciò quindi anche la richiesta ex art. 600 c.p.p.).

Le conclusioni quindi riguardano inammissibilità della domanda, e, in via subordinata, esclusione o riduzione della provvisionale, con in ogni caso sospensione.

A tal fine viene richiesta la rinnovazione dell' istruzione dibattimentale per produrre l' atto di citazione e provvedimento del 1 aprile 2014, atti riguardanti il giudizio civile fra le parti.

La responsabile civile Istituto Clinico Città Studi SpA (di seguito ICCS) contesta la propria mancata estromissione dal giudizio derivante da difetto di legittimazione passiva, e per conseguenza respinge la condanna al risarcimento dei danni. Ciò perché la responsabilità della struttura è una responsabilità contrattuale diretta fra clinica e paziente e si pone quindi fuori, come da giurisprudenza dettagliatamente citata, dall' ambito di cui all' art. 185 cod.pen. e cioè da quello concernente una responsabilità per il fatto illecito, colposo o doloso, del terzo, il che ne esclude la possibilità di essere chiamata a risponderne nel' processo penale.

Un secondo motivo di impugnazione consiste nella denuncia della illegittimità della condanna in solido di ICCS nei riguardi dell' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano e di Emiliana Belloni, che non avevano formulato nei suoi riguardi alcuna *vocatio in ius*, circostanza per la quale la Corte di primo grado dapprima aveva deciso in senso favorevole al responsabile civile per situazioni analoghe riguardanti altre parti civili per le quali aveva ritenuto non aver regolarmente costituito il rapporto processuale, mentre, successivamente, aveva invece respinto l' eccezione, pur versandosi, secondo ICCS, in un caso di violazione degli artt. 83 ed 84

c.p.p. con conseguente nullità ai sensi del citato art. 83 ovvero degli artt. 180,181 c.p.p.

Anche in questo caso vi è una dettagliata disamina della giurisprudenza e delle ragioni sottese alla richiesta, accompagnata dalla constatazione che per la parte civile Gaibotti, comunque, non vi era stata alcuna condanna in solido, perché la Corte aveva adottato la soluzione corretta prospettata al riguardo dal responsabile civile, mentre con altre, segnatamente gli eredi di Lefia Maria Saltos Aires, era intervenuta transazione che comporta la declaratoria di cessazione della materia del contendere.

Si contestata poi che, una volta dichiarata la penale responsabilità di Brega Massone e Presicci per il delitto di cui al capo 46), caso Schiavo, in motivazione sia stata menzionata la condanna degli imputati e del responsabile civile al pagamento di una provvisoria di 100.000,00, mentre in dispositivo il responsabile civile è stato menzionato solo con riferimento alla condanna solidale alle spese.

Per il caso che si volesse ritenere nella specie una mera omissione materiale, ICCS contesta allora la penale responsabilità degli imputati negando la presunta inutilità dell' intervento, in relazione al quale, semmai, costoro potevano essere considerati responsabili di avere proceduto ad un intervento senza diagnosi di tumore al polmone reputata non certa, ma semplice ipotesi.

Rispetto ad essa non poteva essere opposta, senza controindicazioni, la opportunità dell' effettuazione di una preventiva biopsia o di un esame agobiatico con il rischio di uno pneumotorace, come rivelato dallo stesso consulente del PM, Ronchi o altre conseguenze, tanto più che ad una diagnosi certa non si era pervenuti nemmeno all' esito dell' intervento e non era stato fatto alcun riscontro autoptico, con il che non era stata smentita l' affermazione dei consulenti ICCS, che avevano parlato di formazione tumorale del nodulo all' 80%.

Peraltro, la morte del paziente non rappresentava certo la concretizzazione di alcuno degli specifici rischi operatori valutabili ex ante.

Il quarto motivo riguarda la responsabilità dei due citati terapeuti per il delitto di cui al capo 31), caso di Pasquale Colonna, e la conseguente condanna a carico di ICCS al risarcimento del danno con assegnazione di provvisoria di 40.000 euro a Grazia Giovanna Colonna e Antonia Cavallo, per le lesioni dolose aggravate al congiunto.

Ciò perché, nel momento in cui l' intervento era stato effettuato, al di là del contrasto sul corretto consenso informato raccolto, esso non poteva essere ritenuto inutile (come pure il talcaggio), ma aveva permesso di accertare la presenza di un carcinoma squamoso al polmone e non vi erano stati danni sul piano anatomico e funzionale per la modestia delle asportazioni. Per contro, un'alternativa diagnostica meno invasiva sarebbe potuta accompagnarsi ad una più rapida evoluzione della malattia; comunque, l' impossibilità di attribuire all' intervento la causa del decesso escludeva la sussistenza di un danno risarcibile.

Stessa contestazione nel quinto motivo per il delitto di cui al capo 34), caso Garlaschi, in cui la Corte aveva parlato di impressionante serie di interventi invasivi sul paziente, vale a dire cinque interventi alcuni dei quali di semplice pulizia, al cui esito (dopo i ripetuti prelievi di pleura, peraltro antecedenti alla VATS) si era addivenuti all' individuazione del batterio (*aspergillus*), causa dell' infezione e all' intrapresa di una terapia adeguata, mentre era incongruo, ai fini della sussistenza della malattia, pretendere di stigmatizzare l'intervento, non attuato in regime ambulatoriale.

Viene contestato anche il diritto al risarcimento da parte di "Medicina democratica e Movimento di lotta per la salute ONLUS", poiché la legittimità della costituzione di questo ente come parte civile e conseguentemente la pretesa risarcitoria erano in contrasto con i criteri fissati dalla nota sentenza 599/2000 delle SS.UU.

Invero, l' affermare la risarcibilità di lesioni per posizioni diverse dai diritti soggettivi non doveva aprire una strada indiscriminatamente ampia per ogni ente esponenziale, essendo necessario comunque rispettare il disposto dell' art. 91 c.p.p., tant'è che, quando il legislatore aveva voluto superarlo, lo aveva fatto espressamente, come nel caso del delitto di usura. L' impugnata decisione della Corte, invece, ha comportato per conseguenza l' incremento esponenziale del novero dei potenziali danneggiati dal reato, senza contare nello specifico il deficit di sorveglianza della stessa ONLUS e l' impossibilità di valutare l' onere economico delle attività che l' Ente dovrebbe prevedere e poi porre in atto, per rimediare alla presunta attività illecita degli imputati (osserva ICCS che gli enti esponenziali possono agire solo per il risarcimento dei danni patrimoniali subiti a mente dell' art. 2043 c.c., cosa di cui non era stata fornita alcuna prova).

Anche le condanne al risarcimento in favore della Regione Lombardia e della ASL milanese vengono contestate per via, anzitutto, di una illegittima duplicazione di richieste da parte di due distinti Enti che, tuttavia, hanno fatto valere la stessa identica pretesa che pure spetta all' uno ovvero all' altro, alternativamente, ma non congiuntamente.

Sostiene la difesa di questo responsabile civile che la duplicazione riguarda non solo le cartelle cliniche, oggetto di contestazione sia nel primo che nel secondo processo e relative ai medesimi imputati, ma anche quelle, pure identiche in entrambi i processi, per le quali non vi è coincidenza soggettiva fra gli imputati, come da tabelle alle pagg. 36 e ss. dell' atto di impugnazione, fatta avvertenza che erano state assunte decisioni risarcitorie anche con riferimento a reati già prescritti in primo grado, secondo il calcolo a ritroso del *dies a quo* in tema di prescrizione svolto a pag. 44.

Anche in questo caso la difesa non manca di sottolineare la negligente attività di controllo esercitata dai due enti costituitisi parte civile, omissione di certo rilevante sotto il profilo risarcitorio, dovendosi altresì considerare che la scelta o la necessità di procedere a più processi non poteva di per sé comportare una moltiplicazione dei risarcimenti per danno di immagine.

Rileva ancora la difesa come, anche a voler prescindere dalla circostanza della diversa qualificazione del danno di immagine data dalla Regione e dalla ASL (danno morale per offesa a posizione soggettiva costituzionalmente tutelata per la Regione, danno patrimoniale per la ASL), la competenza a decidere in merito era della Corte dei Conti, perché la Corte costituzionale aveva chiarito come si trattasse di un danno ascrivibile alla categoria del danno erariale, in ciò respingendo la osservazione del primo giudice in merito al fatto che, nella specie, il danno non fosse stato causato da pubblici dipendenti.

Il risarcimento poi aveva riguardato anche le cosiddette cartelle dubbie il che, a prescindere dal fatto che non era chiaro capire quando si fosse in presenza di cartelle dubbie piuttosto che irregolari, era in manifesta violazione del principio "*in dubio pro reo*" e la difesa denuncia anche errori di calcolo (vedi pag. 49, in fondo). La doglianza viene estesa anche alle assegnate provvisoriale, accordate nonostante il cospicuo pagamento di somme già pagate da parte di ICCS.

Come poco sopra anticipato, questa difesa contesta il calcolo della prescrizione, segnatamente l'individuazione del *dies a quo* nei reati di truffa, perché era del tutto arbitrario individuare il momento consumativo del reato facendolo coincidere con il marzo successivo alla presentazione delle richieste di rimborso (1 marzo 2007). Invero, l'obbiettivo incertezza di ricostruire il momento della concreta percezione dei rimborsi aveva spinto la Corte d'Assise a stabilire una data connotata da ampi margini di arbitrarietà. Tuttavia, anche in questo caso il principio dell' *in dubio pro reo* avrebbe dovuto portare a valorizzare il momento della condotta, con conseguente declaratoria di prescrizione di ogni cartella, presunta falsa, chiusa sino a tutto il 9 ottobre 2006, vale a dire sette anni e sei mesi prima del 9 aprile 2014, data di pronuncia del dispositivo della sentenza impugnata.

Anche la condanna al risarcimento e relativa provvisoria nei confronti dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano viene contestata, non solo in base al già formulato motivo riguardante la *vocatio in ius*, ma anche sulla base della presunzione dei giudici di un aggravamento del danno rispetto a quello già riconosciuto con la sentenza passata in giudicato, tanto più che la Corte aveva osservato che si trattava di richiesta avanzata nei confronti degli stessi imputati e tenuto conto anche in questo caso del negligente controllo sull'operato dei terapeuti chiamati a risarcire.

Dal che conseguiva che quantomeno la provvisoria accordata fosse priva dei presupposti legittimanti ed in subordine esorbitante.

E' poi contestata da ICCS la condanna alle spese di pubblicazione in solido con alcuni imputati della sentenza di primo grado, posto che detta pubblicazione era già stata ordinata agli imputati condannati in via definitiva ai sensi dell'art. 36 c.p. per una sola volta sul *Corriere della Sera* e su *La Repubblica*, decisione da revocare anche perché adottata anche su richiesta della parte civile Belloni (di cui era contestata la legittimazione per difetto di *vocatio* e dei costituiti eredi Farina, Emanuele e Maddalena Trombetta, con i quali era intervenuta transazione).

L'appello si duole, infine, della mancata compensazione anche parziale delle spese di lite e della incongruità del liquidato rispetto ai parametri forensi di cui al noto DM 55 del 2014. Le conclusioni sono in linea con quanto sopra esposto.

Da ultimo deve dirsi che, con atto depositato in Cancelleria il 29 settembre 2015, la paziente Simona Zito, oltre ad avanzare separata richiesta per l'ammissione al patrocinio a spese dello Stato, ha dichiarato di rinunciare alla domanda di risarcimento del danno nei confronti di Eukos SpA, ferme le richieste nei confronti dei chirurghi Brega e Presicci.

Sono stati presentati tempestivamente motivi nuovi da parte di alcuni imputati.

Per la difesa di Brega Massone, il primo riferimento è alla questione relativa al consenso delle persone offese, dandosi preliminarmente conto del fatto che, comunque, il numero di quelle sentite in primo grado era stato sostanzialmente esiguo e che dunque non si poteva parlare di sistematica ricorrenza di eventuali violazioni.

Secondo la difesa, la Corte aveva confuso tra moduli di consenso all'intervento chirurgico e moduli al consenso anestesilogico, questi ultimi immotivatamente contestati ai chirurghi e non agli anestesisti, sulla base di una posizione di controllo e garanzia sull'operato altrui, ritenuta nello specifico non casuale perché utile alle finalità perseguite dagli autori degli interventi (vedi in particolare il caso Dalto).

Se era poi vero che alcuni moduli di consenso presentavano insufficienze formali, la normativa in materia (convenzione di Oviedo o Codice di deontologia medica, prima e dopo la modifica del 2014) prevedeva che il consenso fosse orale e che il modulo avesse una funzione integrativa e non sostitutiva dell'informazione verbale.

Lo stesso Sartori ne aveva ridimensionato il valore, quando aveva sostenuto che si trattava di un foglio utile soprattutto a proteggere il sanitario e non il paziente. Da ciò, per la difesa l'esame delle dichiarazioni dei pazienti, costellate di "non ricordo" e certamente da poca chiarezza in ordine a ciò che essi veramente avessero ritenuto di quanto era stato loro detto.

Naturalmente la difesa contesta anche una ipotesi, talora richiamata dal giudice di primo grado, di consensi carpitati, laddove tale operazione sarebbe stata compiuta prospettando la possibilità di un tumore al paziente, a riprova del dolo dei chirurghi, senza che vi fosse alcuna prova che la preoccupazione del sanitario avesse costituito un mero espediente per forzare la volontà dell'interlocutore.

Esaminando la giurisprudenza della Cassazione, la difesa ha anche osservato che la condotta commissiva o omissiva del terapeuta doveva essere valutata

indipendentemente dal fatto che detta attività fosse stata espletata con il consenso o senza consenso del paziente, dato che l' inosservanza dell' obbligo non influisce sulla colpevolezza.

E, traendo spunto da ciò, la difesa ha esaminato il tema del consenso nei quattro casi di omicidio, rilevando che:

- nel caso Dalto, era perfettamente logico che la scheda fosse stata firmata dal figlio dato che il padre era vigile, ma non orientato; la scheda di consenso all' intervento era completa, mentre i rilievi attingevano quella anestesilogica; il figlio aveva affermato che Brega gli aveva espresso i rischi dell' intervento e aveva ricordato le discussioni che avevano preceduto l' operazione e che avevano coinvolto anche gli anestesisti, i quali avevano discettato della rischiosità elevatissima di un intervento collegato all' età anagrafica, ma non biologica, del parente (discussione non riferita peraltro dal teste all'imputato);

- nel caso Schiavo, la Corte aveva qualificato come "carpito" il consenso, sulla base dell' affermazione di una diagnosi sicura, ma risultava chiaro come se ne fosse discusso, tanto che il nipote aveva rimesso la decisione al nonno, che aveva accettato in tutta libertà di sottoporsi all' intervento, ben consapevole della sua età e del suoi due bypass;

- nel caso Scocchetti, lo stesso medico curante, dott. Tansini, aveva riferito che la donna voleva essere messa al corrente di tutto e di averle spiegato molto bene la necessità di sentire un chirurgo toracico per i suoi ripetuti versamenti, evidenziando i rischi del continuare con la toracentesi; quando aveva espresso il suo consenso, la Scocchetti era del tutto lucida;

- nel caso Vailati Canta, seppure il documento aveva delle incompletezze, non c'era nessuna evidenza che la paziente fosse stata fuorviata nell' espressione del suo consenso informato.

Anche le intercettazioni telefoniche sono tornate sotto la lente di ingrandimento di questa difesa, che stigmatizza i rinvii fatti della Corte a quanto stabilito nella sentenza passata in giudicato riguardante Brega e poi passa ad esaminare la nota conversazione con l' anestesista Porcheddu, il quale, se era apparso contrario all' anestesia, non aveva invece avuto alcuna contrarietà all' indicazione chirurgica.

Quanto alla sineddoche della "mammella novantenne", la difesa evidenzia che conversazioni in cui espressioni di natura non dissimile erano state

usate da altri sanitari (Squicciarini, Galasso), senza che a ciò si debba attribuire una valenza offensiva.

Le captazioni, peraltro poste in essere due anni dopo i fatti, davano certo conto del fatto che Brega, come altri, fosse in ansia per portare alla Santa Rita più pazienti possibili, ma questo non significava disponibilità ad operazioni abusive, di certo irrilevante essendo l'osservazione della Corte in merito alla circostanza che gli imputati avessero cercato giustificazioni in astratto al loro operato ancor prima delle contestazioni.

Anzi, dalle captazioni era emerso che Brega fosse tranquillo quanto ad indicazioni chirurgiche e, al massimo, si aspettasse una contestazione di reati patrimoniali.

Emergeva, semmai, come la chirurgia fosse la passione esistenziale di Brega, cui molti pazienti si erano rivolti con piena soddisfazione (lo aveva detto la stessa Galasso) e, in qualche caso, il primario aveva dirottato il paziente verso altri nosocomi, con ciò dimostrando di non essere animato da motivi venali.

Di seguito, la difesa torna sulla nozione del dolo eventuale nella giurisprudenza recente formatasi con la sentenza Thyssen, richiamando ancora i tre elementi costitutivi del dolo eventuale nell'omicidio per mano del chirurgo: a) assenza di indicazione chirurgica; b) volontà di sottoporre il paziente ad un intervento abusivo (dolo di ledere); c) nesso causale fra intervento e morte. Tutti elementi ritenuti non sussistenti nella specie in nessuno dei casi Schiavo, Vailati, Scocchetti, Dalto; tutti separatamente di nuovo esaminati a tal fine. In particolare l'ultimo, per il quale viene richiesta la rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale per espletare una perizia sulla circostanza per cui il paziente avesse o meno avuto un infarto, circostanza sulla quale i consulenti del PM erano stati assolutamente poco precisi.

Infatti, una affermazione semplice di patologia cardiaca recente attestata in sentenza in realtà non poteva a condurre a sostenere l'esistenza di una controindicazione all'intervento, se poi fino al momento dell'intervento medesimo non fosse contestato che il degente era in una condizione di equilibrio sufficientemente stabile e, successivamente all'intervento, egli fosse in equilibrio funzionale respiratorio soddisfacente per la patologia che gli era propria.

Le contestazioni dei consulenti del PM sul punto si scontravano con i dati emergenti dalla cartella clinica, quando avevano affermato il sopraggiungere di una insufficienza respiratoria acuta nel post intervento.

Vi erano quindi fortissimi dubbi sulla sussistenza del nesso causale, non idoneamente integrato dal sopravvenire di ipotensione, ben contrastato nell'immediato prosieguo della degenza, perché i dati clinici esaminati provavano ampiamente che le funzioni cardiocircolatorie e respiratorie di Dalto erano state preservate nel limite del normale.

Con i motivi nuovi, la difesa di Presicci osserva quanto segue.

Con il primo motivo viene esaminato, e contestato ancora, il cosiddetto "sistema Santa Rita", con l'augurio che questo giudice di appello non si faccia condizionare dalla sentenza passata in giudicato e più volte citata, ma esamini caso per caso i singoli episodi riportati nei capi di imputazione.

Ciò per non incorrere in errori metodologici, come quello in cui era incorso il giudice di primo grado per i casi di senologia dove, a parità di indicazione chirurgica, Presicci era stato condannato in quattro casi (Zito, Duré, Pananini, Fornetti) per truffa falso e lesioni, mentre per altri sei casi solo per falso e truffa (Visigalli, Polignino, Losi, Aiolfi, Abbà, Barraco),

Da qui un'ulteriore disamina dei casi; ad esempio, il caso Fornetti, nel quale Presicci era stato chiamato a rispondere come secondo operatore del secondo intervento e non del primo, con la conseguenza che non era comprensibile la contestazione mossagli di falso e truffa, se non inserendolo in un sistema truffaldino generalizzato (a parte l'assenza di motivazione circa il pericolo di vita).

La difesa ricorda anche il caso Zito, con la negata acquisizione delle emergenze di CTU e CTP disposte nel giudizio civile in base al preconconcetto costituito dalla condanna già intervenuta per altri casi, senza tenere conto della poca chiarezza dei ricordi della paziente che era giunta a disconoscere una firma di consenso al terzo intervento (quello incriminato), nonostante l'avesse in precedenza riconosciuta come sua e fosse firma identica a quella su altri moduli.

Viene citato il caso Duré, nel quale l'insistenza della paziente ed il suo pieno consenso all'intervento scagionavano Presicci, peraltro estraneo ai reati di falso e truffa, per non avere firmato la SDO.

Analogamente, nel caso Paganini, l'indicazione chirurgica all'intervento era stata posta molto tempo prima da terzi e vi era stato pieno consenso dell'

avente diritto. Anche in questo caso, Presicci era estraneo ai reati di truffa e falso per non avere firmato la SDO.

Inoltre, la Corte di primo grado aveva travisato le parole dell' imputato, laddove aveva sostenuto che egli si fosse adeguato alla maggiore esperienza di Brega; in realtà, Brega non aveva una maggiore esperienza, ma era l' unico ad avere la specializzazione in chirurgia generale.

Del resto, rileva la difesa, gli anestesisti non erano stati attinti da alcuna contestazione per i casi di senologia, pur essendo essi in grado di valutare la correttezza o meno degli interventi, mentre, a parità di impostazione accusatoria, Presicci non era stato ritenuto responsabile di vari interventi, ma solo di truffa e falso.

La difesa poi avanza richiesta di rinnovazione dibattimentale per acquisire due ordinanze di archiviazione, peraltro allegate i motivi nuovi, illustrandone la rilevanza (caso Pedrazzini, di trauma toracico, dove l' evacuazione di 1500 cc dalla pleura aveva convinto il PM della ragione dell' intervento, mentre ciò non era avvenuto per il caso Carli, dove una evacuazione ben minore non aveva salvato gli imputati dalla condanna, per via della sostenuta necessità di procedere con drenaggio toracico).

Era interessante rilevare che, con la richiesta di archiviazione, il PM aveva osservato come, salvo un possibile errore dei medici, nel caso non si ravvisasse alcuna volontà di intervento abusivo o fraudolento, dal che non si comprendeva come, in un caso, ai chirurghi potesse essere contestato il dolo e, nell' altro, neppure la colpa e perché essi avrebbero dovuto lucrare su solo uno dei due casi.

Eguale il PM per il caso Pisati aveva ritenuto corretto l' intervento di saturazione in VATS, mentre nel processo attuale non erano mancate censure per interventi eseguiti in caso di solo abbassamento dell' emoglobina, circostanza che nella richiesta di archiviazione era stato ritenuto suggestiva di un focolaio emorragico, correttamente approcciato con l' intervento praticato.

Il tutto ad evidenziare una totale mancanza di metodo nelle contestazioni dell' accusa nel presente processo.

Con i motivi nuovi per Pansera viene ribadito come l' esperienza chirurgica dell' imputato, prima del suo ingresso in Santa Rita, fosse in contrasto con la ritenuta sussistenza del dolo nel caso Scocchetti, proprio con riferimento ad interventi in VATS con talcaggio in pazienti oncologici.

Si fa riferimento al suo periodo di lavoro presso il reparto di chirurgia toracica presso il San Raffaele (HSR), dove erano stati eseguiti 90 casi di talcaggio su pazienti oncologici, interventi che, presente o no Pansera, avevano evidentemente indotto in lui la ragionevole aspettativa di un benigno decorso dell' intervento praticato sulla Scocchetti e sulla validità in generale di siffatto approccio.

Di queste cartelle era richiesta l' acquisizione ex art. 603, 2° comma c.p.p. (prova sopravvenute o scoperte dopo), perché lo studio dell' esperienza concreta del sanitario era imprescindibile nel momento in cui si doveva stabilire la consistenza dell' elemento soggettivo del grave reato posto a suo carico, da valutare e ritenere secondo i parametri indicati dalla Cassazione.

In HSR nel corso di dieci anni, Pansera aveva partecipato a 21 VATS con talcaggio in pazienti oncologici, senza mai imbattersi in un paziente con versamento bilaterale. La difesa inoltre ha proceduto ad un richiamo generale di tutte le VATS effettuate in HSR, anche riferibili a pazienti non oncologici (altri 51 casi).

E' ovvio per la difesa che un accurato esame di queste cartelle e del vissuto ospedaliero di Pansera deve condurre allo sgretolamento dell' accusa mossagli, perché da ciò emerge che in tutti i casi di versamento era stato effettuato un talcaggio dopo la VATS, risultando anche dimostrato che il primario di quel reparto di HSR, prof. Zanini, si era ampiamente discostato, evidentemente ritenendole inadeguate, dalle modalità di approccio indicate dai consulenti del PM.

La difesa inoltre cita precedenti interventi su pazienti in condizioni simili alla Scocchetti, effettuati in due casi presso HSR, uno in Santa Rita di cui si è già detto (caso Teresita Adriano, riuscito).

Ebbene, i due interventi effettuati in HSR erano perfettamente riusciti (pazienti Reale ed Adriano).

La difesa si duole poi del fatto di avere richiesto ulteriori dati per gli opportuni confronti a molti nosocomi del Paese (fra cui lo IEO), ribadendo la non eccezionalità delle condizioni della Scocchetti ed ha proseguito, sottolineando il decorso degli operati in VATS presso HSR per sottolinearne il carattere benigno della prosecuzione in degenza.

Presso HSR vi erano stati casi di talcaggio (7) anche senza presenza di versamento, questo a confutazione del fatto che Pansera avesse

accondisceso all' aggressione, nell' intervento, del lato sx dove il versamento era certo molto minore.

In HSR erano comunque praticate anche biopsie multiple (vedi pag. 15). L' esperienza in HSR permetteva alla difesa di confutare altre affermazioni fatte dal giudice di primo grado; anche con riferimento al consenso informato sono stati prodotti due moduli raccolti in HSR, a dimostrazione della diffusione di una certa sommarietà nella descrizione degli interventi (pag. 18).

Rilevando come l'esperienza maturata in HSR attestasse la convinzione di Pansera circa la finalità terapeutica degli interventi in VATS, la difesa, quanto all' esperienza concreta del chirurgo, sottolinea come egli avesse eseguito in HSR come primo operatore solo 3 interventi nel quinquennio di specialità, ed in nove anni di attività come specializzando o specialista solo 10 interventi come primo operatore, 223 come secondo operatore; il tutto a riprova di una statistica sicuramente insufficiente rispetto anche agli standard quantitativi minimi.

Esaurito quindi il primo motivo sostanzialmente attinente all' elemento soggettivo, la difesa contesta le circostanze aggravanti della connessione teleologica e quella di cui all' art. 61 n. 4 c.p.p., sempre con riferimento al caso Scocchetti.

La prima non sussisterebbe, in quanto la VATS bilaterale in unico intervento non ha effetto sul DRG e quindi non incide sull' entità del rimborso e si tratta poi di circostanza non conosciuta dall' imputato, che nella specie nulla sapeva di DRG, SDO e codici (la difesa ribadisce l' irrilevanza funzionale sulla paziente della resezione atipica e dunque la sua estraneità causale al decesso della Scocchetti). La seconda resterebbe esclusa dalla stessa logica dell' intervento e comunque viene chiesta la dichiarazione di prevalenza delle circostanze attenuanti generiche ex art. 62 bis c.p.

In chiusura, la difesa elenca la documentazione HSR e IEO di cui chiede acquisizione ex art. 603, comma 2° c.p.p.

3. Osservazioni preliminari sulle sentenze di primo e secondo grado e sui rapporti con talune parti civili.

Come accennato, questa Corte ha rilevato una incongruenza fra la parte motiva ed il dispositivo della decisione di primo grado con riferimento al

caso di Maccarelli Giuseppina rubricato al n. 27) delle imputazioni, con contestazione di lesioni gravi in danno della paziente, rivolte a Brega e Presicci.

Invero, nel dispositivo della sentenza appellata per i due chirurghi risulta emessa sentenza di non doversi procedere per prescrizione (vedi pag. 880), mentre in motivazione viene affermata la loro piena responsabilità per il delitto loro contestato (vedi pagg. 404-417), senza riferimento all' istituto estintivo del reato in questione.

Trattasi di reato che, secondo l' accusa, sarebbe stato commesso in data 13 maggio 2005.

Pertanto, il delitto è comunque prescritto per quanto riguarda Presicci perché, essendogli state riconosciute le circostanze attenuanti generiche con carattere di equivalenza alle circostanze aggravanti contestate in applicazione della disciplina previgente alla legge 5 dicembre 2005 n. 251, il termine prescrizionale per lui si colloca in data di poco posteriore alla data del 13 dicembre 2012, anche conteggiando i giorni nei quali, in primo grado, il decorso della prescrizione è stata sospeso in conseguenza dell' adesione dei difensori all' astensione dalle udienze programmata dai loro organismi rappresentativi.

Si osserva infatti che la dilazione temporale della prescrizione è pari soltanto a dodici giorni se si ritiene che, anche senza provvedimento specifico, la prescrizione slitti automaticamente in caso di astensione dei difensori dalle udienze, e di soli giorni cinque in caso si ritenga la necessità del provvedimento sospensivo che, adottato all' udienza del 18 settembre 2013, ha visto la regolare ripresa delle udienze il giorno 23 settembre 2013. Il delitto non risulta invece prescritto per Brega Massone, per il quale non sono state riconosciute le circostanze attenuanti generiche, ragion per cui, considerato il disposto dell' art. 585 cod. pen. in rel. alla circostanza aggravante di cui all' art. 61 n. 2 stesso codice, il termine non era decorso né con la disciplina "ante Carotti", né con la successiva normativa (termine più favorevole dieci anni e sei mesi, salva interruzione).

Considerata la prevalenza del testo del dispositivo letto in udienza rispetto alla motivazione successivamente redatta, la Corte ha ritenuto che, in assenza di appello del PG (non vi è peraltro stata neppure costituzione di parte civile), la statuizione non possa essere in alcun modo corretta.

Evidente errore materiale è stato invece commesso dal primo giudice, laddove gli imputati Brega Massone e Presicci sono stati contemporaneamente condannati e prosciolti, sempre per prescrizione, per il delitto di cui al capo 32).

Si tratta di un manifesto refuso, laddove la condanna dei due chirurghi riguarda certamente, e tale deve intendersi, il capo 31), per il quale apparentemente non sembra essersi provveduto, vale a dire le lesioni gravi in danno di Colonna Pasquale, tant'è che nel dispositivo di quella sentenza (pag. 878) ICCS, Brega Massone e Presicci sono stati condannati anche a risarcire gli eredi costituitisi parte civile.

La declaratoria di non doversi procedere per intervenuta prescrizione riguarda invece effettivamente il delitto di cui al capo 32), cioè le lesioni che si suppone patite da Giovanni Incontro, reato abbondantemente prescritto prima della deliberazione della decisione di primo grado.

Quanto al delitto sub 31), si osserva che il delitto di lesioni gravi nei confronti di Colonna Pasquale non è prescritto per nessuno dei due imputati in ragione della disciplina di cui agli artt. 585 e 61 n. 2 cod. pen., perché risulta commesso, secondo il capo di imputazione, il 24 maggio 2006 e quindi soggetto solo al "nuovo" termine di prescrizione, non ancora decorso.

Va inoltre denunciato anche un errore commesso da questa Corte nella determinazione della pena a carico di Presicci, cui è stata calcolata nel dispositivo la pena finale di anni venticinque di reclusione, con irrogazione quindi per il reato sub 31), vale a dire le lesioni gravi in danno di Colonna Pasquale, di una pena di un anno di reclusione (come da calcolo successivamente esposto), mentre in primo grado per ciascuno dei casi di lesioni gravi è stata applicata in continuazione la pena di mesi quattro di reclusione. La pena complessiva a carico di Presicci sarà quindi di anni ventiquattro e mesi quattro e non di venticinque anni di reclusione come erroneamente indicato in dispositivo. Si tratta di un mero errore di calcolo che questa Corte ha provveduto a correggere con l' apposita ordinanza ex art. 310 c.p.

Va altresì ricordato che dopo la pronuncia della sentenza di primo grado sono intervenute tra i responsabili civili, in alcuni casi anche con estensione agli imputati, e le vittime o loro eredi delle transazioni.

In base alla documentazione prodotta, è cessata la materia del contendere degli imputati e del responsabile civile ICCS con Bergamo Michele, Marco

Vantini e Graziana Vedovi (eredi Vedovi), Sandra e Marco Sipioni (eredi Muraroli), Luis Armando e Marcos Antonio e Alessandra Beatriz e Katuskha Lorena Cruzatto Saltos (eredi Saltos).

Inoltre, per le stesse ragioni, ma limitatamente alla sola responsabile civile ICCS, debbono essere revocate le statuizioni in favore di Emanuele e Maddalena Rosanna Trombetta, eredi di Farina Luigi.

In questo caso, attesa l' intervenuta transazione, deve essere revocata anche l' ordine di pubblicazione della sentenza di condanna ex art. 543 cod. proc. pen., disposta su richiesta della parte civile Trombetta, come ICCS aveva richiesto peraltro nell' atto di appello sia pure con diversa motivazione, poiché in ogni caso questo ordine è rivolto alla riparazione del danno e resta quindi assorbito nell' accordo transattivo.

Anche la condanna del responsabile civile Eukos s.p.a. al risarcimento dei danni e alla rifusione delle spese in favore della parte civile Simona Zito deve essere revocata in conseguenza di transazione fra le parti e tale accordo fa venire meno le ragioni di esame dell' appello del responsabile civile che aveva invocato inammissibilità della domanda risarcitoria, esclusione, riduzione e comunque sospensione della provvisoria concessa.

4. Le questioni sollevate dal responsabile civile ICCS: difetto di giurisdizione del giudice ordinario in merito alla richiesta risarcitoria della Regione Lombardia nei suoi confronti; difetto di legittimazione passiva per assenza di sua vocatio in ius ad opera delle parti civili Belloni e Ordine Provinciale dei Medici e Chirurghi. La contestazione della legittimazione di alcune parti civili.

La questione della legittimazione passiva di ICCS, quale responsabile civile nel presente processo, è stata sollevata dalla stessa struttura sanitaria anche nel processo definito con la sentenza più volte citata della Corte di cassazione del 22 giugno 2103, nel procedimento che ha riguardato fatti analoghi di cui si è detto.

Tale eccezione aveva formato infatti oggetto specifico anche di ricorso per cassazione contro la sentenza della Corte d'Appello di Milano, ma è stata respinta (vedi pagg. 8 e ss. della citata sentenza allegata agli atti) dalla V sezione penale del giudice di legittimità.

In tale decisione, con una articolata motivazione, si evidenzia la fallacia del presupposto sostenuto nel ricorso, basato sul rilievo di un titolo di responsabilità contrattuale dell' ente, quando invece il responsabile civile, e non potrebbe essere altrimenti, è il soggetto giuridico tenuto al risarcimento dei danni perché obbligato per il fatto altrui ex art. 185 cod.pen. e 83 cod.proc.pen.

Poiché, come detto, la sentenza è stata allegata agli atti di primo grado, essendo stata pubblicata otto mesi prima della decisione impugnata in questo procedimento, appare alla Corte sufficiente rinviare alla sua lettura per respingere l' eccezione.

Parimenti infondati appare l' eccezione relativa al difetto di *vocatio in ius* del responsabile civile ad opera delle parti civili Belloni e dell' Ordine Provinciale sopra citato.

Il difensore di ICCS, pur richiamata la sentenza della Corte di cassazione già menzionata, fa rilevare come la citazione del responsabile civile possa non essere ritenuta necessaria allorché la parte intervenga nel giudizio pendente tra altre parti civili ed il medesimo responsabile civile, purché dichiarati che gli effetti della sua costituzione sono rivolti anche nei confronti del responsabile civile già presente nel giudizio e tale dichiarazione sia formalmente espressa non oltre il termine utile per la costituzione di parte civile,

Sostiene ICCS ciò non sia accaduto in questo caso, perché la verifica delle costituzione delle parti civili era già stata conclusa all' udienza del 23 febbraio 2013 e dunque eccepisce che la fattispecie concreta esuli da quella richiamata dal giudice di legittimità.

E' allora anzitutto agevole rilevare che nell' atto di costituzione di parte civile dell' Ordine Provinciale, redatto per l' udienza del 20 novembre 2012 e depositato in atti per la stessa udienza (nel cui verbale si dà appunto atto dell' avvenuta costituzione di parte civile da parte dell' avv. Pennasilico), udienza alla quale era presente il difensore pro tempore di ICCS, era già allegata la richiesta di citazione del responsabile civile tanto nei confronti di EUKOS spa che di ICCS. Lo stesso difensore dell' Ordine Provinciale, in apertura dell' udienza del 27 febbraio 2012, presente il difensore di ICCS, dichiarava di rinunciare alla costituzione di parte civile nei confronti degli imputati e del solo responsabile civile EUKOS spa, con ciò implicitamente mantenendo le richieste nei confronti del residuo responsabile civile.

Per la parte civile Belloni, il difensore ha evidenziato come, fin dall' udienza preliminare, in una sede dove cioè ICCS sia pure ancora come Clinica Santa Rita era già costituita, egli avesse svolto le sue richieste nei confronti di questo responsabile civile.

Per quanto invece attiene alla contestazione della legittimazione di Medicina democratica - Movimento di lotta per la salute - ONLUS, si tratta anche in questo caso di eccezione esaminata già nel corso del processo conclusosi con la sentenza passata in giudicato.

Invero ICCS, con il quarto motivo di ricorso, aveva sostenuto (come anche la difesa di Pansera) anche allora che una interpretazione idonea all' allargamento della platea dei soggetti legittimati, portatori di un interesse diffuso, avrebbe comportato sul piano sistematico un incremento esponenziale del novero dei possibili danneggiati dal reato, con conseguente scardinamento dell' intero assetto legale delineato dagli artt. 91 e ss. cod.proc.pen.

Nella decisione sopra citata la Corte di cassazione ha invece ritenuto dimostrato trattarsi nella specie di gruppo esponenziale caratterizzato da effettività, radicamento diffusione nazionale e non costituzione per il singolo processo e lo ha accreditato come titolare di una posizione giuridica direttamente tutelabile per il danno morale subito davanti all' autorità giudiziaria, in quanto rappresentativo degli interessi dei suoi associati.

Ulteriore questione alla quale si è fatto cenno nella esposizione dei motivi di appello parte dalla constatazione che, nella motivazione della sentenza impugnata, sarebbe stato riconosciuto il danno anche patrimoniale asseritamente subito dalla Regione Lombardia, così come altrettanto erroneamente sarebbe stato riconosciuto il danno non patrimoniale identificato nel danno all' immagine, richiamando la difesa di ICCS la decisione della Consulta 355/2010.

In realtà, nel dispositivo della sentenza impugnata vi è soltanto l' indicazione di una generica condanna al risarcimento dei danni, la cui liquidazione, evidentemente quindi anche con individuazione corretta delle sue componenti, è rimessa al giudice civile, con il che alla Corte appare del tutto incongrua in questa sede ogni disquisizione in ordine ai limiti giurisdizionali contestati, a prescindere dalla corretta interpretazione da dare al *dictum* secondo il giudice delle leggi con la sentenza menzionata nell' atto di appello di ICCS.

Va anche detto, per quanto riguarda la mancata condanna di ICCS a risarcire il danno, in solido con i chirurghi ritenuti responsabili, nei confronti della parte civile Mirella Schiavo in contrasto con la condanna invece alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla medesima, che la Corte d' Assise aveva provveduto con ordinanza del 23 giugno 2014 alla correzione dell' omissione materiale in dispositivo mediante il procedimento ex art. 130 cod.proc.pen. e quindi aveva disposto che dopo le parole "condanna Brega Massone Pier Paolo e Presicci Pietro Fabio in solido" fossero aggiunte le parole "col responsabile civile Istituto Clinico Città Studi". Il provvedimento di correzione è stato, tra l' altro notificato, all' allora difensore di ICCS, avv. Troyer, il 7 luglio 2014.

5. La richiesta di recupero della diminuzione del rito abbreviato.

Quanto alla richiesta di recupero della diminuzione di pena per il rito semplificato avanzata dai chirurghi, va osservato che il primo giudice (pag. 135) ha sostenuto che la richiesta di rito abbreviato condizionato all' audizione dei loro consulenti su tutti i casi di lesione e d omicidio non poteva essere accolta perché proprio l' esame dibattimentale di quei consulenti avrebbe dimostrato come l' accoglimento delle richieste istruttorie cui era stato condizionato l' accesso al rito abbreviato non avrebbe permesso, nel necessario contraddittorio, di esplorare compiutamente i casi clinici in contestazione; del resto le contestazioni dei consulenti delle difese avevano fatto emergere l' opportunità dell' audizione diretta di parti lese e familiari, le dichiarazioni dei quali sono state utilizzate nella decisione oggi appellata. Si contesta al primo giudice di avere respinto la richiesta con una decisione in contrasto con il dettato dell' art. 438, 5° comma cod.proc.pen., che impone al giudice di procedere al vaglio ammissivo non solo sulla base della compatibilità dell' ampliamento, ma anche in considerazione del suo carattere necessario.

Si tratta di una richiesta simile a quella formulata nel corso del giudizio di appello sui casi di lesioni di cui alla sentenza irrevocabile della Corte d'Appello di Milano, poi come più volte ripetuto confermata dalla sentenza della Cassazione.

In quel processo era stata infatti respinta in appello la richiesta già a suo tempo rigetta dal GIP.

Anche nel caso sottoposto all' attenzione di questo giudice, come nel caso delle diverse decine di casi di lesioni volontarie esaminati nel diverso giudizio, l' attività istruttoria richiesta si sarebbe tradotta in realtà in una piena istruttoria dibattimentale, essendole estranea la finalità meramente integrativa di parziali lacune (prova ne sia il fatto che nonostante siano state in primo grado tenute più di 50 udienze, le difese anche in questo appello hanno chiesto, e parzialmente ottenuto, quantomeno per le produzioni documentali una rinnovazione dibattimentale, instando peraltro per la realizzazione, negata, di una "perizia super partes").

L' integrazione richiesta era dunque del tutto incompatibile con le finalità deflattive del rito semplificato anche nel processo di cui si occupa questa Corte (ed a maggior ragione nei casi di omicidio).

Per quanto appaia ovvio che nel processo definito con sentenza irrevocabile i casi specifici siano diversi, seppure maturati nello stesso contesto con condotte che, secondo la confermata accusa sono state realizzate con modalità identiche a quelle che qui l' accusa presume, salvo l' ulteriore intervento, in taluni casi, dell' evento letale, non sarà inutile ricordare che la Cassazione con la più volte citata sentenza del 22 giugno 2013, decidendo sul dodicesimo motivo di ricorso di Brega Massone, riferibile appunto al mancato recupero del rito abbreviato, ha respinto l' eccezione che, allora come ora, era rivolta alla pretermissione dell' ulteriore requisito di accesso al rito semplificato in ragione della assoluta necessità dell' integrazione probatoria come ribadito dalla Corte costituzionale con sentenza n. 115/2001.

Ebbene (pag. 65 della sentenza) il giudice di legittimità ha sottolineato che la condizione positiva richiesta dal codice di rito è rappresentata dalla sussistenza congiunta, e non alternativa, tanto della necessità quanto della compatibilità dell' integrazione, con la conseguenza che la ritenuta, e sussistente, incompatibilità della richiesta istruttoria con il principio di speditezza processuale giustifica anche da sola il rigetto della richiesta (cfr. anche Cass. Sez. III, n. 219 dep 13 luglio 2012).

Dunque, l' audizione di numerosi testimoni, di consulenti e periti, l' acquisizione di ulteriore e copiosissima documentazione medica giustifica ampiamente la conclusione negativa assunta dalla Corte d'Assise sulla richiesta di recupero della diminuzione del rito semplificato.

6. La contestazione dell' ordinanza del 3 giugno 2013 sulla dedotta inammissibilità ed utilizzabilità delle principali consulenze tecniche del PM. La loro inattendibilità soggettiva ed oggettiva.

Come ricordato in precedenza, la difesa di Brega Massone ha rinnovato l' eccezione riguardante anzitutto il superamento da parte del medico legale Squicciarini dei confini dal quesito assegnatogli nell' altro giudizio, che riguardava inizialmente solo valutazioni afferenti la codifica di prestazioni sanitarie e relative anomalie, al fine di determinare il danno subito dall' ente pubblico.

Solo dopo che Squicciarini aveva espresso perplessità sugli interventi, il quesito sarebbe stato "ritoccato" ed esteso ad un giudizio di congruità fra diagnosi e terapia, senza un formale incarico attribuito peraltro ad un consulente non esperto di chirurgia toracica.

Si tratta di un motivo di impugnazione che è parzialmente diverso da quello proposto con il ricorso contro la sentenza della Corte d' appello di Milano del 26 marzo 2012 dinanzi alla Corte di cassazione, in cui è stata accolta l' inattendibilità soggettiva ed oggettiva dei consulenti del PM, Squicciarini e Sartori, perché privi dei requisiti prescritti di cui all' art. 359, comma 1° cod. proc. pen.

In primo luogo, però, non appare francamente comprensibile perché Squicciarini, nel condurre a termine l' incarico affidatogli inizialmente, non avrebbe dovuto esternare, cosa secondo questa Corte invece doverosa, i suoi sospetti sulla stessa congruità degli interventi rispetto alla diagnosi reale, circostanza che ha poi portato alla nomina di tre consulenti che - contrariamente a quanto sostenuto dalla difesa - erano tutti dotati di specifica competenza tecnica nelle discipline relative agli interventi, dettagliatamente esaminati e ben abilitati ad esprimersi sui rilievi per i quali il processo è stato avviato.

Come ha rilevato la Corte Suprema (pag. 48 sent. cit.), i tre specialisti avevano proceduto ad una approfondita valutazione operando autonomamente.

Quanto poi alla "incompetenza" di Squicciarini, le cui iniziali affermazioni sono state peraltro "raffinate" mediante le conclusioni di altri consulenti di parte, la Corte di cassazione ha ricordato nel processo "gemello" alla difesa di Brega Massone che correttezza od opinabilità di un soggetto capace e

non incompatibile ad opera della parte pubblica diviene questione di fatto devoluta al giudice del merito, unitamente ed in stretta connessione con quella dell' affidamento dato alle sue conclusioni quale prova nel processo, con la conseguenza che il giudice ha il solo dovere della completezza e della esaustività della motivazione sul punto.

Va allora considerato che, a partire da pag. 123 e fino pag. 130 della sentenza impugnata è stato ampiamente evidenziato il profilo professionale dei consulenti del PM.

Squicciarini (importante è ribadire che le sue cui iniziali valutazioni sono poi state affidate ad altri consulenti specificamente competenti per i settori in questione), che, seppure aveva cessato di fare il chirurgo dieci anni prima, tuttavia aveva assunto la responsabilità di numerosi ambulatori in Lombardia della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Ora, se si dovesse tacciare Squicciarini di "incompetenza ovvero di mancato aggiornamento in merito alle più moderne tecniche di intervento", non vi è dubbio che tale deficit sarebbe andato a vantaggio degli imputati e non a loro svantaggio.

Infatti, poiché quel consulente ha proceduto ad una verifica di 550 casi e ha segnalato per un approfondimento solo quelli che avevano destato le sue perplessità (pag. 124), e poiché i casi da lui evidenziati sono stati esaminati da altri consulenti, specialisti di settore (che hanno esaminato direttamente le cartelle e non le schede di Squicciarini) in totale autonomia, ne deriva che una eventuale incompetenza di Squicciarini avrebbe potuto condurre solo a trascurare altri possibili casi da segnalare all' autorità giudiziaria ma non il contrario, dato appunto il fatto che la scrematura iniziale venne poi sottoposta al vaglio degli specialisti di settori specifici professori Olivieri, Greco e Sartori e il cosiddetto collegio del prof. Ronchi (vedi pagg. 125 -125 sent.imp.).

Parimenti irrilevante appare il denunciare il pregiudizio di Sartori con riguardo alla metodica VATS sistematicamente utilizzata da Brega Massone (e come si è visto deprecata nelle intercettazioni telefoniche anche da suoi colleghi o dal prof. Legnani scelto per l' indagine interna dal proprietario, il notaio Pipitone) perché, seguendo l' insegnamento della Suprema Corte, è sul campo di ogni specifico intervento che deve essere valutata la congruità della consulenza.

Di certo (e lo rileva la stessa sentenza del giudice di legittimità resa nell'altro giudizio) non si è di fronte ad un "incompetente", la cui scelta non sia stata adeguatamente motivata in sentenza (in questa, come in quella resa a suo tempo dalla Corte d'Appello), dato che si tratta di soggetto dotato di molteplici titoli in materia di chirurgia toracica per aver eseguito oltre 10.000 interventi di chirurgia maggiore.

Prive di significato sono poi l'eccezione circa il fatto che gli specialisti di cui si è detto abbiano avuto a disposizione le schede valutative redatte da Squicciarini e la contestazione di una mancata autonomia di giudizio, se poi non risulta che gli specialisti si siano adeguati sempre pedissequamente alle valutazioni di quel consulente in ognuno dei casi esaminati, esprimendo opinioni con argomentazioni indipendenti, e ciò a prescindere da commenti sulla contestazione della professionalità dei consulenti medesimi, che tale eccezione sottintende.

Dunque, concludendo, la validità delle loro conclusioni, come del resto quelle dei consulenti di tutte le altre parti, andrà testata di volta in volta sul caso concreto.

7. L'eccezione delle difese circa la necessità di una rinnovazione dell'istruzione dibattimentale per procedere a perizia a norma dell'art. 603 cod.proc.pen.

Le difese hanno sostenuto che il ricorso alla perizia costituisce strumento imprescindibile per la valutazione di fondatezza e attendibilità delle analisi dei consulenti, dal che consegue che il giudice non è libero di scegliere arbitrariamente la ricostruzione scientifica da porre a base della propria decisione.

Anche in questo caso si tratta di una eccezione che ha costituito motivo di ricorso in Cassazione avverso la più volte citata sentenza della Corte d'Appello territoriale in tema di lesioni dolose.

La Corte di cassazione ha respinto l'impostazione delle difese Brega Massone, Presicci e Pansera, naturalmente nei limiti in cui poteva essere esercitato il suo sindacato al riguardo.

Da ciò che, tuttavia, la Corte ha esposto (pag. 49 sent. cit.) si rileva che, quantunque l'art. 495, 2° comma cod.proc.pen. sancisca il diritto dell'imputato all'ammissione delle prove da lui dedotte a discarico, il diritto alla

controprova non può avere ad oggetto l' espletamento di una perizia che, per sua natura, è un mezzo di prova neutro, non a carico e non a discarico, la cui valutazione è rimessa al potere discrezionale del giudice e perciò va negato che la mancata assunzione di un nuovo accertamento peritale possa configurare la violazione di un diritto della difesa.

Si tratta solo di valutare semplicemente, nel contrasto delle consulenze di parte opposta, se il giudice abbia congruamente motivato la superfluità della cosiddetta perizia "*super partes*" e, di volta in volta, la giustificazione dell' adesione alla tesi dei consulenti del PM piuttosto che a quelle prospettate dalle difese.

E' certo infatti che si richiede al giudice del merito una specifica motivazione sulle ragioni della scelta di aderire al giudizio di un consulente piuttosto che a quello di un altro e, al giudice di appello in particolare, sulla completezza dell' istruzione dibattimentale.

Pertanto, anche su questo punto si dovrà rinviare all' esame dei singoli casi per valutare la portata delle relative eccezioni dei consulenti delle difese e stabilire se il contrasto sulle specifiche posizioni tra consulenti di parte avversa sia risolvibile dal giudice con gli ordinari strumenti logici a sua disposizione piuttosto che con il ricorso a periti *super partes*.

In questa ottica, va fatta avvertenza che la Corte ha acquisito la documentazione riguardante la consulenza in sede civile sul caso Zito e il caso De Pol (estraneo a questo processo ed oggetto del giudizio definitivamente concluso), nonché quella inerente casi di archiviazione che le difese assumono non presentare differenze con quelli per i quali è stata invece richiesta ed affermata la responsabilità dei chirurghi, non essendo invece necessario l' esame dei consulenti dott. Marassi e prof. Grandi.

Va però detto che, quanto al caso De Pol, la Corte di cassazione aveva già evidenziato (pag. 52 sent.cit.) come il giudice penale avesse potuto utilizzare un elemento non valorizzato dai consulenti in sede civile e invece chiave di volta del ragionamento dei consulenti dell' accusa, e cioè quello "*della considerazione, negli accertamenti per immagini, dell' addensamento polmonare e del nodulo definito come "persistente", non solo con un trend positivo verso la risoluzione ma, quel che più conta, con una attestazione di decisa negatività nell' ultima rx effettuata*".

Dal che, evidentemente, consegue la irrilevanza intrinseca della denunciata, apparente, contraddizione fra l' esito della consulenza in sede civile e quanto ritenuto in sede penale.

Quanto ai casi archiviati, la difesa se ne serve per denunciare una disparità di opinioni dei PM in casi che, a loro giudizio, sono del tutto simili a quelli esaminati a proposito dell' opportunità di tecniche di approccio in rapporto alla quantità di versamento evacuato. Si deve osservare che quel che possa avere ritenuto il PM relativamente a casi che non formano oggetto del presente processo è del tutto inconferente.

I casi qui esaminati non sono stati rimessi al solo apprezzamento discrezionale del PM o del GIP, ma sono stati esaminati e "validati" da consulenti ed è solo su questo terreno che le parti devono misurarsi.

8. Una premessa di carattere generale.

A giudizio della Corte si rende necessaria ora una premessa prima di addentrarsi nelle singole fattispecie dei contestati delitti contro la persona, poiché le difese dei tre chirurghi, cui sono stati contestati i reati di lesioni volontarie, semplici o aggravate ex art. 583, 1° comma n. 1) cod.pen., o di omicidio volontario, quantomeno connotato da dolo eventuale, hanno fatto riferimento, anche nel corso della discussione, ad una pluralità di possibili diverse soluzioni o qualificazioni giuridiche delle condotte attribuite ai terapeuti.

Esse spaziano dalla affermazione della piena legittimità dell' operato dei chirurghi fino alla presumibile idoneità delle loro condotte ad integrare, in via ovviamente subordinata, casi di colpa ex artt. 43, 3° comma cod.pen. eventualmente aggravata ex art. 61 n. 3) cod.pen. o, in estremo subordine, casi sussumibili sotto la fattispecie dell' art. 43, 2° comma cod.pen. in rel. all' art. 584 stesso codice.

Ad avviso della Corte, il presupposto idoneo e necessario allo scrutinio dei fatti oggetto di questo processo penale è costituito dall' accertamento della natura attribuibile all' intervento praticato da ciascun chirurgo e alle finalità perseguite nell' operare.

Ciò perché, qualora gli interventi in esame siano stati sorretti da ragionevole indicazione terapeutica, o tale indicazione fosse stata ritenuta in buona fede sussistente dal medico, caduto in errore per mera negligenza,

imprudenza o imperizia, allora la condotta del chirurgo potrà essere vagliata sotto il profilo del relativo difetto di professionalità, eventualmente anche in termini aggravati dalla colpa cosciente.

In tal caso quindi con la legittimità dell' intervento tale condotta potrà, sussistendone gli estremi, essere sanzionata a titolo di colpa.

Per contro, se l' intervento sia stato posto in essere in assenza di una ragionevole indicazione terapeutica, con una condotta del medico assolutamente anomala e consapevolmente distorta rispetto alla prioritaria finalità curativa (in pratica cioè quando il medico abbia agito volutamente per finalità non strettamente terapeutiche), la qualificazione di ogni, anche limitata, incisione del derma del paziente sarà da qualificarsi come lesione dolosa.

In questo caso l' accertata illegittimità dell' attività medica non potrà che sgombrare la strada da qualsiasi ipotesi di mera condotta colposa, lasciando campo aperto alla possibile configurazione delle sole fattispecie di lesioni volontarie, di cui agli artt. 582 o 583, 1° comma n. 1) cod.pen. (in caso di sopravvivenza del paziente) ovvero, accertata la sussistenza del nesso causale fra condotta ed evento, a quelle di cui agli artt. 575 o 584 cod. pen. (in caso di decesso causalmente connesso), vale a dire omicidio volontario o preterintenzionale.

Compito quindi al quale la Corte dovrà accingersi sarà dunque quello di accertare, per ogni singolo caso sottoposto alla sua attenzione, se la scelta di intervento sia stata o meno giustificata, ovvero ragionevolmente giustificabile, (con una valutazione sicuramente *ex ante* come richiedono le difese) e di scrutinare la finalità, intranea od estranea alla tutela del paziente, perseguita dal terapeuta.

La decisione sul punto comporterà, come detto, l' obbligo di orientarsi verso l' una o l' altra delle possibili conseguenze sopra illustrate.

Infatti, come è stato chiarito da un noto e recente arresto giurisprudenziale del giudice di legittimità, *"l'intervento non posto in essere per finalità terapeutica non costituisce più un atto medico e in nulla si differenzia dalla condotta di chi lede volontariamente l' integrità fisica di una persona"* (Cass. 13 giugno 2013 n. 35104).

Quanto sopra detto è già stato in buona sostanza affermato anche nella sentenza appellata (pag. 16 e ss.), nella quale è stato ragionevolmente sostenuto che l' atto chirurgico legittimo deve essere espressione di una

finalità terapeutica perseguita nel rispetto dei protocolli terapeutici, tenuto conto delle alternative di intervento ipotizzabili nel caso concreto. Peraltro, se resta fermo che l'attività del terapeuta debba di regola essere valutata alla stregua degli standard comportamentali definiti dai protocolli, ciò non deve condurre di necessità a mortificare la scelta consapevole del medico che ritenga, stante la particolarità dello specifico caso, di dover percorrere una strada non consueta.

Invero, il progredire dello stato dell'arte deriva spesso proprio da tecniche innovative, ma il discostarsi dalle linee guida nella pratica quotidiana, tanto più se di *routine*, deve sempre essere giustificato in forza del sapere scientifico consolidato e, come attesta la sentenza impugnata, non in modo autoreferenziale; il discostarsene deve essere declinato in modo aderente alla situazione clinica affrontata.

Del pari si può dire che, al fine di orientarsi nella valutazione della condotta del terapeuta, soccorreranno allora numerosi parametri che saranno oggetto di esame specifico, quali, ad esempio, il contesto nel quale il medico ha operato, la collegialità nelle decisioni adottate, l'eventuale sistematicità degli interventi, le modalità di raccolta del consenso informato, le modalità stesse delle operazioni chirurgiche con riferimento alla completezza degli esami propedeutici e alla valutazione dell'anamnesi e alla gradualità di approccio, l'osservanza delle linee guida.

Deve infatti essere ricordato, anche se il principio è stato contestato dalle difese degli imputati attinti in primo grado dalle condanne più severe, che vi è un principio fondamentale nell'ars medica.

Tale principio impone di procedere seguendo una scala di condotte che parta da quella che presenta aspetti di minore invasività rispetto a quelle più invasive, e dunque con un approccio graduale⁴.

La gradualità, giustificata in minor misura anche dalla necessità di contenere la spesa sanitaria per quanto possibile, trova la sua più pregnante ragion d'essere nel perseguire prudentemente, con l'obbligare a più procedure, l'obiettivo di evitare errori diagnostici o terapeutici e nel limitare l'approccio, risparmiando al paziente sofferenze evitabili.

⁴ Approccio stigmatizzato, come sottolineato nella sentenza impugnata e come si vedrà in seguito, nelle captazioni telefoniche anche da colleghi del dott. Brega Massone, ovvero del medico incaricato, prof. Legnani, di controllarne l'operato dal proprietario della clinica, dopo l'intervento della ASL competente.

Perciò, enfatizzare sempre e comunque la legittimità della cosiddetta *chirurgia diagnostica*, vale a dire l'approccio chirurgico "*di primo acchito*", senza avere prima affrontato patologia o sintomo con presidi o cure meno afflittive, appare in linea di principio un controsenso, se applicato indiscriminatamente e non limitato a quei soli casi in cui procedere diversamente non sia possibile.

Sarà perciò ancora una volta l'esame dei casi specifici a far emergere il rispetto delle regole ovvero la ingiustificata deviazione da esse, senza necessità di addentrarsi ora a dibattere astrattamente di questioni (vedi ad esempio quella dei possibili falsi negativi in esami condotti secondo gli step) che rischiano di essere sterili, se non rapportate a vicende concrete, fatta avvertenza che quando un caso concreto richiederà la trattazione di un tema comune ad altri casi, esso sarà affrontato con motivazione destinata a valere, qualora non richiamata, anche per i casi analoghi.

Va ricordato perciò, riassumendo quanto detto, che proprio la sentenza della Corte di cassazione, in cui sono stati da ultimo esaminati tutti gli altri casi di lesioni volontarie contestate ai chirurghi Brega Massone, Presicci e Pansera, ha molto insistito sul rispetto della necessità che l'intervento sia eseguito a regola d'arte e che, perciò, una condotta dolosa del terapeuta è ravvisabile non solo con riferimento ai casi in cui l'intervento chirurgico non è neppure contemplato fra le prestazioni somministrabili in relazione alla patologia, ma anche in quelli in cui ci si sia allontanati dalle linee guida tradizionali, saltando step, ad esempio non attendendo l'esito di esami di laboratorio e procedendo ad un intervento invasivo come prima scelta.

Non minore importanza il giudice di legittimità ha attribuito alla redazione dei moduli di consenso informato, poiché la volontà del paziente deve formarsi anche sulla conoscenza delle alternative possibili date dalla scienza medica e deve ribadirsi che un consenso informato, nel quale sia stato del tutto omessa la menzione delle alternative diagnostiche o terapeutiche possibili, incide sulla validità del consenso espresso all'intervento, "neutralizzandolo".

Tale condotta comporta di per sé che l'intervento sia "contro" la volontà del paziente, realizzando una illegittima coazione del suo volere, e ciò conduce ad una valutazione negativa della sua liceità, indipendentemente dall'esito fausto o infausto dell'operazione, sul quale peraltro gli imputati, in modo particolare Pansera, hanno spesso insistito.



Ed allora sembra proprio il caso che sia necessario riportare per intero la motivazione della sentenza della Corte di cassazione del 22 giugno 2013, al fine di sgombrare definitivamente il campo da tutte le incertezze che possono sorgere dal fraintendimento degli orientamenti dello stesso giudice di legittimità in relazione alla liceità o meno degli interventi chirurgici.

Dice sul punto la sentenza citata, prendendo spunto da motivi di ricorso formulati da Brega Massone e Pansera avverso la sentenza della Corte d'Appello di Milano:

"Oggetto di censura è la nozione di "malattia" accolta in sentenza. Una nozione che, invece, le difese vorrebbero far discendere dagli approdi della sentenza delle SSUU Giulini, secondo la seguente equazione: esito non infausto dell'intervento chirurgico, nessuna malattia.

Occorre osservare che alla sentenza delle SSUU Giulini, evocata dalla difesa, si deve una precisa ricostruzione dell'"attività medica" ed in particolare di quella "chirurgica". In rapporto, tra l' altro, al reato di lesioni personali dolose, ricostruzione resa necessaria dalla stratificazione delle sentenze sul tema della configurazione, in tale prospettiva, della origine della legittimazione dell'intervento medico-chirurgico e sviluppata, dalle stesse SSUU, non tanto in rapporto alla scriminante tipizzata del consenso dell'avente diritto, come definita dall'art. 50 cod. pen., quanto alla stessa finalità, che le è propria, di tutela della salute, quale bene costituzionalmente garantito.

Recependo conclusioni già raggiunte dalla giurisprudenza di legittimità in sede civile e valorizzando la giurisprudenza costituzionale, le Sezioni unite hanno optato per il principio secondo cui il bene della salute è tutelato dall'art. 32, primo comma, della Costituzione, "non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo" (sentenza C. cost. n. 356 del 1991), che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n. 307 e 455 del 1990), in quanto "diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati" (sentenze n. 202 del 1991, n. 559 del 1987, n. 184 del 1986, n. 88 del 1979). il diritto ai trattamenti sanitari è dunque tutelato come diritto fondamentale nel suo "nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto" (v., fra le altre, sentenze n. 432 del 2005, n. 233 del 2003, n.252 del 2001, n. 509 del 2000, n. 309 del 1999, n. 267 del 1998).

Altrimenti detto, le Sezioni unite hanno riconosciuto alla attività sanitaria, proprio perché destinata a realizzare in concreto il diritto fondamentale di ciascuno alla salute, ed attuare — in tal modo — la prescrizione, non meramente enunciativa, dettata dall'art. 2 della Carta, una base di legittimazione direttamente rintracciabile nelle norme costituzionali, piuttosto che attribuire ad esse la non antigiusudicità desunta dalla operatività delle cause di giustificazione previste dal codice , e variamente evocate da giurisprudenza e dottrina, tanto con riferimento

al consenso dell'avente diritto, quanto all'esercizio di un diritto o all'adempimento di un dovere.

Hanno concluso le Sezioni unite osservando che se di scriminante si vuol parlare, dovrebbe, semmai, immaginarsi la presenza, nel sistema, di una sorta di "scriminante costituzionale", tale essendo, per quel che si è detto, la fonte che "giustifica" l'attività sanitaria, in genere, e medico chirurgica in specie, fatte salve soltanto le ipotesi in cui essa sia rivolta a fini diversi da quelli terapeutici come nel caso degli interventi a carattere sperimentale puro o scientifico, e degli interventi che si risolvano in un trattamento di pura estetica.

È il caso, sul punto, di sottolineare che tali rilievi delle Sezioni unite, sebbene già sottoposti a qualche critica anche da successive sentenze delle Sezioni semplici di questa Corte, meritano, nella presente sede e per l'aspetto che qui rileva, di essere integralmente condivisi: e cioè in quanto la particolare valorizzazione della matrice costituzionale del diritto del paziente ad essere curato e del medico di apprestare le cure ritenute necessarie, è stata effettuata dalle Sezioni unite non già nell'ottica di depotenziare sempre e comunque il valore scriminante del consenso del paziente, ma di far risaltare il concetto della non configurabilità della "antigiuridicità" dell'intervento chirurgico, pur in assenza di specifico consenso, quando si tratti di trattamento medico attuato secondo le regole dell'arte e con esito favorevole.

Quella sopra ricordata è stata dunque la premessa dell'intero ragionamento sviluppato dalle Sezioni unite per andare a fissare i limiti della responsabilità penale del sanitario che effettui un intervento medicochirurgico, "oltre" il consenso acquisito presso il paziente, quando, dalla prestazione sanitaria da quello resa, pur non coperta da specifico consenso, sia risultata non produttiva di una alterazione funzionale ma benefica e quindi non determinativa di un evento qualificabile come "malattia": una attività, dunque, che va esente da responsabilità penale perché da un lato, auto-legittimata dai detti principi costituzionali, nell'ambito dei quali è stata condotta ed espletata, e dall'altro, sul piano della tipicità, non conforme al paradigma dell'art. 582 cp., perché causa non di un peggioramento funzionale dell'organismo del paziente, ma del contrario.

Sulla base di tali precisazioni, appare evidente che la pretesa di ricostruire le fattispecie in esame alla luce di alcuni soltanto dei passaggi argomentativi della sentenza delle SSUU Giulini, quale quello sulla nozione funzionale di malattia ai fini dell'art. 582 cp., così come proposto dalle difese, è operazione ermeneutica non consentita dallo stato normativo della materia.

Ed infatti la sentenza qui impugnata è giunta ad affermare la sussistenza della fattispecie di cui al reato di cui all'art. 582 cp in relazione ai trattamenti chirurgici presi in esame, perché ha potuto motivatamente sostenere, sulla base degli elementi probatori e indiziari raccolti, che la condotta degli imputati non poteva farsi rientrare nella nozione di "attività con finalità terapeutica" e quindi "medica" e pertanto non beneficiava del requisito di auto-legittimazione di cui si è detto e che, da sola, l'avrebbe resa estranea all'ambito di operatività della fattispecie penale dolosa contestata, pur in assenza di interventi contro la volontà esplicita dei pazienti.

Sul punto, è il caso di replicare al motivo di ricorso, che il requisito della "finalità terapeutica" entra necessariamente nella valutazione della condotta del chirurgo, oggetto di contestazione, non perché possa venire in gioco un fattore vagamente riconducibile al dolo specifico, del tutto estraneo alle fattispecie in discussione.

Piuttosto, si ricava dalla stessa sentenza delle Sezioni Unite "Giulini" il rilievo, del tutto condivisibile, che la finalità terapeutica propria dell'intervento medico chirurgico è quella che va a colorare e a connotare in maniera determinante non la soggettività ma la oggettività dell'atto perché è quella che rende quest'ultimo di fatto orientato non tanto e non solo al raggiungimento di uno specifico obiettivo "prossimo", quale può essere, in ipotesi, la riuscita, sul piano tecnico-scientifico, dell'atto operatorio in sé e per sé considerato, quanto, soprattutto, alla realizzazione di un beneficio per la salute del paziente.

Rovesciando i termini della questione può anche osservarsi, con la sentenza Huscher n. 34521 del 2010, che, nella verifica della sussistenza delle lesioni dolose in campo medico, non è neppure necessario (proprio perché non è richiesto il dolo specifico) che sia individuata la finalità non terapeutica perseguita dal medico (che può anche non voler perseguire uno specifico fine) essendo invece sufficiente l'estraneità dell'intervento ad ogni ipotizzabile scelta terapeutica indipendentemente dalla circostanza che l'agente ne persegua una specifica o che non ne esistano proprio.

Se l'intervento non è posto in essere per una finalità terapeutica non costituisce più un atto medico e in nulla si differenzia dalla condotta di chi lede volontariamente l'integrità fisica di una persona indipendentemente dalle eventuali finalità perseguite.

Solo se inquadrabile come atto medico, può affermarsi e riconoscersi, come hanno fatto le Sezioni Unite, che l'atto operatorio in sé rappresenti solo una "porzione" della condotta terapeutica, e che solo quest'ultima, anche se ha preso avvio con quell'atto, sarà il vero e proprio oggetto di misurazione, nelle sue conseguenze, in ragione cioè degli esiti "conclusivi" che dall'intervento chirurgico sono scaturiti sul piano della salute complessiva del paziente che a quell'atto si è — di regola volontariamente - sottoposto.

Diversamente, e cioè nel caso in cui l'atto operatorio non possa dirsi segmento di una più ampia condotta terapeutica ai sensi di cui si è detto, il primo riprende in pieno la sua autonomia ai fini della valutazione della esistenza di una malattia rilevante ai sensi dell'art. 582 cp; infatti anche l'atto operatorio, integrato quantomeno da una soluzione di continuo del derma e dei tessuti sottostanti — e tralasciando dunque le pur rilevanti resezioni di tessuti od organi che ad esso eventualmente conseguano — bene rappresenta la causa di una alterazione funzionale dell'organismo, il quale, infatti, viene di regola sottoposto, In conseguenza di esso, quantomeno a terapia capace di contrastare i processi infettivi ai quali è normalmente esposto.

Hanno invero affermato significativamente le Sezioni unite, al riguardo, che ove l'intervento chirurgico sia stato eseguito lege artis, e cioè come "indicato in sede scientifica per contrastare una patologia" ed abbia raggiunto positivamente tale effetto, dall'atto così eseguito non potrà dirsi derivata una malattia, giacché

l'atto, pur se "anatomicamente" lesivo, non soltanto non ha provocato — nel quadro generale della "salute" del paziente — una diminuzione funzionale, ma è valso a risolvere la patologia da cui lo stesso era affetto. Dunque, e per concludere sul punto, non potrà ritenersi integrato il delitto di cui all'art. 582 cod. peri, proprio per difetto del relativo "evento".

Tali ultime osservazioni non valgono, perciò, in maniera plasticamente evidente, con riferimento ai casi nei quali l'intervento chirurgico non è neppure contemplato fra le prestazioni somministrabili in relazione alla patologia.

È il caso dei traumi toracici, descritti a pagina 111 e seguenti, nei quali era stata apprezzata una semplice frattura costale, a volte accompagnata da modesto versamento pleurico, non di rado riguardanti persone ultraottantenni.

Allo stesso modo sono stati esaminati dalla Corte territoriale i casi di versamenti pleurici diversi dai precedenti, in relazione ai quali sono stati accertati comportamenti del chirurgo difformi da quelli accreditati dalla scienza internazionale ed in particolare essersi proceduto al più presto all'intervento chirurgico trascurando del tutto la possibilità di arrivare a diagnosi sulla base di indagini mediche universalmente accettate, per giunta neppure attendendo gli esiti degli esami di laboratorio eseguiti sui prelievi endoscopici e comunque procedendo a resezioni polmonari e a biopsie inutili perché non necessarie a guidare le successive decisioni operatorie.

Con riferimento a siffatte ipotesi la Corte d'appello ha potuto argomentare in maniera completa la assoluta assenza di indicazione chirurgica sulla base non solo delle osservazioni del consulente del pubblico ministero, ma anche di sintomatiche affermazioni degli imputati (Brega Massone aveva ammesso che, in tali casi, la toracosopia non è prevista alle linee guida tradizionali ma solo da quelle più recenti; Presicci ha ammesso di essersi rimesso alla decisione del capo équipe non avendo esperienza di traumi toracici minimi e Pansera, in riferimento a casi singoli, ha ammesso l'assenza di indicazione chirurgica sia pure col senno di poi) ed altresì la Corte ha sottolineato come la volontà di procedere comunque a toracosopia, indipendentemente della necessità terapeutica, fosse emersa dall'accertamento che, come dichiarato dal coimputati, la toracentesi Tac guidata non veniva mai eseguita presso la Santa Rita e si preferiva comunque procedere direttamente alla predetta toracosopia.

Sono stati anche esaminati casi di operazioni ben più invasive della Vats, come quella che ha comportato l'asportazione di un intero polmone sulla base di una diagnosi di neoformazione effettuata dal radiologo ma, quel che conta, senza effettuare esami intermedi per riscontrare tale diagnosi (ex post rivelatasi del tutto infondata) e soprattutto senza eseguire una biopsia intraoperatoria con esame estemporaneo che avrebbe apportato indicazioni fondamentali per la scelta chirurgica: un caso nel quale lo stesso consulente della difesa ha indicato proprio la doverosità di tali prodromici steps diagnostici atti ad impedire il grave pregiudizio poi cagionato alla funzione respiratoria della paziente, senza beneficio alcuno.

Oltre ai casi appena descritti, la sussistenza del reato di lesioni volontarie è stata affermata anche in relazione alle fattispecie nelle quali l'intervento chirurgico, eventualmente anche a scopo diagnostico, pur previsto fra le alternative possibili in

relazione alla concreta patologia, è stato tuttavia praticato come prima scelta, senza cioè verificare, e tantomeno comunicare al paziente, se la soluzione alla patologia potesse essere data — come in effetti era poi risultato- attraverso prestazioni sanitarie meno invasive: casi nei quali, cioè, a causa della immediate somministrazione dell'intervento chirurgico al paziente affetto da patologia che consentiva approcci meno aggressivi, di tipo farmacologico o strumentale non chirurgico, non possono dirsi assistiti e/o scriminati neppure da un consenso informato e quindi appaiono, in definitive, risolversi in attività contraria alla volontà del paziente, pure indirettamente espressa.

In tali casi, invero, non è di ostacolo il rilievo, pure sottolineato da più difese, per cui non potrebbe essere addebitata, a titolo di lesioni personali volontarie, la scelta chirurgica solo perché prematura ed in rapporto comunque ad un paziente ricoverato con necessità terapeutiche.

Nel caso appena evocato, infatti, la Corte territoriale ha dato applicazione ad un rilevante principio enunciato nella sentenza delle SSUU Giulini e cioè quello secondo cui le manifestazioni di volontà del paziente devono necessariamente confluire non solo sulla scelta (positive o negative) dell'intervento chirurgico in se, ma anche sulle alternative possibili all'intervento chirurgico stesso.

Non potrebbe, infatti, valutarsi, anche solo nell'ottica della difesa, l'esito "fausto" o "infausto" dell'intervento quando il giudizio positivo sul miglioramento apprezzabile delle condizioni di salute del paziente non possa essere ragguagliato anche alle "alternative possibili" date dalla scienza medica, nelle quali devono necessariamente confluire le manifestazioni di volontà positivamente o indirettamente espresse dal paziente.

Nella stessa sentenza delle SSUU si ricorda, d'altra parte, come anche il codice deontologico, approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Italiana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri il 3 ottobre 1998, abbia proceduto ad una revisione del concetto di consenso informato, elaborando una definizione dello stesso più in linea con i parametri interpretativi suggeriti dalla Convenzione di Oviedo (sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145): l'art. 30 del nuovo codice, infatti, ha previsto che il medico debba fornire al paziente "la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate".

In assenza di informazioni complete e conformi alle leggi dell'arte, l'intervento chirurgico risulta da un lato, posto in essere in assenza di valido consenso ma, quel che più conta in questa sede, esso rivela la preordinazione dell'agente ad una condotta rispetto alla quale, di "sanitario" e "terapeutico" vi è solo la richiesta del paziente, mentre quella stessa condotta risulta non connotata da finalità di tipo corrispondente dal punto di vista del chirurgo. Essa risulta di rilievo penale ai sensi dell'art. 582 cp, posto che, oltre a non potersi dire scriminata da un valido consenso dell'avente diritto, d'altra parte non può dirsi neppure auto-legittimata dal perseguimento del diritto del paziente alla salute.

Invero, come posto in evidenza anche nella sentenza Huscher n. 34521 del 2010, ricognitiva sul punto della sentenza delle SSUU, può ritenersi che il trattamento

chirurgico sia stato realizzato contro la volontà del paziente non solo in presenza di un dissenso 'espresso', perché può trattarsi anche di "volontà indirettamente manifestata" come nel caso in cui il paziente affermi di accettare esclusivamente quel trattamento sottopostogli e non altri senza che vengano indicati questi diversi trattamenti.

Un caso, per il quale la sentenza Petretto n. 21799 del 2010, conia il concetto di "consenso fraudolentemente carpito" con riferimento ai casi, calzanti nella specie, di interventi demolitivi coscientemente inutili o in cui il medico proceda ad un'amputazione per curare una patologia che sa poter essere affrontata agevolmente con diversi mezzi terapeutici, o altri casi marginali, in cui- si è rilevato- non vi può esser dubbio circa la possibilità di ravvisare quell'atteggiamento psicologico doloso rispetto al fatto lesivo che legittima, a seconda degli esiti derivati, l'integrazione dei corrispondenti reati dolosi delle lesioni volontarie o dell'omicidio preterintenzionale.

Si tratta di casi, cioè, nei quali — prosegue del tutto condivisibilmente la sentenza Petretto- si è al cospetto di una anomalia della condotta del medico talmente grossolana da non consentire di ragionare in termini di mero eccesso colposo (art. 55 c.p.) finanche nell'errore presupposto dell'esistenza di una esimente (art. 59 c.p.), dovendosi necessariamente constatare che il medico ha travalicato gli estremi limiti di una condotta consapevolmente colposa (colpa cosciente) ed è stato piuttosto animato da una palese volontà che ha accettato pienamente ed in via preventiva il rischio dell'evento lesivo poi verificatosi (dolo eventuale). Conclusivamente, se il consenso del paziente costituisce uno dei presupposti di liceità del trattamento medico, la mancanza di un consenso opportunamente "informato" del malato, o la sua invalidità per altre ragioni, determina l'arbitrarietà del trattamento medico e la sua rilevanza penale.

In tale prospettiva sono stati esaminati casi.... nei quali, a fronte del sospetto di una patologia neoplastica elevato dal radiologo che aveva eseguito una Tac, si era proceduto, ad opera del ricorrente, con la tecnica VATS a scopo diagnostico nonostante la indicazione, da parte del cardiologo, di un elevato rischio cardiovascolare. In tal caso, poi segnato da arresto cardiocircolatorio intraoperatorio, si è addebitato l'intervento a titolo di lesioni volontarie per la assenza totale di indicazione all'immediato intervento, potendosi e dovendosi agire - prima con tecniche meno invasive come broncoscopia, ago biopsia, Pet (che si sarebbero rivelate risolutive data la natura non tumorale della patologia), in assenza di urgenza : l'intervento chirurgico avrebbe conservato le proprie finalità terapeutiche se giustificate dalle *leges artis* e cioè se posto in essere come *extrema ratio*, per salvare la vita ad un paziente gravemente compromesso.

Le obiezioni masse dalla difesa di Brega alla tesi accreditata in sentenza, sulla configurabilità della malattia, nel caso di intervento chirurgico praticato in assenza di indicazione, come detto, pur prendendo spunto dai principi espressi nella sentenza delle Sezioni unite del 2008, trascurano dunque di considerare che la stessa sentenza effettua la disamina del consenso informato del paziente evidenziando che tale elemento, ove acquisito in maniera indebita ed arbitraria, dà luogo- secondo i principi espressi dalla giurisprudenza di legittimità ricordati- a

una situazione nella quale l'intervento può dirsi eseguito "contro" la volontà, anche soltanto indirettamente espressa, del paziente e quindi in termini tali da rimanere perfettamente inquadrato nella fattispecie normativa dell'articolo 582 cp.

Trascura, in conclusione, la difesa, nella medesima prospettiva, di affrontare uno degli snodi fondamentali della motivazione possa a sostegno della condanna, e cioè quello secondo cui (vedi pagina 82), nei casi esaminati, la mancata completa prospettazione ai pazienti delle alternative diagnostiche o terapeutiche possibili, ha inciso sulla rilevanza del consenso espresso all'intervento, sostanzialmente neutralizzandolo.

Al riguardo, proprio nella sentenza Giulini si afferma il principio secondo cui deve aversi per ferma la sicura illiceità, anche penale, della condotta del medico che abbia operato "contro" la volontà del paziente, direttamente o indirettamente manifestata, e cioè a prescindere dall'esito, fausto o infausto, del trattamento sanitario praticato, trattandosi di condotta che quanto meno realizza una illegittima coazione dell'altrui volere".

9. Il contesto della vicenda e il "sistema Santa Rita".

Il contesto nel quale sono maturati i fatti oggetti di questo processo sono stati, come più volte detto, esaminati dettagliatamente già nel corso del giudizio svoltosi dinanzi alla IV sezione penale del Tribunale, conclusosi con sentenza del 28 ottobre 2010; poi sono stati richiamati dalla sentenza della IV sezione della Corte d'Appello resa in data 26 marzo 2012, seguita dalla altrettanto spesso citata decisione della Cassazione del 22 giugno 2013, con la quale, salvo le prescrizioni maturate *medio tempore*, è stata confermata la responsabilità penale dei chirurghi del reparto di chirurgia toracica della Santa Rita per un rilevantissimo numero di operazioni, ritenute integrare tutte il delitto di lesioni volontarie, anche aggravate, oltre che i delitti di falso e truffa nei confronti degli enti preposti ai rimborsi.

Tale contesto è stato inoltre ribadito nella sentenza della Corte d'Assise di Milano in data 9 aprile 2014, vale adire in quella qui impugnata, la cui fondatezza questa Corte d'Assise di Appello deve ora esaminare.

Vale tuttavia la pena di ricordare per sommi capi alcuni eventi o circostanze, che appaiono utili ai fini dell'accertamento della sussistenza, sia sotto il profilo soggettivo che oggettivo, dei reati attribuiti ai maggiori imputati.

Si sa dunque che, seppure l'indagine amministrativa che ha riguardato la clinica Santa Rita abbia preso le mosse da una segnalazione anonima, tuttavia la verifica della GdF aveva consentito di rilevare che la clinica negli

anni 2004 e 2005 aveva avuto un consistente aumento di interventi (il 21% in più) con un maggior valore della produzione del 47%, aumenti che non erano giustificati dall' aumento dei posti letto, che erano stati in tutto 7.

Si è anche detto che dato altrettanto inconsueto e francamente inquietante appariva essere quello relativo al numero di decessi di pazienti nel reparto di riabilitazione, che erano ben il 13% del totale del territorio di competenza della pubblica struttura.

Da tali dati è immediatamente percepibile come vi sia stata un'impennata negli interventi chirurgici, con collaterale aumento di esiti infausti a seguito di una iperattività che, inizialmente, era stata ritenuta insussistente dai verificatori, i quali avevano supposto, purtroppo contrariamente a ciò che sarebbe emerso, che si trattasse soltanto di false attestazioni relative ad operazioni mai avvenute, fatte al solo fine di gonfiare i rimborsi spettanti alla struttura da parte della Regione Lombardia.

Le intercettazioni disposte a seguito dell' inquietante *incipit* delle indagini avevano mostrato invece che, nella stragrande maggioranza dei casi, gli interventi erano stati realmente eseguiti e che, spinto dal proprietario della clinica ad una esasperata ottimizzazione dei profitti, il personale medico dipendente si fosse adeguato a tale finalità di profitto e di risparmio di risorse, perdendo di vista l' obbiettivo primario rappresentato dall' attendere, attraverso la terapia, alla salute del paziente ad essi affidatosi.

Si tratta effettivamente di un "sistema" imposto dall' alto, non solo perché, come si vedrà, lo dice lo stesso Brega Massone, ma perché emergono comportamenti disinvolti o delittuosi, tutti diretti all' ottimizzazione del profitto, non solo nel reparto di chirurgia toracica ma anche in altri settori operativi della clinica, come l' eterogeneità delle specializzazioni e della attività degli imputati nel procedimento "gemello" ben dimostra.

Le difese dei chirurghi imputati non hanno potuto, e talune lo hanno ripetuto anche in udienza, non definire quantomeno sgradevoli le frasi intercettate e riportate in atti, pur affermandone l' irrilevanza nei confronti del tema oggetto dell' imputazione, sottolineando che *"la Sanità è una attività produttiva, dove, sia nel pubblico e che nel privato, ha fondamentale importanza la valutazione dei costi aziendali e della capacità di produrre ricavi da parte degli addetti sanitari"*.

L' assunto è senza dubbio condivisibile, ma si ritiene che non sia necessario spendere molte parole per affermare che l' esigenza di mantenere un

carattere "produttivo" all'attività sanitaria non possa poi approdare al disinteresse della sorte del malato o a giustificare interventi chirurgici inutili o perfino compromissori della salute del paziente .

Ed allora, fermo restando che la responsabilità penale è personale e che comunque ogni intervento chirurgico in atti dovrà essere esaminato, non sarà inutile richiamare ancora una volta la conversazione fra uno degli imputati, lo Scarponi, qui chiamato a rispondere solo di reati ormai prescritti di falso e truffa, e l'addetta all'amministrazione, Stefania Cozzolin, del 5 luglio 2007, ore 10:37.

La Cozzolin segnala al primario che la custodia sterile di un chiodo da impianto ortopedico è stata aperta nel corso di un intervento in cui il chiodo non era invece stato utilizzato e il manufatto non poteva essere sterilizzato di nuovo, mentre l'impresa fornitrice non ritirava i chiodi non utilizzati (il costo di un chiodo è di 455 euro più Iva). La risposta di Scarponi è agghiacciante ma anche illuminante, poiché egli si dichiara disposto a reimpiantare il chiodo non sterilizzato alla prima frattura procanterica in un paziente novantenne o novantacinquenne, che abbia dunque (sono parole del chirurgo) una breve aspettativa di vita (*"novantenni ne abbiamo ogni giorno"*).

Su questa possibilità concorda anche la Cozzolin: *"beh, in un paziente molto anziano..tutto sommato...si potrebbe anche..."*.

Questa conversazione è particolarmente importante per diversi aspetti. Sotto un primo profilo appare palese l'immediata subordinazione del compito di preservare la salute di un ipotetico paziente anziano rispetto alla necessità di evitare alla clinica una perdita di qualche centinaio di euro.

In secondo luogo, fatto ancor più sconcertante, va considerato che impiantare un chiodo non sterilizzato in un paziente anziano, per di più con difese immunitarie depotenziate, significa esporlo al pericolo di sepsi.

In questo caso, perciò, il richiamo alla veneranda età del paziente non sta a significare che il chiodo in ogni caso assolverebbe alla sua funzione per un periodo di tempo più lungo della residua (normale) vita di costui, perché sotto il profilo oggettivo della durata del manufatto non c'è differenza fra un chiodo sterile ed uno che non lo è, ma significa invece che, verificatasi eventualmente un'infezione letale, il decesso della "vittima" sarebbe stato accettato e collegato alla età già raggiunta dal paziente, senza perciò che potessero essere avanzati interrogativi sulla reale causa del decesso.

La terza considerazione è che questa cinica prospettiva trova comprensione e consenso nella impiegata amministrativa, a dimostrazione che anche alla donna sembra sensata la prioritaria esigenza di risparmiare il costo del chiodo, con disinteresse totale delle conseguenze cui verrebbe esposto il futuro paziente.

Peraltro, se Scarponi rivela il suo intento senza alcun imbarazzo o pudore alla Cozzolin, ciò evidentemente significa che certe prassi erano ampiamente condivise all' interno della struttura sanitaria (leggendo gli atti del primo giudizio, risulta peraltro che il chiodo non impiantato alla paziente Bigi Maria venne reimpiantato, senza essere preventivamente sterilizzato, a Coppini Elio di anni 82, come nelle intenzioni di Scarponi).

La priorità degli interessi economici della struttura su ogni altro ricorre sempre nelle conversazioni intercettate, che danno conto del fatto come altri medici in Santa Rita siano ben a conoscenza di ciò che avviene in clinica.

Il 18 luglio 2007 alle ore 16:03, un medico del reparto ortopedia, Arabella Galasso, conversando con una sua amica dimostra di ben conoscere la strategia imprenditoriale del proprietario della Santa Rita: *"quindi adesso...cosa vuol dire? Che Pipitone prenderà i più delinquenti del mondo, che gli faranno guadagnare miliardi...nel calcolo delle probabilità, se anche li "ciascano", la colpa è dei medici e lui viene fuori pulito...voglio dire, se prende una macchina da guerra come Scarponi, che opera anche quelli che non hanno bisogno...che si mette a contraffare le cartelle...lui guadagna".*

Questa conversazione ha una sua concreta rilevanza, perché dimostra che è noto al personale medico della Santa Rita che in clinica vengono effettuati interventi inutili (*"opera quelli che non hanno bisogno"*), oltre alla contraffazione delle cartelle a fini remunerativi, ed è seguita a distanza di due giorni (20 luglio 2007, ore 18.42) da un' altra rivelazione della Galasso ad un medico della stessa struttura, dopo il sequestro di cartelle cliniche: *"se controllano le cartelle tu lo sai che il principe di queste cose è Brega Massone, no? Non c'è bisogno che te lo dica io".*

La telefonata prosegue con la considerazione che è Pipitone a trarre il maggior vantaggio da queste operazioni, circostanza meglio definita in una successiva conversazione della Galasso con la propria madre (24 luglio 2007, ore 17.45), nella quale il medico accusa il proprietario della clinica di perseguire a tutti i costi il proprio profitto, trascurando qualsiasi

considerazione dei doveri etici dei medici assunti: *"La gente, a lavorare lì, la fa venire lui e finché ci sono stati gli onesti non è mai successo niente. Adesso vengono dei medici che sono altro che denunciare per truffa, son dei criminali..."*.

Dopo il sequestro delle cartelle cliniche dell' unità di chirurgia toracica è ancora la Galasso a commentare la situazione con un'amica (1 ottobre 2007, ore 15:55), nella quale afferma *"Il problema è che hanno scoperto in questo modo, indagando su questo caso che lui (Brega Massone, ndr) non eseguiva i protocolli per la tubercolosi, cioè, uno va da lui, lui non fa un minimo di indagine. Hanno scoperto che operava ...cioè tutto quello che operava lo passava per un tumore dal comportamento incerto...quindi uno che aveva un tubercoloma veniva pagato ventimila euro come un tumore...il problema è che sui giornali hanno parlato di truffa, ma in realtà è ben più grave perché questo rischia di essere sospeso dall' Albo e poi soprattutto chissà la gente che ha mandato in giro...sono tutti stravolti perché stavolta è pesante, eh?"*.

Come è stato evidenziato già nella decisione di primo grado, questa telefonata è particolarmente significativa perché dimostra che la Galasso conosce perfettamente il modo di operare di Brega Massone prima ancora che le accuse più gravi gli siano rivolte dagli inquirenti.

Infatti all' epoca l' informazione di garanzia nei suoi confronti riguardava solo le truffe ed i falsi, ma con sostanziale chiarezza la Galasso denuncia l' aggressività chirurgica di Brega, finalizzata a far conseguire alla clinica Santa Rita profitti ingiustificati ed illeciti, subordinando a questo scopo il diritto del paziente alla cauta progressione dell' indagine nei suoi confronti prima di essere sottoposto ad interventi di maggiore invasività.

Deve anche dirsi che il giudizio negativo espresso dalla collega Galasso su Brega Massone non è rimasto isolato.

Vanno infatti ricordate nuovamente le affermazioni del prof. Legnani, incaricato da Pipitone di una indagine interna sull' operato del chirurgo che, all' esito, verrà allontanato dalla Santa Rita.

Legnani, primario pneumologo dell' Ospedale Sacco e dunque stimato e titolato professionista, in una conversazione con il proprietario della clinica avuta con lui dopo avere visionato cartelle cliniche sequestrate, ha sostenuto, a proposito della attività di chirurgia toracica, che all' assenza di anamnesi si sposava sempre una anticipazione dell' intervento rispetto alle attese risposte: *"uno era stato operato, aveva degli esiti di forma*

tuberculare, ecco noi ne vediamo migliaia, non operiamo nessuno... "alcuni casi sono proprio sconcertanti...interventi fatti...non giustificati...è terribile come cosa. C'è un versamento pleurico che arriva...prima lo si studia, si fa la toracentesi, si aspetta il risultato...si riprova...insomma ci sono degli steps...invece un malato che entra tre giorni dopo è già in sala operatoria, uno fa la tubercolina. Ci vogliono 72 ore per vedere se è positiva o negativa...uno è autorizzato a fare tutto quello che deve fare se c'è effettiva urgenza, ma siamo nella diagnostica delle malattie che datano settimane non anni ...anche se è un tumore, non è che uno che ritarda di tre giorni l'intervento il malato ha una ridotta sopravvivenza...e poi soprattutto la monotematicità dell' accesso diagnostico: non si può fare a tutti la toracotomia per andare a vedere cos'hà, è l'ultimo stadio, non è il primo".

Ora questa conversazione è interessante perché il giudizio riservato dato dal prof. Legnani (che un giudizio sull' operato complessivo del Brega Massone e dunque non soggiace all' eccezione che il primario del Sacco non abbia visto le TAC) non solo è in sostanza quello cui sono pervenuti anche i consulenti del PM, ma rappresenta un'esplicazione più generale di quanto aveva sostenuto nelle conversazioni intercettate anche la Galasso, che pure era medico di un diverso reparto della clinica.

Lo sconcerto del prof. Legnani è oggetto del commento anche di altro medico della Santa Rita, il radiologo Prati che, scorrendo con il responsabile dell' ufficio del personale, Piergigli, gli riferisce il 2 ottobre 2007 che Legnani aveva consultato anche le cartelle dei pazienti ricoverati per fratture costali ed era rimasto sgomento dal fatto che Brega, uno che si crede " *un fenomeno ... (ma) ...un coglione che fa male agli altri*", secondo lo stesso Prati fosse ricorso alla VATS anche in quei casi.

Prati riferisce che Legnani ha affermato che " *procedere con l' unica metodica della VATS lo fai quando veramente non capisci un cazzo di niente*". Prati ha perciò aggiunto a proposito delle VATS: " *Questo, cazzo, lo faceva per le fratture costali*".

E per concludere sulle considerazioni dei colleghi del principale imputato, non sarà inutile ricordare come fosse apparso chiaramente indifendibile l' operato del chirurgo nel caso Boriani (definito nell' ambito del processo trattato inizialmente dalla IV sezione del Tribunale di Milano e conclusosi con la sentenza irrevocabile citata) persino sulla base del consulente della difesa Pozzi che, sul rischio di scar cancer (cancro su cicatrice tuberculare)

paventato "a posteriori" da Brega Massone, messo alla e strette ha dovuto ammettere, dopo averlo dichiarato "frequente, possibile", che esso si verifica in una percentuale di un caso su un milione.

Al di là dei giudizi che altri medici esperti (sicuramente indifferenti) hanno dato sull' operato di Brega Massone ben prima dell' instaurazione del giudizio penale, è importante, al fine di ricostruire sia il clima in cui operava questo imputato sia le specifiche finalità della sua condotta, riportare alcune sue frasi captate.

Prima di tutto Brega, al telefono con la La Corte il 4 ottobre 2007, ha riconosciuto che *"tra le cartelle, chissà quante saranno pompate e mi arresteranno come truffatore"* e dunque la sua consapevolezza dell' alterazione dei DRG in senso economicamente favorevole alla clinica gli è nota e per di più se la attribuisce. In conversazioni del 9 e 18 ottobre 2007 con il vicedirettore della clinica, Merlano, Brega ammette che in Santa Rita non si veniva a fare il primario tanto per fare, ma era imperativo fare i DRG, non essendo possibile sopravvivere con gli 80 pazienti all' anno inviati dal Pronto soccorso.

Nella stessa conversazione, Brega rivendica di basarsi su un "fatturato" personale di 400 pazienti all' anno con relativo DRG e assume che questo era lo standard che gli consentiva di mantenere la sua équipe, pagando Pansera e Presicci, nei confronti del quale ha parole di scarso apprezzamento professionale.

Le affermazioni di Brega sono dettagliatamente descritte alle pag. 68 e ss. della sentenza impugnata e da esse emerge, come ricostruita da lui stesso, la sua vita frenetica per assicurarsi la possibilità di raggiungere una quota di interventi chirurgici che gli consenta il mantenimento dello standard operativo.

In quest' ottica, Brega Massone descrive il suo affanno ad un suo cugino medico il 26 novembre del 2007, dicendogli di essere sempre in giro per *"riempire le sale operatorie"*. Si tratta di una conversazione ancora una volta agghiacciante e rivelatrice, che merita di essere riportata per come è trascritta alle pagg. 70 e 71 della sentenza impugnata.

Brega, parlando con il cugino, afferma di essere stato indagato solo per problemi di DRG, ma per dei casi che alla fine erano risultati tubercolosi, e sostiene che è stata una ritorsione perché lui "operava troppo". Poi così prosegue *"sono arrivato a fare 500 casi in un anno. Quindi funzionavo alla*

grandissima e sono le strutture vicine, ecco ..sono il più giovane chirurgo della primario di chirurgia toracica e c'è qualcuno a cui evidentemente... (do fastidio, ndr);...io ero arrivato a fargli a questa clinica un fatturato l'anno scorso di 3 milioni di euro...con la chirurgia toracica, ma in mezzo c'erano un sacco di mammelle, perché io ... faccio ancora, due volte alla settimana, l'ambulatorio di senologia ...a Lodi. Per cui sono sempre in giro per riempire le sale operatorie".

Come evidenzia il giudice di primo grado, Brega prosegue sottolineando la convenienza delle operazioni alla mammella perché tali interventi presuppongono che il paziente stia ricoverato quattro giorni e poi vada a casa..."e gli fai un quadrante alla...il giorno dopo la paziente gira..... Però voglio dire ...la mammella è una di quelle cose che non rende moltissimo a livello di DRG però son tutti... però insomma, dipende, se hai i linfonodi positivi sono anche...5 mila di DRG. Per cui alla fine se sono oncologici, ti vanno tutti fuori dal tetto. Cioè solo le patologie oncologiche che non siano, magari, troppo grosse".

L'ossessiva ricerca di pazienti da operare per le ragioni non solo economiche che saranno meglio specificate in seguito porta Brega a contrasti con altri medici, i quali invece hanno un diverso approccio ai loro pazienti.

Molto opportunamente nella sentenza di primo grado viene integralmente riportato il divergere di opinioni tra Brega Massone e il collega del San Carlo, Antonello Porcheddu, il quale, responsabilmente, si pone il problema delle conseguenze sull'apparato respiratorio di una paziente che Brega vorrebbe invece sottoporre ad un intervento per via di un tumore che starebbe crescendo rapidamente (tema che come si vedrà non sarà estraneo all'esito infausto di alcuni interventi in soggetti tra l'altro colpiti da broncopatia cronica ostruttiva (BCPO).

Brega tenta di convincere Porcheddu senza riuscirci, dimostrando anche scarsa conoscenza del caso come sottolinea la sentenza impugnata a proposito della sua ammissione di non aver nemmeno studiato le lastre.

La conversazione con Porcheddu è molto significativa degli intenti di Brega perché, dovendosi egli arrendere alla ferma risoluzione dell'altro di non procedere all'operazione di una donna molto anziana, che aveva avuto in precedenza un arresto respiratorio e che sarebbe dovuta essere operata in una struttura in cui non era presente un reparto di rianimazione, egli finge

di condividere, dopo avere constatato l' inutilità delle sue insistenze, l' approccio del collega, giungendo perfino ad affermare, con riferimento ad un altro caso di cui i due terapeuti parlano al telefono, che sarebbe rischioso fare una VATS con peluropneumonectomia ad una persona di 60 anni.

Quanto all' anziana signora del cui caso aveva discusso con Porcheddu, il suo vero pensiero emerge poi nelle confidenze con la sua amica, l' infermiera La Corte , quando esprime tutto il suo risentimento nei confronti del prudente collega: *"mi hanno bocciato la mammella novantenne, gli anestesisti, minc..mi hanno proprio rotto i coglioni, già, già...ma io lo sapevo, questo qui Porcheddu cioè veramente un deficiente"*, tornando poi subito a valutare in termini economici, ritenuti modesti, il danno del mancato intervento.

Nel rapporto con altri colleghi (vedi rapporto con Celeste dell' istituto Monzino, citato in nota a pag. 76), analogamente a quanto fatto con il collega Porcheddu, Brega, seppure ormai a 2008 inoltrato, sembra convenire sul fatto che non si debba procedere con un intervento in caso di primo versamento, mostrando così di seguire le linee guida al contrario di quanto aveva fatto per i pazienti con sintomatologia cardiologica qui esaminati.

In tale contesto di rapporti torna preponderante il tema economico per le recriminazioni di Brega, quando colleghi di altri nosocomi sconsigliano al paziente di farsi operare considerando l' intervento inappropriato per la patologia accertata. In tali circostanze, Brega Massone si lamenta del "dirottamento" del paziente e del conseguente danno economico anche per la Santa Rita.

Da parte sua Brega pare neppure di rendersi conto della gravità della situazione se in una conversazione con il direttore sanitario della Santa Rita giunge ad affermare *"praticamente l'unica... l'ultima conclusione è che è... è assurdo cioè lui dice incompatibile accusarci di a... aver procurato un danno alla salute pubblica quando al massimo ci possono accusare del contrario, cioè di aggressività. Aggressività significa arrivare immediatamente alla diagnosi... quindi lui dice "dov'è il problema della salute pubblica?"*⁵

⁵ La conversazione con Merlano riguarda l' indagine e la consulenza sui casi di TBC . I conversanti ritengono di avere fatto un favore alla salute pubblica perché, come interloquisce Merlano: *" vero potremmo anche essere stati agguerriti, no? Avere esagerato, però abbiamo fatto una...un favore alla salute pubblica perché in tre giorni abbiamo fatto diagnosi di TBC e da lì abbiamo isolato tutti i pazienti o comunque mandati dal pneumologo, capito? "*.

Le considerazioni sommariamente fin qui svolte consentono di dare una risposta alle eccezioni delle difese, che esaminando i singoli importi per gli interventi che si assumono ingiustificati, hanno voluto sottolineare che, nel complesso, si sarebbe trattato di ben poca cosa; di una differenza cioè molto limitata rispetto ai rimborsi ottenibili in caso di diverso intervento, con ciò escludendo che alla base della condotta dei chirurghi, in primo luogo Brega Massone ma poi anche Presicci e Pansera, vi sia stata una motivazione economica.

Ora, se è vero che Brega Massone appare attento ai ritorni economici della sua attività chirurgica al punto di arrivare (capo di imputazione 51), quando ormai sta lavorando presso la Clinica S. Carlo nell' ottobre 2007, ad esortare la infermiera La Corte, che ancora lavora in Santa Rita a sottrarre nottetempo ("*ciula*") materiale sanitario e medicine che a lui possono essere utili, non si deve credere che la sua condotta sia stata determinata solo da motivazioni strettamente economiche.

La questione è già stata scandagliata nelle sentenze di merito di primo e secondo grado dell' altro giudizio cui i chirurghi sono stati sottoposti e anche nella decisione appellata.

Per Brega Massone, proveniente da famiglia in buone se non ottime condizioni economiche, il guadagno è importante non solo e non tanto per assicurare a se stesso o alla propria famiglia un tenore di vita particolarmente elevato, ma soprattutto perché costituisce la misura della sua affermazione personale come professionista, anche se gran parte del denaro portato dai suoi interventi, come lui stesso sostiene nelle captazioni, viene incamerato dalla clinica Santa Rita e quindi dal suo proprietario, circostanza questa non di secondario interesse per lui, come evidenziato in alcune delle captazioni sopra riportate.

Le cose che stanno a cuore al chirurgo sono infatti l' apprezzamento della clinica e dei colleghi della Santa Rita (cfr conversazione del 23 maggio 2008 con tale Bruno, in cui sostiene che non si possono trovare dei primari al suo livello, dal momento che rispetto a lui, che operava centinaia di pazienti in un anno e che ha prodotto 3 milioni di euro, nessuno può reggere il confronto).

L' alto apprezzamento di sé, misurato non solo in rapporto al fatturato ma al numero degli interventi praticati, emerge chiaro in molte sue affermazioni captate (cfr. 9 maggio 2008 al telefono con Barbara: *comunque se va tutto*

così,...questo mese gli faccio quattro polmoni. Sono per loro 44.000 euro..solo gli ortopedici mi stanno dietro (Scarponi, "la macchina da guerra", ndr). Parimenti Brega è preoccupato di assicurare alti standard di guadagno alla clinica perché teme che, in caso di perdite o flessione negli introiti, la clinica possa sostituirlo (cfr. conversazioni con Merlano già citate riportate a pagg. 68-69 della sentenza impugnata).

La pressione della proprietà verso il raggiungimento di indici di sempre maggiore produttività è, come detto, alla base del cosiddetto "sistema" Santa Rita, dove la aggressività diagnostica permette di fare sempre a meno di altri rimedi meno invasivi, mai o quasi mai praticati, come la toracentesi (lo ha ammesso lo stesso Presicci nell' altro giudizio penale) o l' agobiopsia per la quale non si dispone neppure della strumentazione e del personale medico idoneo.

L' ignoranza "a prescindere" della possibilità di percorrere vie alternative meno invasive per pazienti, peraltro in molti casi a rischio per le morbidità concorrenti e a volte al limite di una situazione terminale, non può di certo essere giustificata con il timore che altri esami meno invasivi possano avere margini di incertezza rappresentati dai cosiddetti "falsi negativi", la cui probabilità, in taluni esami peraltro già modesta, può essere abbattuta dal concorso di altri esami o dalla loro ripetizione.

Come ha correttamente evidenziato la Corte d'Appello di Milano nella sentenza ormai irrevocabile il richiamo al rischio dei falsi negativi costituisce chiaramente un *éscamotage* da prospettarsi nell' ambito della linea difensiva che i chirurghi intendono costruirsi (il riferimento è alla conversazione che si riporta in nota)⁶

⁶ Scrive Il Tribunale di Milano nella sentenza 28 ottobre 2010: " *ancora, ai fini della ricostruzione dei rapporti fra gli imputati in merito alle indicazioni chirurgiche, una conversazione (intercorsa sempre tra Brega Massone e Presicci) avente ad oggetto il caso del paziente Triggiano, per il quale vi era stato un acceso contrasto fra il primario della Clinica santa Rita e l'oncologa dell'Ospedale San Raffaele dottoressa Catia Bencardino, del quale si è già parlato.*

Siamo al 7 gennaio 2008 e Brega riferisce, con toni assai allarmati ("qui è un casino mondiale..."), di un colloquio intervenuto con la moglie del paziente, che gli aveva detto di voler essere "risarcita da me... perché la dottoressa del ... San Raffaele ha detto che lei mi deve risarcire. perché voi.. avete operato mio marito, che non doveva essere operato, e prima doveva fare una biopsia".

1 due sembrano ripercorrere il caso alla ricerca di elementi da addurre a propria difesa: " tu ti ricordi...i noduli erano piccoli?...t'aspetto era quello delle metastasi, giusto? E non potevano essere biopsiati...in ago biopsia, perché il rischio era elevatissimo del

Espressione quella riguardante il "sistema" molto criticata dalle difese, soprattutto perché posta in relazione al numero, ritenuto esiguo, di interventi contestati rispetto al totale delle operazioni chirurgiche effettuate. Ma la contestazione non appare fondata, ove si consideri che l'accusa ha voluto presentare al giudice i soli casi ritenuti di sicura rilevanza penale e non è stato affatto sostenuto che le manovre, ritenute abusive in una serie di casi, si sarebbero dovute presentare in tutti gli interventi praticati.

Resta da fare ancora una considerazione sulla ammissione dello stesso Brega di "pompare" i DRG. Questa espressione non appare spiegabile solo con la falsificazione delle cartelle o con la callida inversione nelle SDO dell'ordine degli interventi praticati a beneficio del maggior rendimento, ma appare invece pienamente compatibile, o se si vuole, compiutamente spiegabile, solo in conseguenza di interventi essi stessi "gonfiati", vale a dire eccessivi rispetto alla necessità del paziente o corredati da concorrenti pratiche illegittime, come le resezione prive di giustificazione. Al seguito di Brega, si sono mossi Presicci e Pansera, per i quali la motivazione economica risiedeva nell'appartenere all'équipe di un primario che provvedeva alla loro remunerazione e che poteva garantire loro posto di lavoro e retribuzione, nonostante la sua non brillante opinione sui suoi

pneumotorace''; a questa affermazioni del primario, Presicci aggiunge quello che poi diventerà un cavallo di battaglia nella difesa: "oltretutto c'era anche il discorso del falso negativo, comunque..."

Ma Brega è preoccupato: "il problema è che c'era una PET negativa, per cui ci potrebbero rompere i coglioni". E poiché la signora Triggiano aveva annunciato azioni legali, con pubblicità sui mezzi d'informazione (questa qui ha detto: "io vado dai carabinieri. Io la metto sui giornali...") occorre fare qualcosa e subito, ossia "andare a fare una fotocopia della cartella clinica" per "vedere cosa... avevamo scritto... che noi avessimo scritto che, nonostante l'aspetto negativo della PET... poteva esserci un bronchiolo-alveolare... poi, se ci sarà da fare una relazione... la faremo".

Il tema del sospetto per il rarissimo carcinoma bronchiolo alveolare tornerà anche per altri pazienti. Scatta poi il richiamo alla responsabilità di tutti; Brega ricorda al collega "perché, tra l'altro, il Triggiano ... io non c'ero... ti ricordi che io ero via quando lui è venuto e poi... gli è stata data l'indicazione... che poi sono tornato e abbiamo operato..."; poco oltre, a maggior chiarezza del concetto: "...qui ci si va di mezzo tutti, perché poi uno gli ha fatto la broncoscopia, l'altro era in sala operatoria... l'altro ha posto... magari ha scritto l'indicazione perché non l'ho scritta io...'", ed ancor più esplicitamente, sempre rivolto a Presicci: "se del Triggiano, per dire, hai scritto tu l'indicazione sulla cartella clinica... si finisce dentro tutti. E' chiaro che io ci finisco come responsabile, però... siamo sempre lì, gli altri hanno partecipato in toto".

collaboratori, soltanto nel modo frenetico (sono parole dello stesso primario) in cui riusciva a svolgere la propria attività professionale. Entrambi avevano presente, con maggiore o minore consapevolezza, che solo alti indici di redditività avrebbero loro garantito non solo la partecipazione all' équipe, ma addirittura il mantenimento dell' unità di chirurgia toracica all' interno della clinica, il timore della cui dismissione in caso di mancato ritorno economico emerge dalla captazione delle conversazioni dello stesso Brega.

10. L' eccezione della difesa del dott. Brega Massone circa il silenzio definito "clamoroso" sulla casistica dell' imputato nel suo apprendistato all' Istituto dei Tumori come prova di continuità nell' approccio chirurgico, rilevante quantomeno ai fini del dolo sia nei reati di lesione, sia a maggior ragione nel delitti di omicidio. Le analoghe eccezioni di altre difese.

La Corte ritiene che l' argomentazione non sia rilevante, perché non vi è dubbio che anche una larga parte di interventi in Santa Rita siano stati ritenuti correttamente eseguiti anche con il ricorso alla tecnica VATS o ad altre metodiche specifiche per la sintomatologia del paziente, argomento peraltro di cui le difese si sono avvalse per ritenere insussistente la finalità di lucro da parte dei terapeuti imputati.

Ciò che qui rileva è accertare se, con riferimento ad una percentuale di interventi praticati, le metodiche di approccio utilizzate siano o meno giustificabili, oppure se codesti interventi non rientrino in quel voluto "ampliamento di attività chirurgica", di cui vi è prova nelle captazioni.

La stessa ammissione del dott. Brega Massone di "pompate i DRG" che risulta da una pluralità di sue conversazioni, una volta che venga accertata la corrispondenza del DRG rispetto all' intervento praticato, non può avere altro significato che quello di una attività chirurgica ingiustificata sul paziente, dolosamente esercitata per assicurare alla clinica il massimo beneficio economico (sul punto vanno ricordate anche le constatazioni del prof. Legnani, del dott. Merlano, del dott. Piergigli, della dott. Galasso, per giungere alle stesse affermazioni captate del coimputato chirurgo Pansera : "il discorso è che, detto tra noi, la TAC a lui serviva per vedere anche le...i cazzilli e le mischiatine..che lui...giustificava di andare a rioperare...scusa ma la Valli, secondo te, l' ha rioperata? Perché gli ha visto un cazzillo...ma tu vai

a fare la TAC a qualsiasi distrofia bollosa...vuoi non trovargliene un'altra perché non gliel' hai tolta la volta precedente? E' una malattia sistemica...devono ancora dimostrarmi che abbiano un' utilità chirurgica".⁷⁾

Appare perciò del tutto dubbia la buona fede di Brega nell' approccio ai pazienti i cui casi sono qui esaminati e di certo al Corte non può sobbarcarsi il compito di ripercorrere tutti gli interventi di Brega fin dal suo apprendistato alla IEO o procedere scrutinare le modalità di intervento chirurgico in altri casi presso vari nosocomi lombardi. Né può fare ciò per Presicci e Pansera, allargando a dismisura, per anni di attività e centinaia di interventi, l' esame della loro condotta (vedi per Pansera quanto in nota 7).

Quanto a Brega, va ricordato anzitutto che è lo stesso imputato che ha collegato, sia pure nei termini di cui si è detto, la sua frenetica attività chirurgica e ancor prima la ricerca parossistica di soggetti da operare nella clinica ("*pescare i polmoni*" è una espressione sua) a motivi di guadagno, anche se in termini di sopravvivenza economica dell' équipe tutta.

Di certo, tuttavia, la motivazione economica intesa nel senso che si è detto è fortissima nel primario ed in grado di giustificare (sempre peraltro occorrendo una verifica concreta della validità dell' atto operatorio), superando la relativa eccezione della difesa, anche interventi su pazienti di cui doveva apparire di tutta evidenza il rischio di morte nel corso dell' intervento o nell' immediato postoperatorio.⁸

Pertanto, anche qualora si dovesse ritenere che Brega Massone o alcuno dell' équipe si fosse avvalso di tecniche apprese durante il suo tirocinio o apprendistato presso altre strutture, rimane sempre la necessità di accertare la congruità dell' approccio specifico rispetto al caso concreto,

⁷ E' importante osservare che nel corso della conversazione nella quale esprime i concetti sopra riportati, Pansera a proposito di Brega di cui peraltro ammira l' abilità manuale, afferma anche in momenti differenti: "*Tutto diverso e, col senno di poi, non tutto così migliore rispetto a quello che abbiamo imparato noi...anzi su tutto...quasi tutte le cose trovavo delle differenze sostanziali...e di scuola proprio... che...molte non condividevo...io non ho visto mai così tanti traumi toracici operati o distrofie bollose*". La conversazione con Cinzia riguarda anche la necessità della collega di evitare d' ora in poi di ricoverare sempre in caso di fratture costali, *perché adesso deve cambiare anche questa indicazione*".

⁸ Come accennato, la preoccupazione di Brega di perdere la posizione di prestigio di giovane primario acquisita in Santa Rita è fortissima. Vedi intercettazione del 27 novembre 2007 con l' infermiera La Corte "...questa vita che ho fatto io non era stressante, stressantissima...a meno che non si facciano dare tutti un fisso...però poi dubito che la clinica, dopo tre mesi che vede che sei in perdita ti mantenga, cioè devi comunque quel DRG, quel minimo garantito che ti danno devi comunque coprirlo".

tanto più che la sistematicità dei suoi interventi, in particolari patologie o condizioni del paziente (le quali per loro natura sono sempre specifiche e non suscettibili di accostamenti analogici), ha suscitato i sospetti (o, sarebbe meglio dire la riprovazione) di medici e professori che pure non figurano tra i consulenti del PM, intervenuti nell'indagine ASL o in quella promossa dalla stessa proprietà della clinica o, infine, di colleghi di struttura.

Quindi, a parte il fatto che ogni intervento per le sue peculiarità, per le condizioni di salute, anamnesi età, eventuali comorbidità del paziente è, e rimane, un caso unico, il giudice si serve delle consulenze e degli altri elementi ricavabili dall'esame del caso concreto, per accertare se vi sia o meno deviazione dalle *leges artis* e quindi responsabilità penale del chirurgo. Anche il rilievo circa la negligenza delle primo giudice della copiosa letteratura scientifica internazionale è eccezione di poco momento, perché collegata a situazioni astratte, che prescindono dalle soluzioni concrete possibili che, va ripetuto, debbono essere condotte secondo le linee guida all'epoca vigenti e seguendo il criterio di progressività nell'approccio, circostanze delle quali si è già detto, con il pieno consenso del paziente, così come è stato chiaramente indicato dalla Suprema Corte nel passo sopra riportato in merito ai doveri del terapeuta della sentenza più volte citata.

Dunque, per dirla ancora una volta con le parole della Corte Suprema espresse nella citata decisione che ha riguardato i chirurghi dell'unità di chirurgia toracica della clinica Santa Rita per i numerosissimi casi di lesioni volontarie : *"è logico sostenere, cioè, che la volontarietà della condotta capace di integrare reato non possa essere esclusa attraverso la rivendicazione della liceità dei comportamenti tenuti con riferimento ad altri pazienti, essendo questo un criterio eccentrico ai fini dimostrativi che interessano..."*.⁹

Quanto all'eccezione, di portata generale, tendente a sottolineare che se in alcuni casi il primario e i suoi aiuti erano riusciti a raggiungere il massimo DRG falsificando semplicemente le cartelle, non era comprensibile perché

⁹ Va anche osservato che anche nella stessa sentenza 35104/2013 la Cassazione ha sostenuto (pag. 62), come si sostiene in questa decisione, che la finalità economica perseguita da Brega è stata ritenuta sussistente unitamente alla ulteriore finalità di guadagnare la fama di infaticabile operatore, idonea a consolidare la affermazione di professionalità del ricorrente, pur restando la preminente finalità economica accertata in forza delle captazioni di eloquenti conversazioni.

costoro avrebbero dovuto ricorrere in altri casi a interventi chirurgici pretestuosi, essendo appunto sufficiente la sola falsificazione documentale, si può semplicemente sottolineare la rischiosità di quest' ultima, che sarebbe apparsa di tutta evidenza, in caso di controlli sull' attività in concreto svolta.

Ed in effetti, proprio l' andamento della ispezione e lo stesso timore di Brega in ordine alla possibile scoperta delle falsificazioni (va ricordata l' intercettazione in cui il primario si definisce l' "*Arsenio Lupin della chirurgia*" e teme di essere tacciato ed arrestato come truffatore (cfr sms a La Corte del 30 settembre 2007) dimostrano la preliminare emersione di discordanze semplicemente cartacee e solo successivamente l' approdo alla ben più grave, e inizialmente inimmaginabile, ipotesi di interventi inutili, finalizzati al solo indebito rimborso.

Si può ora passare all' esame dei singoli interventi che sono stati contestati.

11. Gli interventi al seno.

Va preliminarmente ricordato che per tutta una serie di interventi al seno giudicati nel processo di appello svoltosi presso la IV sezione della Corte d' Appello di Milano, conclusosi con sentenza definitiva della Cassazione, è stata affermata la penale responsabilità degli imputati, in taluni casi sfumata poi nella prescrizione maturata nelle more.

Tali casi presentano analogie sostanziali con i casi esaminati dal giudice di primo grado in questo processo dalla pag. 478 alla pag. 539.

Va anche sottolineato che per questi casi, quelli rubricati ai capi 36), 37), 38), 39), 40), 41), 42), 43), 44) e 45), vale a dire tutti, ad eccezione del caso Fornetti per il solo Brega cui non sono state riconosciute le circostanze attenuanti generiche, è intervenuta la prescrizione.

Tuttavia, o perché vi è appello di uno o più degli imputati che hanno rivendicato l' assoluzione con formula piena, o perché vi è costituzione di parte civile, direttamente da parte della vittima del reato, come nel caso della Zito o degli eredi, ovvero delle persone giuridiche o enti citati in epigrafe anche per le connesse conseguenze sul piano dei reati di truffa e falso, l' esame dei casi, già rilevante ai fini della valutazione sulla complessiva condotta dei chirurghi, dovrà essere comunque compiuto caso per caso.

Pertanto va ancora richiamato il commento di massimo sconcerto all' esame dei casi esaminati nell' altro giudizio dal consulente del PM, prof. Greco, la cui competenza assoluta in materia non può essere messa in dubbio atteso che si tratta di uno specialista in senologia, oncologia e radiologia, primario e professore universitario e, all' epoca, presidente della Associazione Italiana di Senologia.

Greco aveva evidenziato la assoluta trascuratezza delle linee guida codificate nell' approccio alle pazienti da parte dei chirurghi, tanto da avere ritenuto che i casi esaminati in quella sede non trovassero nessuna spiegazione nei criteri comunemente accettati dalla comunità scientifica, la divergenza dai quali non era possibile ricondurre a semplice imperizia.

La mancanza di qualsiasi accertamento preventivo diagnostico necessario e indispensabile al fine di intraprendere un corretto trattamento induceva a ritenere che la finalità dei terapeuti fosse stata quella di operare ad ogni costo, con modalità sbrigative, anche ignorando talora i consigli di prudente approccio suggeriti dal radiologo, come se il chirurgo non avesse altra finalità che intervenire comunque, eludendo tutti quegli accertamenti che avrebbero potuto evitare l' operazione..

Il giudizio generale a suo tempo maturato dal consulente Greco, ripetuto in questo giudizio, può essere fatto proprio da questa Corte anche con riguardo agli interventi oggetto della presente causa, omettendo tutta la nomenclatura riportata nella sentenza impugnata tra le pagg. 472-498, ma richiamando l' attenzione del lettore, prima di passare all' esame dei casi specifici, sull' iter diagnostico previsto dalle linee guida FONCAM e sulla necessità di un approccio ordinario, caratterizzato dalla cosiddetta "tripletta diagnostica" (esame clinico, RX-TAC, esame cito-istologico, quest' ultimo con ago aspirato (senza anestesia) o con metodica leggermente più invasiva, con un ago biopsia (in anestesia locale).

I consulenti del PM hanno chiarito che la pratica medica impone anche che, seppure un esame citologico può non riuscire, cioè non campionare adeguatamente l' area lesionale (C1 inadeguato), esso deve essere rifatto perché ciò è essenziale per giungere ad una diagnosi.

In ogni caso, salvo approfondimenti con macchinari tipo Mammotome che consentono di fare la biopsia in stereotassi e che hanno una attendibilità diagnostica altissima, ove non si proceda all' esame citologico è comunque necessario l' esame istologico, non essendo possibile trascurarli entrambi.

Va anche osservato che in Santa Rita, da quel che risulta dagli atti, non si disponeva né della strumentazione né del personale medico formato per procedere in agoaspirato né in agobiopsia (e lo si è accennato già a proposito della scelta "a prescindere" di procedere con una chirurgia toracica aggressiva).

Ciò premesso, va ricordato il caso di Catalano Alfia (capo 37) contestato al solo Brega Massone, per il quale il consulente Greco (è sufficiente citare questo solo consulente del PM) aveva ritenuto del tutto ingiustificati entrambi gli interventi, stante l'inesistenza di qualsivoglia sospetto diagnostico, in presenza di un caso trattabile con una mera agobiopsia. In presenza di una patologia fibrocistica priva di sospetto oncologico, Greco aveva ritenuto di vedere "due belle quadrantectomie"; una doppia quadrantectomia trova per Greco la sua giustificazione solo in caso di accertata patologia maligna.

Il primo giudice ha negato perciò valore all'affermazione del consulente della difesa Poma, che aveva giustificato il primo intervento con la difficoltà di attingere il bottone endoluminale con una agobiopsia e con la necessità di non svuotare completamente la cisti per non essere poi più in grado di rinvenire il tumore.

L'argomento è stato ripreso nell'appello di Brega, con la considerazione che l'agoaspirato avrebbe sicuramente provocato la rottura della cisti.

Sta di fatto che a questa eccezione la Corte di primo grado aveva già risposto, rilevando come la posizione della cisti fosse già stata rilevata con la mammografia e che l'asportazione o svuotamento avrebbe comunque lasciato in sede le pareti della cisti; queste quindi avrebbero potuto essere quindi nuovamente individuate e rimosse con all'interno il bottone millimetrico, laddove non fosse stato già aspirato.

Per il secondo intervento non c'era alcuna prova che fosse stato richiesto dalla paziente e non si capisce perché nell'appello si debba leggere che *"sembra evidente che l'intervento fosse stato richiesto dalla paziente"*, dal momento che poi è stata asportata una formazione sicuramente benigna, senza esami diagnostici preliminari e senza la raccolta di un consenso informato corredato dalle possibili alternative (anche di intervento ambulatoriale), in un caso in cui non risulta che la donna provasse dolore o fastidio.

Va anche considerato che, a parte la completa negligenza della cosiddetta tripletta diagnostica (palpazione, eco risonanza ed esame citoistologico), si è in presenza di resezioni, peraltro inutili, di una estensione (5x3 e 5x2) in nessun caso giustificabile, mentre, per quanto riguarda il "bottoncino" della prima mammella doveva pensarsi, nella più prevedibile delle ipotesi ad un papilloma, vale a dire ad una patologia benigna, non certo idonea a giustificare un intervento di quadrantectomia, in cui l'asportazione arriva fino alla fascia del muscolo pettorale.

Va anche considerato che, come ha sostenuto il giudice di primo grado, non ha senso parlare di acquisizione di un consenso informato, raccolto sulla base della programmazione di due interventi senza diagnosi certa e attuati per sospetto tumore (così aveva riferito la paziente ad un suo parente medico, Arcidiacono), con indicazione di una patologia descritta in modo assolutamente aspecifica come "neoformazione".

Non solo quindi non sussistono le condizioni di cui all' art. 129 c.p.p., ma rileva invece la sicura responsabilità per lesioni volontarie da parte del chirurgo che ha fatto ricorso alla procedura più invasiva e più onerosa per la rimozione di formazioni benigne, a conferma delle statuizioni civili assunte.¹⁰

Appello per il caso di Conti Cristina (capo 38) contestato ai chirurghi Brega e Pansera.

Non si rinvencono osservazioni di rilievo nell' appello di Pansera, che alla questione specifica degli interventi al seno, vale a dire in merito alla correttezza degli interventi, e non sulle considerazioni generali riguardanti la liceità dell' attività terapeutica compiuta o la sussistenza dell' elemento soggettivo costituito dal dolo, si limita, nelle poche righe a cavallo delle pagg. 97 e 98 a sostenere: *"Restano da considerare gli interventi al seno. Su questi la difesa di Pansera non può non rilevare come le argomentazioni dei CT della difesa siano state tutte ingiustificatamente disattese. Le loro considerazioni, che qui si danno per integralmente riportate, escludono che possano essere integrati gli estremi oggettivi del reato di lesioni, sia sotto il profilo dell' evento che della condotta"*.

¹⁰ Non possono non venire alla mente, in questo come in altri casi, le parole della terapeuta della Santa Rita Galasso al telefono con un'amica: *"Hanno scoperto che operava ... cioè tutto quello che operava lo passava per tumore (anche se l' osservazione specifica si riferisce a casi di tubercolosi, cfr convers. Del 1 ottobre 2007, ore 15:55)"*.

Brega Massone nell' appello sostiene essere emblematico che sia stata negata la plausibilità dell' intervento chirurgico, pur ritenuto una delle tre alternative possibili dagli stessi consulenti del PM in aderenza alle linee FONCAM e critica la definizione di quadrantectomia data dal consulente Greco ad una semplice nodulectomia.

Brega, tra l' altro, ribadendo che si è trattato di una nodulectomia e non di una quadrantectomia, conferma (come aveva dichiarato la stessa Conti), che il fibroadenoma si ingrossava e che pertanto l' enucleazione era necessaria.

La questione quadrantectomia-nodulectomia torna in questo processo dopo essere stata affrontata anche nella sentenza della Corte d' Appello di Milano (vedi caso De Siena, pag. 103, caso Bellini, pag. 105). Va premesso che nella stessa scheda di consenso informato si parla di quadrantectomia e non di resezione di un nodulo. E' lo stesso imputato Brega che ha sostenuto che per prudenza (ma siamo in presenza di una formazione benigna) aveva proceduto ad una radicalizzazione della mammella, che in realtà ha senso nelle patologie tumorali di cui qui non vi è traccia.

In ogni caso, anche a voler ammettere che la formazione negli ultimi quattro anni a fosse aumentata di volume, e dunque anche accettando l' affermazione di Brega di essere intervenuto per i possibili problemi estetici e psicologici della paziente (che tuttavia non è provato che li avesse manifestati), non si trova giustificazione per una exeresi di questo tipo, in assenza di prognosi di malignità o di fondato sospetto di evoluzione negativa.

Ciò tanto più in assenza di prospettazione di interventi meno invasivi ed ambulatoriali in anestesia locale.

In realtà, ferma la possibilità della nodulectomia, asseritamente definita per errore quadrantectomia, le altre strade previste dalle linee FONCAM solo state del tutto ignorate, tanto più un'agobiopsia per la conferma definitiva della benignità.

E' questa soprattutto la contestazione contenuta nella sentenza di primo grado e non è accettabile l' osservazione del consulente della difesa Poma che rimette la scelta del tipo di anestesia (totale o meno) o di modalità di ricovero (in day hospital o con ricovero) praticamente ai desiderata del paziente.

Inoltre, è del tutto discutibile l' aumento di volume del fibroadenoma (quello visto da Brega da 2,5 a 3 cm) e non quello presunto dal radiologo perché tanto nel 2003 che nel 2006 le dimensioni erano state stimate in 2,5 cm.

Peraltro nel corso dell' operazione, l' esame istologico intraoperatorio dopo l' asportazione del nodulo aveva dato diagnosi negativa per malignità (come era ovvio che fosse) e tuttavia si era proceduto ad una radicalizzazione per altri due cm intorno, operazione giustificata da Brega con la necessità di essere "prudente", ma non necessaria per la natura benigna della formazione.

Si è trattato di un intervento attuato prescindendo dalle alternative possibili e comunque non sorretto da valido consenso informato. La sua illiceità permane anche ai fini civili , anche se il reato risulta prescritto per entrambi i suoi autori.

Anche la paziente Belloni (capo 39), già seguita da Brega Massone, viene operata da Brega e Pansera con una quadrantectomia sx, come risulta da consenso informato in forza di una dichiarata patologia di "neoformazione" e si può dire assolutamente pacifico che nessuno degli esami praticati nel tempo aveva evidenziato sospetti oncologici.

Per il consulente del PM si era di fronte ad una mammella completamente sana e questa affermazione non è stata efficacemente smentita neanche dal consulente di parte, Poma, il quale ha voluto accreditare la tesi che, alla base dell' intervento, ci fosse l' ansia della paziente.

Incredibilmente Brega, a fronte di un intervento di questa invasività senza alcuna giustificazione terapeutica, ha addossato la "colpa" alla paziente, che aveva voluto fare i marker tumorali nonostante le rassicurazioni e, nonostante ulteriori esami, aveva voluto l' intervento.

E superfluo ricordare che il compito del chirurgo non è compiacere i pazienti esaudendo richieste di interventi invasivi privi di significato, ma di attuare, in scienza e coscienza, la migliore soluzione terapeutica possibile, appartenendo sempre ai doveri del terapeuta sedare le possibili ansie del malato.

Con l' atto di appello non vengono svolte significative contestazioni a quello che è, e rimane, un atto operatorio indifendibile, rispetto al quale in buona sostanza si sostiene l' equivalenza economica fra nodulectomia e quadrantectomia, quando il punto è o il nessun intervento o un intervento

ambulatoriale di agobiopsia, sicura essendo invece l' abnormità di parenchima asportato.

Si deve ricordare in ogni caso che la Belloni, che è teste e resta tale anche in caso di costituzione di parte civile salvo un maggior approfondimento della sua attendibilità, ha dichiarato di essere stata indotta all' operazione dal fatto che Brega le aveva prospettato che il nodulo avrebbe potuto avere una evoluzione negativa. Purtroppo per il chirurgo, che ovviamente nega la circostanza scaricando sulla paziente la responsabilità di un intervento di quel genere, le dichiarazioni della Belloni collimano con quelle di altri pazienti, o parenti di altri pazienti deceduti, ai quali sempre era prospettata - in patologie sicuramente benigne - una possibile evoluzione negativa e si accordano anche con l' attività di Brega presso la L.I.L.T. ,che lo stesso chirurgo in una intercettazione definisce come "*pescare le mammelle*".

Pansera, come già detto nulla di nuovo osserva.

Il reato è prescritto, ma vanno mantenute le disposizioni civili che alla responsabilità civile dei due chirurghi si raccordano.

Anche il caso Gaibotti, capo 40, contestato sempre a Brega e Pansera si presenta estremamente significativo nelle dichiarazioni della paziente, anch' essa sempre teste seppur costituita parte civile, e rivelatore di un modus operandi dei chirurghi, in particolare Brega, ricorrente anche in altre circostanze: quello di mettere fretta per l' asportazione di un nevo e nell' occasione togliere un fibroadenoma, mentre l' esame istologico avrebbe poi dato (rectius confermato) il risultato negativo. La paziente aveva negato che Brega le avesse prospettato una soluzione in day hospital. Successivamente a Londra un nodulo le era stato asportato con una aspirazione di quindici minuti e senza necessità di sutura, a riprova dell' invasività dell' intervento che qui si esamina.

Per quanto riguarda in particolare l' operazione svoltasi in Santa Rita, a prescindere dal considerare che il dermatologo aveva soltanto consigliato di far vedere il nevo ad un chirurgo il quale avrebbe dovuto procedere ad esami prima di deciderne l' asportazione, la giustificazione dell' operazione sulla base del fibroadenoma è molto meno comprensibile, soprattutto se si considera la sua scarsissima, irrilevante, crescita nel biennio e tale giudizio permane anche se l' intervento fosse stato chiesto dalla paziente e dunque si contesta la stessa opportunità dell' operazione.

Non si comprende poi il ricovero usuale di tre giorni per interventi che possono essere realizzati con minore invasività in day hospital, come il nosocomio londinese avevano dimostrato.

Ora la difesa di Brega Massone, con l'appello, sembra appuntare i suoi strali sulla fatto che la sentenza abbia qualificato l'intervento come quadrantectomia (ma così è stato codificato in atti), quando si sarebbe trattato di una semplice di una nodulectomia, ma, come accennato in precedenza, le contestazioni in questo caso riguardano il mancato intervento in day hospital e la stessa opportunità di operare pur presupponendo il consenso della Gaibotti, senza contare la circostanza della successiva riformazione del nodulo e quella per cui la buona pratica medica avrebbe consentito un intervento assolutamente meno invasivo, vale a dire un biopsia ecoguidata che ha altissimi margini di successo e che è necessario, secondo la ben nota pratica degli step, eseguire prima di interventi più invasivi.

In assenza di contestazioni specifiche di Pansera e respinte quelle avanzate da Brega Massone, il reato va dichiarato prescritto, ferme restando le statuizioni civili relative al reato in questione.

Nel caso della Gesvi, capo 41), sempre contestato a Brega e Pansera, il consulente del PM Greco aveva contestato l'assoluta assenza di giustificazione per un intervento soprattutto di quadrantectomia destra.

Come risulta a pag. 512 della sentenza, vi è stata una prima diagnosi del tutto generica ed inappropriata per interventi chirurgici effettuati in assenza di esami e step diagnostici.

La giustificazione di Brega, che aveva ammesso di non nutrire sospetti oncologici, si è fondata, come in altri casi, sulla necessità di rimuovere problemi psicologici della paziente che peraltro, si sostiene, rifiutava l'ago aspirato e, quanto all'intervento in sé, giustificato da un trend di crescita, di cui però nell'appello, che si riporta solo ai desiderata della paziente, non si fa particolare menzione.

Di certo, però quanto al suggerimento di Brega di procedere all'asportazione radicale di nodulini ad entrambe le mammelle, resta attuale il commento del primo giudice laddove sostiene che, se egli avesse avuto di mira l'interesse della paziente, non avrebbe dovuto accondiscendere ad un intervento così radicale, rassicurando la donna invece sulla mini invasività dell'intervento con agoaspirato, apparendo ingiustificato addirittura estendere la quadrantectomia anche alla mammella sinistra, cosa che

peraltro si era deciso di fare fin dall' inizio, come risultava dalla scheda di consenso, dove però l' intervento era indicato come eventuale.

Anche in questo caso la difesa di Brega gioca sui termini quadrantectomia-nodulectomia, ritenendo in tal modo di giustificare il chirurgo, quando in realtà la contestazione sta nella stessa necessità dell' intervento, nella scelta dell' intervento più invasivo e nell' incompleta informazione alla paziente di cui è stato raccolto il consenso.

Giova peraltro aggiungere che non era stata seguita la indicazione del radiologo e che non è pertinente il commento espresso in appello circa il fatto che l' agobiopsia non fosse necessaria perché la diagnosi, nota anche a Brega, era benigna: qui infatti si sta parlando di un diverso modo di intervenire, cioè mediante l' agoaspirato, a nulla poi rilevando i timori della paziente.

Ciò doveva valere anche per Pansera, come chiaramente ricordato a pag. 515 della sentenza di primo grado, il quale non appare avere presentato particolari motivi di contestazione sul caso specifico.

Il reato è prescritto, ma rimane la responsabilità di un intervento illecito di entrambi i chirurghi per quanto riguarda gli effetti civili della loro condotta.

Per la paziente Velli, capo 42, contestato sempre a Brega e Pansera, vi era stata una doppia quadrantectomia (per asportazione di formazione nodulare a destra e "neoformazione" a sinistra), non correttamente indicata nella sua duplice forma nel consenso informato, dato che la paziente aveva consentito al solo intervento alla mammella destra.

Alla paziente era stato diagnosticato un fibroadenoma con calcificazione di insorgenza remota, compatibile con l'età relativamente avanzata della degente (74), patologia da non trattare chirurgicamente, come già si è detto a proposito di altro caso.

Infatti, la calcificazione già sussisteva al tempo di un intervento precedente di anni; ne era stata riconosciuta la natura benigna e non era condivisibile la solita affermazione del trend di crescita, su cui Brega aveva giustificato l' operazione.

Anche in questo caso vi era stata da parte di Brega una sostanziale minimizzazione nell' appello delle dichiarazioni del consulente senologo Greco, che non aveva parlato solo di intervento spropositato rispetto alla patologia, ma di patologia non meritevole di intervento per l' età della

paziente e di possibilità al limite di interventi non invasivi e mini invasivi (vedi pag. 517, 1 e 2 rigo), ferma restando l' assenza di informazione e quindi di consenso alla bilateralità dell' intervento.

E' peraltro interessante notare che in molte cartelle cliniche la patologia della paziente è definita con un termine, "neoformazione", che è del tutto aspecifico e che, se accettabile in sede di primissimo approccio, non legittima certo l' intervento "d'amblé".

Si deve anche ribadire che un fibroadenoma, in una donna anziana come la Velli, può presentarsi calcifico senza che ciò giustifichi interventi, potendosi il terapeuta limitare a tenere sotto controllo la situazione in *follow up*.

L' appello di Brega , contenuto in poche righe a cavallo della pagine 271/272, si limita a polemizzare sulla solita questione quadrantectomia/ radicalizzazione, ma nulla dice - e può dire di specifico - sulla parziale mancanza di consenso, sulla assenza di prospettazione di alternative meno invasive, limitandosi a sottolineare un' affermazione del consulente circa la possibilità di una indicazione chirurgica, totalmente estrapolato dall' intero contesto dichiarativo.

Nulla invece osserva Pansera, per il quale valgono sempre le stesse considerazioni che il primo giudice aveva svolto nei suoi confronti per il caso Gesvi. Anche in questo caso il reato è prescritto, ma resta ferma la responsabilità dei chirurghi ai fini civili.

Passando all' esame del caso Zito, capo 43, contestato a Brega e Presicci, si ricorda che le difese hanno molto insistito su di esso, sostenendo che in sede civile era stata dimostrata l' assoluta correttezza dell' intervento dei chirurghi. Va ricordato che anche nella sentenza della Corte d' Appello di Milano del 6 marzo 2012 uno degli interventi su questa paziente, sempre da parte di Brega e Presicci, era stato considerato delittuoso. Si tratta dell' intervento del 28 giugno 2006 rubricato al capo 9) delle imputazioni, vale a dire il secondo dei tre subiti dalla paziente.

In quel processo, sulla base delle affermazioni del senologo Greco era stato ritenuto che la donna avesse subito un intervento di quadrantectomia del tutto ingiustificato ed era stata richiamata l' ammissione di Brega di avere effettuato un intervento "un po' fuori dalle linee guida".

Ciò a prescindere dalle considerazioni sia sulla mancata evidenziazione alla Zito di possibili alternative, sia della (solita) insinuazione di Brega circa il rischio che la formazione benigna potesse cambiare natura.

Va detto peraltro che il fibroadenoma cancerizza in un percentuale di casi estremamente esigua.

Quello di cui ci si deve qui occupare è il terzo intervento, avvenuto il 28 gennaio 2008, definito di quadrantectomia con radicalizzazione. Anche in questo caso, secondo i consulenti del PM, non c'era neppure una patologia di una cisti da estrarre, addirittura in narcosi, in una mammella assolutamente normale senza problemi (adenosi infatti non è una malattia) e di certo non si può fare una quadrantectomia con radicalizzazione per curare l'ansia della paziente.

Smentendo di fatto quanto sostenuto dalla donna (anche con riferimento al precedente intervento), la quale aveva sostenuto che era stato Brega a consigliare l'asportazione per la ragione detta e a negare che potessero sussistere alternative, il chirurgo aveva negato di avere evidenziato sospetti oncologici ed aveva sostenuto che l'intervento era stato voluto dalla stessa Zito, cosa cui aveva acconsentito per temperarne l'ansia.

La contestazione del consulente di parte si è incentrata sulla solita eccezione per cui non si sarebbe trattato di una quadrantectomia.

A parte ogni considerazione sulla inammissibile condiscendenza del chirurgo alle richieste della paziente, deve considerarsi che si era trattato di un intervento realizzato sulla base di una indicazione fantasiosa, potendosi al più realizzare una evacuazione con tecnica VAB corebiopsy in anestesia locale.

Inoltre, va rilevato che i periti nominati nella causa civile non hanno preso alcuna posizione sulle dinamiche relazionali paziente - chirurgo (vedi pag. 13 della consulenza), e anche sulla circostanza che, leggendo il testo della consulenza d'ufficio, si osserva che l'intervento chirurgico posto in essere risultava indicato in assenza di accertamento citologico con ago sottile, che è invece proprio l'omissione che in buona sostanza è stata contestata ai chirurghi nel processo ormai definito.

In quella consulenza, dopo avere accertato la natura benigna della patologia in tutti e tre gli interventi, i periti hanno sostenuto che essi erano stati tutti eseguiti a regola d'arte e previo consenso informato della Zito, rispetto al quale il convincimento della sua sussistenza appare espresso in

forma positiva, sebbene dubbia (vedi pag. 25: la presenza dei tre moduli ...non significa che la sig.ra Zito fosse consapevole...capace di fare un bilanciamento....liberamente autodeterminarsi: il consenso in tutti e tre i casi faceva riferimento al solo intervento maggiore, senza prospettare alternative, cosa che costituisce uno dei cardini dell' accusa e rende credibile la versione della Zito l' insistenza di Brega verso l' intervento più impegnativo).

Basta una rapida lettura della risposta al quesito sub 4), in cui era stato chiesto ai consulenti di dire se "alla luce dei due pregressi interventi subiti dalla paziente, l' ultimo fosse indicato", per accorgersi che, in primo luogo, il quesito non è stato formulato con riferimento alle valutazioni che in sede penale avevano svolto i consulenti del PM anche solo in relazione alle alternative meno invasive possibili e che comunque i consulenti del giudice civile sul punto non si sono affatto espressi.

In ogni caso, il punto essenziale non è, come sostengono le difese in appello, capire se l' intervento trovasse la sua giustificazione nelle richieste della Zito.

Ciò per la ragione di cui si è già detto concernente il fatto che il chirurgo non deve compiacere la paziente ma indicarle l' intervento più adeguato nel senso della sua contenutezza rispetto alla patologia in atto, e dunque alla sua sufficienza.

Il chirurgo deve, in ogni caso, far risultare (cosa che significativamente non è stata fatta), nella scheda di consenso informato che alla paziente sono state indicati i vari interventi praticabili, cioè le alternative che la Zito avrebbe espressamente richiesto e delle quali era stata negata l' esistenza da Brega, secondo il racconto della persona offesa.

Non risultano particolari e diverse contestazioni da parte dell' altro chirurgo, Presicci, che non poteva non avere chiara la pretestuosità dell' intervento, seppure sotto il profilo tecnico correttamente eseguito.

Va infine ricordato che la società che gestisce la clinica San Carlo ha raggiunto una transazione con la Zito che si era costituita parte civile nei suoi confronti. Resta la responsabilità civile dei chirurghi, anche se il reato va dichiarato prescritto.

Per il caso della paziente Durè, (capo 44) contestato a Presicci e Brega la difesa ha tenuto a rimarcare come in precedenza la donna avesse fatto ben due agoaspirazioni che non si erano rivelate risolutive e aveva sottolineato

come i consulenti di entrambe le parti si erano dichiarati d'accordo sul fatto che si trattasse di una patologia recidivante, che può recare dolore del resto provato dalla paziente.

In questo caso, Brega e Presicci avevano proceduto ad una quadrantectomia. Nel consenso informato oltre alla quadrantectomia era giustificata la patologia per "neoformazione" alla mammella sx.

Già nel giudizio ex ante era emerso come non ci potesse essere nessun sospetto oncologico (Eco, mammografia, reperto citologico).

Non risulta però che il consulente Greco abbia accettato l'ipotesi di quadrantectomia, che non era l'intervento di elezione rispetto ad un agocentesi evacuativa, pur conoscendo le proprietà recidivanti della patologia, non sempre benigna.

Nel consenso informato, inoltre, non era stata riferita alla paziente l'alternativa dell'agoaspirato con guida ecografica, ed ancora una volta la quadrantectomia con ricovero era stata considerata dal giudice eccessiva rispetto ad una nodulectomia o una exeresi ambulatoriale, certamente molto meno remunerative per la Santa Rita.

Non è chiaro sul punto l'appello di Brega, ma sembra riportarsi alla nota affermazione circa l'uso di una terminologia impropria, quale quella di quadrantectomia rispetto all'effettiva realizzazione di una nodulectomia. Se questo è il senso dell'affermazione, essa si scontra con quanto sostenuto da a suo tempo da quel chirurgo, il quale aveva sottolineato le grosse dimensioni della ciste, definite enormi. Ovviamente anche la SDO parla di quadrantectomia, ingiustificata al posto di una semplice nodulectomia (con ciò che di norma comporta in ordine alla limitazione della sedazione e del ricovero).

Nell'appello di Presicci non si rinvencono contestazioni specifiche eventualmente diverse da quelle veicolate con l'appello di Brega. Il reato è prescritto, permanendo la responsabilità civile degli imputati per l'illecito perpetrato.

Per la paziente Paganini (capo 45), il nocciolo dell'accusa su cui è stata fondata la responsabilità dei chirurghi Brega e Presicci sta nel non avere preso in considerazione non l'agoaspirato, ma l'agobiopsia (corebiopsy) eco guidata. Ipotesi che non è stata contrastata dal consulente di parte, il quale ha dovuto convenire, stando a quanto è scritto in sentenza, che si potevano asportare due noduli in anestesia locale e per tale ragione ancora una volta

si afferma che non si sarebbe trattato di quadrantectomia come scritto nella SDO, ma di doppia nodulectomia.

In questo caso va detto che la paziente era venuta a sapere che non sarebbe stata praticata una quadrantectomia, ma sarebbero stati asportati i due noduli e lo ha correttamente riferito alla Corte d'Assise, sostenendo di averlo saputo quando, spaventata, aveva chiesto spiegazioni a Brega.

Peraltro è stato rilevato che la quantità di tessuto asportato (se non incidente sul DRG, comunque rilevante a far qualificare l'intervento come importante e giustificativo dell'anestesia totale) poteva essere fatto in ambulatorio viste le dimensioni dei noduli ed in anestesia locale. L'appello di Brega non sembra cogliere nel segno quando afferma che anche in consulenti del PM avevano giustificato l'exeresi, perché la sentenza fa riferimento a due circostanze ben precise: la possibilità di intervento ambulatoriale in anestesia locale e l'esagerazione del tessuto asportato (ben 7x2 e 5x2).

In assenza di particolari osservazioni da parte di Presicci, l'appello di Brega che ancora insiste su un'affermazione del senologo Greco estrapolata dal contesto (*"l'indicazione chirurgica ci può stare"*), quando in realtà dai consulenti del PM era stato indicato un intervento di tutt'altra (minore) invasività e senza ricovero e sedazione totale, condannando peraltro anche l'estensione dell'exeresi, è del tutto privo di fondamento.

Prescritto il reato, resta ferma la responsabilità dei chirurghi agli effetti civili.

Nel caso Mantovani (capo 35) la contestazione di lesioni volontarie riguarda solo Brega.

Le considerazioni sono le stesse, anche se la patologia presenta delle divergenze rispetto al caso precedente. Anche qui, infatti, il più invasivo intervento chirurgico (con successiva plastica mammaria ed emorragia) indicato come quadrantectomia sx (ed invece si tratta della mammella destra) poteva essere evitato e sostituito da un intervento ambulatoriale con anestesia locale. Erano contestate anche l'entità della resezione e la mancanza di informazione delle alternative nella scheda di consenso informato.

Per i consulenti del PM, se era vero che le micro-calcificazioni finissime riscontrate in mammografia alla mammella destra possono essere di assoluta benignità come possono anche costituire il segnale di un carcinoma

alla mammella, poteva ben essere svolta diversamente l'indagine, vale a dire con una biopsia percutanea sotto guida stereotassica.

Anche in questo caso con l'appello non si supera l'affermazione secondo cui la paziente andava indagata diversamente con mezzi meno invasivi rispetto all'intervento effettuato, in particolare con l'utilizzo del Mammotome, che consente il campionamento di un'area più estesa e che, nelle mani di un operatore esperto ha una percentuale di errore bassissima.

Ci si limita a smentire che il consulente della difesa abbia aderito alla constatazione dei consulenti dell'accusa.

In dibattimento Brega aveva sostenuto che queste micro-calcificazioni erano da operare perché potevano essere l'anticamera del tumore e vi era un sospetto di accrescimento, ma non essendovi alcuna certezza diagnostica raggiunta prima dell'intervento, quadrantectomia o no, siamo in presenza di un intervento invasivo eseguito "in prevenzione", senza step intermedi e senza considerazione di tecniche diverse come appunto quella del Mammotome, mentre non ha rilievo la circostanza che la resezione (che i consulenti del PM hanno ritenuto ingiustificata nella sua estensione, contrariamente a quanto affermato dal consulente della difesa) possa non avere aumentato il DRG.

Si è detto infatti per tutti gli interventi che le manovre non necessarie, le resezioni, le cruentazioni quando non utili a modificare l'entità del rimborso trovavano comunque ragione nell'impedire una soluzione ambulatoriale della vicenda, circostanza questa sì che traghettava l'approccio terapeutico verso il massimo profitto con la necessità di ricovero. Prescritto il reato, resta la responsabilità civile del chirurgo.

Per la paziente Boschi (capo 36), caso contestato a Brega e Pansera, i consulenti del PM hanno parlato di patologia inesistente, se non per le micro calcificazioni che potevano essere indagate diversamente (vedi pag. 535), verosimilmente con una biopsia percutanea, potendole asportare già durante la centratura mammografica.

Soprattutto, va considerato che Brega aveva detto alla paziente che solo con l'intervento (quell'intervento in particolare) si sarebbe potuto sapere se si era in presenza di una patologia benigno o maligna (il radiologo però ne aveva certificato la benignità, mentre nello specifico era stata tolta la ghiandola mammaria).

Non era poi giustificata la quadrantectomia con resezioni e radicalizzazione.

Va considerato che in questo caso è stato soprattutto contestato il fatto che l'intervento poteva non essere fatto in regime di ricovero (la durata non poteva escludere l'intervento ambulatoriale e la anestesia locale) oltre alla circostanza che la resezione era stata eccessiva, anche perché in sede di mammografia era stata fatta la centratura, così come era contestata la radicalizzazione e il fatto che fosse stata così estesa e radicale.

L'appello si incentra soprattutto sulle asserite contraddizioni in cui sarebbe incorso il senologo Greco, sulla circostanza per cui anche in questo caso non si sarebbe trattato di reale quadrantectomia né di radicalizzazioni (si tratta tuttavia dei termini contenuti nella cartella del 18 aprile). Si insiste sul fatto comunque che non vi sarebbero "guadagni" nel DRG, dimenticando che siffatte manovre possono indurre, come già detto, a giustificare un intervento con ricovero e anestesia totale in luogo di un intervento ambulatoriale con relativa sedazione, obiezione rispetto alla quale non si ravvisano contestazioni.

E' invece oggettivamente mancata una preventiva diagnosi a giustificare un intervento giustificabile solo in caso di patologia maligna.

Si deve poi ribadire che la mancanza delle strumentazioni necessarie e del personale qualificato per eseguire interventi meno invasivi, secondo i più volte richiamati step diagnostici, danno ben conto della funzione vicaria, secondo gli intenti della proprietà e dei chirurghi, ma illecita, di procedere d'acchito con l'intervento più invasivo, ritenuto sempre (anche a torto) quello risolutore, con buona pace del paziente che ha diritto invece ad un approccio terapeutico che sia per lui il meno impegnativo possibile e nel contempo risolutivo del suo problema.

In altre parole, solo quando altri esami (biopsia, Mammotome) avessero dato diagnosi di patologia maligna si sarebbe potuto intervenire nei riguardi della paziente con un approccio più invasivo. Nulla di particolare contesta Pansera. Prescritto il reato, rimane ferma la responsabilità civile dei chirurghi per intervento illecito.

Il caso della Fornetti (capo 22) è uno di quelli in cui si ritiene che con le lesioni volontarie sia stata messa in pericolo la vita della paziente.

Sebbene nel ricordare l'episodio, la Corte d'Assise abbia parlato di tre interventi, gli interventi praticati sono stati due.

Il primo era stato praticato da Brega Massone con un altro aiuto chirurgo e, in relazione a questo intervento effettuato il 4 agosto 2015, la Corte ha dichiarato la prescrizione, ritenendo invece perseguibili i due chirurghi, Brega e Presicci, per il secondo intervento del giorno 11 novembre 2005, in quanto in questo caso vi era stato pericolo di vita per la paziente.

Già il primo intervento è apparso alla Corte privo di giustificazione perché motivato con un sospetto di neoplasia mammaria bilaterale, che doveva essere invece esclusa perché già l' esame al congelatore aveva escluso una mastite carcinomatosa (vedi pag. 542).

Brega, dopo avere smentito sé stesso in merito all' uso della dizione quadrantectomia, in appello sostituita con "ampie biopsie", insiste sulla necessità dell' intervento (che per la verità aveva interessato anche l' altra mammella) per pervenire ad una diagnosi che "non poteva essere raggiunta altrimenti".

Le considerazioni di Brega non sono sufficienti a giustificare la sostituzione della pronuncia di non doversi procedere per prescrizione con una formula assolutoria "piena" ai sensi dell' art. 129 c.p.p. perché come detto non c'era giustificazione per l' intervento.

Venendo al secondo intervento, si ricorda che si trattava di una paziente che, all' epoca di questa seconda operazione, era ormai terminale, vale a dire con aspettative di vita minime a seguito della sua patologia sistemica, cioè una cirrosi epatica scompensata complicata da sindrome epato-renale. Fornetti morirà infatti il 7 gennaio 2006, quindi a meno di sessanta giorni dal secondo intervento per insufficienza epato-renale. E ipotensione acuta in cirrosi epatica scompensata.

Paziente dunque in ASA III/IV, sottoposta ad una mastectomia d'amblé, senza che fosse stato trovato alcun tumore maligno.

Non è il caso di riportare per esteso il commento del senologo Greco che ha testualmente affermato di non avere visto in vita sua un caso così: *"subisce l' asportazione di una mammella e tre quarti senza avere niente... Il ricovero per mastectomia d' urgenza è assurdo in assenza di diagnosi.*

Non si vede infatti come non si possa definire assurdo un intervento simile, fatto senza alcun esame preventivo, per di più su una paziente in quelle condizioni e su quello che quel consulente senologo ha definito praticamente *"l' unico organo sano della signora".*

Le dichiarazioni rese da Brega nel corso del primo giudizio sono francamente penose, laddove il chirurgo sostiene che la donna aveva le mammelle estremamente doloranti e che il secondo intervento era stato fatto su insistenza della stessa Fornetti che, essendo infermiera, era ben a conoscenza della consistenza e delle conseguenze dell'intervento medesimo. Un intervento d'acchito "a scopo palliativo" ha detto Brega, riconoscendo che forse la definizione di "mastite carcinomatosa" era ideologicamente falsa e dunque dando all'intervento uno scopo affatto diverso.

Le conclusioni del consulente di parte sono state in linea con le assurde dichiarazioni di Brega.

La Corte di primo grado aveva poi concluso che, per entrambi gli interventi, oltre a non esservi giustificazione terapeutica, il consenso ottenuto con riferimento a sospetti neoplastici appariva in buona sostanza carpito.

La difesa di Brega nell'atto di appello ha fondato le sue contestazioni sulla particolare conformazione corporea della paziente, del peso di circa 130 kg per un'altezza di 1.50 m; quindi un'obesa grave, per la quale sarebbero state impossibili le comuni procedure diagnostiche.

Ha sostenuto la difesa, in accordo con quanto dichiarato da Brega, che il secondo intervento era finalizzato a migliorare la qualità della vita residua della paziente che, pur con una aspettativa di vita così ridotta, avrebbe comunque voluto liberarsi del problema alla mammella, ed ha contestato la valutazione fatta dall'anestesista, sminuendo il valore delle classificazioni ASA e, infine, associandosi alla linea difensiva del chirurgo stesso sulla presunta insistenza della donna di essere privata addirittura di entrambe le mammelle, volontà rispetto alla quale non si può che ribadire l'illiceità di una eventuale condiscendenza del chirurgo, in particolare per un soggetto in quelle condizioni.

Come si vede, non c'è una critica seria e puntuale di quanto affermato dai consulenti del PM e a quanto concluso dalla sentenza nei confronti di una paziente che peraltro, in accordo con le valutazioni sulle sue aspettative di vita, era poi deceduta meno di due mesi dopo dal secondo intervento mutilatorio.

Quanto al pericolo di vita, la difesa si è soffermata sulla circostanza che la valutazione ASA non incide sulla sopravvivenza del paziente dopo l'intervento, ma il capo di imputazione e la sentenza hanno posto l'accento

invece sulla grave anemia postoperatoria, per cui la Fornetti aveva avuto bisogno di ben otto sacche di emazie e cinque di plasma.

Nella sentenza di primo grado è descritto con assoluta chiarezza quanto s'era verificato nell' immediato postoperatorio con somministrazione di dopamina (pag. 550, seconda metà), vasocostrittore idoneo ad incidere negativamente sulla già gravemente compromessa funzionalità renale della donna.

Nell' appello di Brega non si rinvencono dunque considerazioni idonee a contrastare la sussistenza della circostanza aggravante ritenuta dalla Corte d'Assise di primo grado. Presicci non ha svolto considerazioni particolari sul caso specifico.

Tuttavia, atteso che il fatto si è verificato prima dell' entrata in vigore della norma che ha tolto valore, ai fini prescrizionali, al giudizio di bilanciamento fra circostanze di opposto segno, il delitto è prescritto nei confronti di Presicci, mentre non è prescritto per Brega Massone, di cui quindi va confermata la responsabilità. Resta intatta la responsabilità di entrambi i chirurghi agli effetti civili per il secondo intervento.

12. I casi di TBC.

I casi di pazienti affetti da TBC sottoposti ad intervento chirurgico in questo procedimento sono soltanto due, ma va ricordato che proprio le modalità di approccio alla terapia della tubercolosi era stata la causa scatenante dell' indagine amministrativa della ASL, cui era seguito l' allontanamento di Brega Massone dalla clinica Santa Rita.

Nella sentenza impugnata, l' esame dei singoli casi è stato fatto precedere da un quadro generale in merito alla diagnosi e alla cura dei pazienti affetti da questa patologia, per ricordare, ancora una volta, la necessità di procedere secondo metodiche di indagine in ordine crescente di invasività; quindi prima anamnesi, esame obiettivo, prelievi di sangue ed esami radiologici, e ciò perché un addensamento polmonare deve prospettare al terapeuta cosciente e preparato che si possa trattare proprio di un caso di tubercolosi.

Le ragioni di questo modo di procedere sono correttamente evidenziate in sentenza impugnata alla pag. 451 e ss., in cui il primo giudice ha avuto modo di evidenziare il significato specifico di ogni step, dall' anamnesi familiare

all' esame dei segni clinici e dell'espettorato, alla radiografia del torace, agli esami ematologici, in particolare il test di Mantoux, con la necessità semmai di proseguire con gli ulteriori interventi mini invasivi o non particolarmente invasivi citati.

Alle considerazioni esposte dai consulenti del PM, ma anche dei componenti la commissione ASL, pure in merito alle necessità che un intervento chirurgico anche solo di biopsia, va aggiunto che, in ogni caso, esso debba essere preceduto da una terapia antibiotica, anche abbastanza a lungo, per prevenire rischi cagionati dall' intervento stesso a causa della disseminazione infettiva e riacutizzazione successiva del morbo.

Il consulente prof. Mezzetti, a sostegno delle difese ha obiettato che i chirurghi erano stati fuorviati dal fatto che i pazienti provenissero dal Pronto soccorso, luogo e stadio in cui tutte le opzioni sono possibili, e che, essendo chirurghi toracici, erano abituati a confrontarsi soprattutto con problemi tumorali.

E' agevole rilevare che le affermazioni dello stimato consulente della difesa costituiscono un soccorso caritatevole alla posizione dei chirurghi, ma rappresentano una giustificazione che non può in alcun modo soddisfare, dovendosi sottolineare come il primo giudice abbia rilevato che tanto Mezzetti, quanto il consulente Pozzi (che si è concentrato in particolare sull' esame del caso Righetto), non abbiano in nulla contestato le premesse in linea generale dei consulenti del PM e della commissione ASL.

Il giudice di primo grado, a conclusione della sua disamina preliminare, ha ricordato che la Direzione sanitaria della Santa Rita aveva già rimproverato proprio i chirurghi toracici per un caso di TBC trattato con VATS (per non avere fatto ricorso ad uno pneumologo).

Pertanto non si può in alcun modo sostenere (e per la verità la tesi si dovrebbe respingere anche senza ricorrere all' episodio appena descritto del rimprovero da parte della Direzione) che l' ipotesi di TBC, patologia di cui si può dire essere fatto notorio che il crescente fenomeno di immigrazione l' abbia riproposta all' attenzione dei medici, deve essere sempre tenuta presente in concomitanza di sintomi che la scienza medica collega come possibili a questa malattia.

Del resto, la trascuratezza degli imputati è stata evidenziata in modo sostanzialmente identico in tutti i casi di pazienti affetti da TBC (Castro Rivera Cesa Santiago, Masanghay Cynthia, Afzal Mohammed, Sufi Abdul

Hamid, Boriani Catia Rita) per i quali la sentenza irrevocabile della Corte d'Appello di Milano ha già irrevocabilmente affermato la illiceità dell'approccio chirurgico.

E venendo al caso Huyana (capo 15), non può che essere definita sconcertante la condotta di Presicci (per entrambi gli interventi) e Pansera (per il secondo).

Huyana era stato sottoposto a ben due VATS, con tanto di biopsie e immancabili wedge resection; nel secondo caso anche con talcaggio, quando non c'era nulla da operare, bastando la semplice somministrazione della terapia adeguata.

Nell'atto di appello, la difesa di Presicci consiste soprattutto nell'osservare che le informazioni in suo possesso, raccolte da altri operatori non erano indicative di TBC, che il test di Mantoux non sarebbe stato risolutivo e che le due VATS avevano anzitutto scopo diagnostico in relazione a quella che era la prospettiva più grave, cioè quella di un tumore possibile anche perché il paziente, transessuale, aveva subito infiltrazioni di silicone, che con il tempo potevano essere causa di infiammazioni e timori.

Non si rinvencono osservazioni significative sul caso di Pansera che appare non essere intervenuto specificamente sul caso neppure nel giudizio di primo grado.

Ancora una volta, per stessa ammissione di Presicci, si è in presenza di VATS, vale a dire interventi invasivi con sedazione, a scopo di indagine di una patologia, rivelatasi in realtà inesistente e anche improbabile con giudizio ex ante, comunque compresa, a voler essere magnanimi, in una rosa di possibilità che avrebbe dovuto escludere la chirurgia d'acchito.

Ma al di là delle negazioni di familiarità con la patologia che l'Huyana avrebbe sostenuto, il chirurgo poteva anzitutto sospettare che l'area di provenienza del malato e la sua particolare vita sessuale potessero avere un rapporto con la malattia e resta senza spiegazione concreta la mancata effettuazione di un esame, citologico come microbiologico, sul liquido del peritoneo, attesa la sintomatologia soprattutto addominale (il paziente aveva un interessamento della sierosa sia peritoneale che pleurica, cioè una polisierosite che deve includere, nella diagnostica differenziale, anche la possibilità di infezione tubercolare), per escludere qualsiasi ipotesi di tumore, evitando al paziente l'intervento invasivo e quelle che erano poi

state vere e proprie mutilazioni (ed infatti nella clinica di Villa Marelli con la terapia adeguata il paziente erra poi guarito).

Sulla scheda di consenso informato non sono indicate le wedge resection in entrambi gli interventi e già questo basta per farli qualificare abusivi, fatta avvertenza che il secondo appare ancor meno giustificato del primo quanto a scelta d'ambly dell' approccio più invasivo, essendo del tutto irrilevante, come ha ricordato anche la Cassazione nella sentenza più volte richiamata, che il paziente sia uscito dalle operazioni in buone condizioni generali.

Il talcaggio aveva rappresentato una manovra del tutto abusiva. Nel primo intervento poi, l' esame istologico parlava di flogosi granulomatosa che doveva indurre prepotentemente il sospetto di TBC.

Anche questo reato è prescritto, ma resta ferma la responsabilità civile dei due chirurghi.

Quanto alla Righetto (capo 21) contestato ai tre chirurghi, i consulenti del PM hanno sostenuto che la presenza del nodulo calcifico doveva già far sospettare come assolutamente più probabile la TBC anche per via della sintomatologia, con il che il sospetto di tumore, anche qui posto a giustificazione dell' intervento, appariva una ipotesi del tutto residuale, vale a dire nell' ordine di pochissimi punti percentuali rispetto all' altra.

Nel caso di specie c'era anche la concreta possibilità, tenuto conto dei farmaci somministrati, che Brega si fosse reso concretamente conto di trovarsi di fronte ad un caso di TBC.

Il nucleo centrale della contestazione nella decisione di primo grado sta proprio nel fatto che il nodulo calcifico doveva dare indicazioni per TBC, la cui ipotesi una corretta anamnesi avrebbe reso ancor più probabile mentre la cartella clinica era rimasta muta sul punto.

Infatti, gli esami cui la Righetto era stata sottoposta avevano diagnosticato una "flogosi granulomatosa compatibile con la TBC".

Nell' appello di Brega si sostiene che la Righetto non presentava condizioni cliniche generali tali da porre il sospetto di TBC come *"unico sospetto plausibile"*.

Si tratta di un'affermazione incauta, rivelatrice delle scelte dei chirurghi, perché con chiarezza viene ammesso dalla difesa di Brega che si operava pur in presenza di una rosa di possibili patologie, fra cui la TBC, assolutamente non di competenza chirurgica.

La giustificazione della necessità di intervenire per via del versamento saccato riscontrato (significato relativamente al quale può essere consultata la nota a pag. 474 della sentenza impugnata) è stata ripresa nell'appello e correttamente affermata anche dal consulente prof. Sartori (in relazione alla decorticazione, comunque ultima ratio dopo la semplice terapia medicinale).

Si omette però di riportare le ulteriori precisazioni del consulente (se l'intervento poteva avere quella utilità, tuttavia non c'era nessuna urgenza nell'operare dal momento che l'infezione si era appena manifestata con la febbre e la donna non aveva problemi respiratori che rendessero urgente l'operazione, effettuata senza un consulto con uno pneumologo e in assenza di una precisa diagnosi).

Del resto, con l'intervento urgente, effettuato in fase infettiva della malattia, acuta o postacuta, i chirurghi avevano esposto la paziente ad un rischio del tutto sproporzionato rispetto al beneficio ricevuto dall'intervento, e questa era una controindicazione (temporale) assoluta posta ben in evidenza da Sartori.

Correttamente il primo giudice ha osservato come Brega avesse detto alla Righetto che aveva riscontrato la presenza di bacilli della TBC, pur insistendo sulla necessità di un intervento in anestesia totale, perché, al solito, c'era *"un'ombra che poteva essere un tumore"* e che sarebbe certamente guarita all'esito dell'intervento, cosa che in effetti non poteva essere perché la febbre che aveva portato al ricovero non era causata da versamento, ma dalla TBC.

Non ci sono giustificazioni quindi a quanto ha sostenuto Presicci a proposito del fatto che, seppure il risultato all'esame del congelatore era risultato compatibile con la TBC i chirurghi non avevano atteso l'esito perché avevano dovuto comunque rimuovere la cotenna e raccogliere ulteriore materiale per un esame istologico definitivo.

Quindi anche l'appello di Pansera sul punto, che ha ritenuto giustificato l'intervento sulla base di una valutazione *ex ante*, non può essere accolto.

A suggello di quanto osservato, deve ricordarsi che la Corte di primo grado ha dovuto osservare che la scheda di consenso informato non solo non menzionava le resezioni, ma neanche la possibile TBC e, rileva questa Corte, a seguito di tale omissione nemmeno il rischio di infezione derivante dall'intervento.

Prescritto il reato, resta ferma la responsabilità agli effetti civili degli imputati.

13. I traumi toracici.

I casi di trauma toracico in contestazione sono nove e sono stati i primi ad essere stati esaminati nella decisione impugnata.

Casi di trauma toracici sono stati contestati anche nel processo definito con la sentenza irrevocabile della Corte d'Appello per dieci soggetti, alcuni dei quali ultraottantenni (Bordoni, Manitta, Marazzi, Amato, Mariani), dove il giudice ha ricordato la specializzazione specifica del prof. Sartori, Presidente della Società Italiana di Chirurgia Toracica, Ordinario di tale specialità all' Università di Padova e autore di oltre 10.000 interventi di chirurgia toracica) il quale, in quel processo come in questo (ed in accordo con terapeuti intercettati nella stessa clinica Santa Rita) aveva sottolineato come venisse *"costantemente ignorata la possibilità di procedere con semplice toracentesi o con drenaggio"* per fare ricorso abituale ed indiscriminato alla VATS.

Anche in questo caso la sentenza impugnata ha fatto precedere l'esame dei singoli casi da considerazioni generali riguardanti la patologia, i diversi approcci terapeutici, le dichiarazioni dei consulenti delle parti e quelle degli imputati.

In via generale si può dire, avuto riguardo alla linee guida del 2005, che non c'è mai indicazione di resezione per le contusioni limitate perché queste guariscono. Ematomi ed emorragie si riassorbono in questo caso naturalmente.

Le linee guida prevedono una serie di step invece qui sempre negletti, come osservazione, toracentesi con ago, drenaggio in caso di versamento superiore ai 100 ml/ora.

Si deve invece ricordare, che la VATS, cui viene fatto di solito ricorso, comporta non solo intubazione, sedazione, acquattamento del polmone, ma ha un postoperatorio di rilievo, perché comunque si deve provvedere ad un drenaggio che si prolunga anche per molti giorni.

Inoltre, quando viene attuata, la cosiddetta "riabilitazione respiratoria preoperatoria", che reca solo dolore al paziente che si vuole operare, appare

avere motivazione solo nel tentativo di giustificare lo spostamento da un reparto all' altro, reale o apparente, comunque a fini remunerativi.

Di particolare interesse, per il giudice di primo grado, sono state proprio le dichiarazioni di Brega relativamente al fatto di avere agito nei casi di specie "in prevenzione" per evitare guai maggiori.

L' affermazione di Brega, sostenuta anche da alcuni consulenti della difesa, ha consentito al primo giudice di formulare delle osservazioni in merito alla cosiddetta VATS "precoce" per giungere al convincimento, già fatto proprio dal giudice di appello della sentenza ormai irrevocabile, che non è qui in contestazione la metodica della VATS in quanto tale e perfino la sua utilità in astratto con riferimento anche a casi di trauma toracico, quanto invece, misurandosi sul terreno del caso concreto, il fatto che tale metodica fosse del tutto inutile in nei casi clinici per i quali vi è stata affermazione di responsabilità dei chirurghi, in cui non ve ne era necessità.

Pertanto, non ha rilievo il fatto che in altri casi non vi fossero state contestazioni, o che i chirurghi, per pregresse esperienze loro, fossero adusi a questa metodica anche in casi in cui non era necessario ricorrervi, con macroscopica, e significativamente voluta, negligenza e devianza dalle linee guida in materia.

Va anche tenuto conto del fatto che la somministrazione di Toradol antidolorifico ha anche funzione di antiaggregante, che deve quindi portare ad un allungamento dei tempi di attesa dell' intervento, dovendosi quindi sostenere che asserire, in assoluto, che l' intervento in VATS è necessario perché c'è un aumento del versamento, appare affermazione pretestuosa.

Propugnare la necessità o anche solo l' opportunità di una VATS "precoce" senza dettagliare specificamente le condizioni in cui sia così indicato procedere significa delegittimare, senza motivo concreto, due presidi come toracentesi e drenaggio, i quali consentono di rimediare alla eventuale toracodinia da versamento, ma anche di monitorare con maggiore accuratezza la condizione del paziente, consentendo di tracciare l' eventuale persistenza di sanguinamento e velocità di riformazione.

Né ha rilievo osservare che la VATS comporti un' incisione di poco superiore a quella necessaria per il drenaggio, eccezione ripetutamente svolta dalle difese anche nella discussione e da alcuni degli stessi imputati nelle dichiarazioni spontanee, perché il primo intervento comporta, e lo si è più volte ripetuto, la necessità dell' anestesia totale, e, con essa, intubazione

oltre a drenaggi nella fase postoperatoria e, dunque la improponibilità del paragone fra le metodiche lascia già comprendere come la VATS debba essere considerata l' ultima ratio (come del resto i colleghi di Brega sostengono nelle captazioni) e non certo la prima metodica d'approccio.

Per le resezioni, che sempre hanno accompagnato le VATS e che indubbiamente, nell' ambito di una qualificazione dolosa dell' intervento debbono essere considerate delle vere e proprie ingiustificate mutilazioni, e con specifico riferimento all' eccezione, anche questa reiteratamente avanzata in tutti i casi di "precision e/o wedge resection", che esse non comportavano aumenti del DRG, va ricordato sia quanto detto in precedenza, sia quanto esplicitato dal primo giudice a pag. 151 sulla sostituibilità delle "precise" con semplici biopsie e con l' opportunità di apportarle, come attività di contorno, alla VATS solo per legittimare il ricorso indiscriminato a tale metodica (a parte tutte le considerazioni - anche temporali in conseguenza del verbale di contestazione dei NOC del dicembre 2006 - svolte dal primo giudice proprio nel capitolo dedicato alla resezioni atipiche).

Quanto al caso Elaswad (capo 1) contestato a Presicci e Pansera, si ricorda che secondo i consulenti del PM si era trattato di un caso da seguire con la mera osservazione, atteso che il ristagno di liquido non era eccessivo e comunque le resezione erano abusive.

Va infatti evidenziato come questo paziente, quarantottenne, non avesse anemia acuta (calo rapido di emoglobina) e, come accennato, fosse stato scarsissimo il liquido ematico evacuato. Presicci ha sostenuto l' opportunità di una VATS "in prevenzione" per evitare i maggiori pericoli, esclusi dal primo giudice anche sottolineando l' inadeguatezza delle modalità di esecuzione della radiografia che, se eseguita correttamente, avrebbe consentito di escludere la pericolosità del versamento, la cui modestia rendeva ingiustificata la sutura delle brecce.

L' evoluzione peggiorativa del trauma di cui parla Presicci non appare, se sussistente, di consistenza tale da imporre l' intervento d'urgenza in VATS rispetto ad altre metodiche, senza considerare che il rischio di estensione all' apice sarebbe stata esclusa, come detto, dalla corretta posizione verticale del tronco del paziente all' atto della radiografia (perché in questo caso il versamento non si sarebbe sparso verso l' alto, apparendo così falsamente di consistenza ben maggiore di quello che in realtà era).

Le resezioni, che nel primo giudizio erano dal chirurgo giustificate a scopo emostatico ed areostatico, hanno trovato nell' appello una diversa scusante e tale divergenza dimostra sufficientemente l' arbitrarietà dell' operare in quel modo, mentre insistere sul decorso postoperatorio benigno è, come si è già affermato irrilevante, perché qui si sta solo discutendo semplicemente di avere eseguito i chirurghi un intervento ingiustificato.

E ciò tanto più perché il paziente aveva dovuto subire un drenaggio per undici giorni, a parte l' assenza di motivazione per le resezioni.

Sul caso, Pansera osserva solo che l' affermazione di responsabilità non ha senso, se non si dimostra che altrimenti la guarigione sarebbe stata più rapida. Qui è la Corte che non riesce a cogliere il senso dell' obiezione dell' imputato, atteso che si discute di invasività dell' intervento e difetto di motivazione nelle resezioni.

Il reato è prescritto, ma l' intervento resta in tutta la sua illiceità da affermare ai fin civili.

Un peggioramento di condizioni appare anche la giustificazione dell' intervento in VATS per Bigi (capo 2), contestato sempre a Presicci e Pansera, intervento ritenuto dal consulente Sartori totalmente ingiustificato e corredato da resezioni abusive.

Va considerato che Bigi, settantottenne, era stato dimesso dal Policlinico con la sola indicazione per un trattamento antidolorifico.

Ricoverato in Santa Rita era trattato con Toradol e subito con eparina, somministrazione significativa della previsione di un intervento, quando in realtà il paziente aveva un' anemia a megaloblastica, vale a dire un valore di emoglobina basso, che non dipendeva dal trauma ma dalla patologia preesistente.

L' entità del versamento, pari a 300 c.c. era la prova, per il giudice di primo grado, dell' inesistenza di giustificazioni ad un intervento in VATS.

La resezione giustificata dalla presenza di un ematoma era risultata errata perché l' esame istologico aveva dimostrato che non c'era nessun ematoma.

Niente evidenziava che non si dovesse rispettare il criterio di una vigile attesa.

Ancora una volta Pansera insiste sulla necessità che l' accusa doveva provare che procedere in altro modo avrebbe risolto la situazione, ma evidentemente non si rende conto che sulla base delle linee guida e del normale e ragionevole modo di approcciarsi al paziente, dovrebbe l' imputato

giustificare l' uso della metodica più aggressiva e invece nulla dice al riguardo.

In altre parole, l' eccezione di Pansera è incongrua, perché è proprio tale eccezione a ribaltare l' onere della prova, spettando ai chirurghi provare utilità ed anzi necessità dell' intervento in luogo di una vigile attesa in un torno di tempo anche modesto, ma utile ad escludere l' utilizzo di terapie meno invasive, secondo la logica degli step che i chirurghi in questo processo rifiutano, ma che costituisce invece cardine della pratica medica.

Con il proprio appello Presicci rileva invece che i consulenti del PM non si erano avveduti del fatto che, oltre alla frattura sternale, vi erano anche tre fratture costali e che vi era stata una modificazione del quadro TAC che mostrava un trend in peggioramento con progressiva seppur non grave anemizzazione, evidenziata dal calo di emoglobina all' ingresso, con conseguente assenza di qualsiasi imprudenza o negligenza nell' intervento.

In realtà, in primo grado Presicci aveva sostenuto che la TAC aveva mostrato un aumento del versamento, ma aveva poi dovuto riconoscere che, in ogni caso, il versamento era stato modesto, pari a 300 cc, mentre i consulenti della difesa avevano riferito circostanze relativamente accettabili. Il consulente Calati infatti aveva ricordato la discrezionalità del chirurgo nell' approccio (che nessuno discute in casi in cui tale discrezionalità appaia il risultato di una scelta ponderata sui dati oggettivamente riscontrabili) ed ha insistito sul decorso post-operatorio favorevole, circostanza sostanzialmente irrilevante, mentre il consulente Dalla Croce ha incentrato la sua attenzione sul fatto che la wedge resection non incideva sulle capacità respiratorie del paziente, altro fatto che non rende certo lecita comunque la mutilazione.

Non ci sono quindi giustificazioni in ordine all' osservazione del primo giudice sulla mancata attesa e, per contro, a riprova dell' urgenza dell' intervenire invasivamente prima ancora di osservare un eventuale riassorbimento spontaneo, così come non è chiara la previsione immediata di wedge prima ancora delle evidenze riscontrabili dalla TAC.

Per il caso Carli (capo 3), contestato ai tre chirurghi, va anzitutto ricordato che si è in presenza di un paziente di novantaquattro anni, affetto da morbo di Parkinson.

Va detto anche che è da ritenere insensata la riabilitazione respiratoria prima dell' intervento.

Detto ciò, viene in primo luogo all' attenzione la condotta di Pansera che, in presenza di un modesto, modestissimo versamento pleurico pone indicazione di VATS per aumentato versamento emetico con duplice scopo di sutura della fonte emorragica e di evacuazione di emotorace.

Tenuto conto che si trattava di paziente valutato in ASA III e di un versamento riferibile a 800 cc, erano del tutto sufficienti la toracentesi ed il drenaggio secondo Sartori, il quale ha aggiunto che le resezioni non avevano spiegazione e nemmeno l' esame istologico perché, anche se ci fosse stata una cellula neoplastica, doveva aversi riguardo alle condizioni generali del paziente, tanto più che una cellula vagante avrebbe voluto dire diffusione dell' avanzato stadio della neoplasia, di cui non c'era alcun sospetto. Squicciarini aveva rilevato che l' aumento del sanguinamento era causato dai farmaci antiaggreganti assunti.

Brega si è difeso dalla contestazione di inutilità dell' intervento con relative resezioni ingiustificate, facendo rilevare che in questo caso vi era stata una attesa di otto giorni prima di intervenire, ma ritiene giustificato, non è chiaro il perché, che quello che era un modestissimo aumento del versamento sarebbe diventato, nella indicazione di Pansera, un versamento da trattare con VATS (considerata anche l' età del paziente e la necessità di sottoporlo ad anestesia generale alla sua età). Non interviene significativamente sul tema delle resezioni inutili.

Presicci pure insiste sull' aumento del versamento, ma non dà chiarimenti sulla entità della asserita variazione, da "modestissimo" a versamento di interesse per VATS.

Quanto a Pansera, non basta sostenere che aveva scorto un aumento del versamento sulla base delle immagini TAC quando avrebbe dovuto chiarire le ragioni concrete per le quali si imponeva la VATS, con le manovre che egli stesso aveva voluto indicare.

Ed allora, ad avviso della Corte, non risultano superate le considerazioni del primo giudice (pag. 165-166), in particolare circa la mancata attesa che cessasse l' effetto della Ticlopidina per accertare che non potesse esserci rimarginazione delle ferite (indipendentemente dall' entità del versamento) e dunque che fosse necessaria la saturazione. Nessuno dei chirurghi aveva fatto cenno ad approcci alternativi, ma al solito d'acchito si era decisa la VATS.

Anche in questo caso il reato è prescritto, ma permane piena la responsabilità dei chirurghi ai fini civilistici.

Nel caso di Carenzi (capo 4), contestato ai tre chirurghi, si è in presenza di un soggetto ottantaseienne affetto da tumore maligno alla prostata e varie morbidità concorrenti, con frattura di tre coste a sinistra.

Viene sottoposto a VATS dopo una settimana dal ricovero seppure la TAC dimostri una diminuzione della falda di versamento pleurico, cui segue una annotazione di segno contrario (la falda è aumentata), che Squicciarini ritiene probabilmente veritiera per via sempre del trattamento farmacologico antiaggregante in atto, mentre l' esame istologico sui reperti di biopsie non evidenzia presenza di sangue.

Sta di fatto comunque che l' intervento non aveva indicazione, contrariamente a quanto sostengono i consulenti delle difese, perché il versamento di 300 cc è irrilevante e, a causa dell' intervento, il Carenzi ebbe a subire le conseguenze descritte a pag. 171 della sentenza impugnata.

L' appello di Brega insiste sulla plausibilità curativa dell' intervento, ma nulla osserva in merito al fatto che l' intervento fosse in sostanza inutile in presenza di una situazione di anemizzazione non certo preoccupante e di un versamento modestissimo.

La difesa dunque riprende qui un concetto chiaramente errato, insistendo sul fatto che l' intervento ha curato, quando la contestazione riguarda il fatto che l' intervento era eccessivo rispetto alle condizioni del paziente e quindi ingiustificato sotto il profilo della progressione terapeutica di cui si è detto, senza tener conto delle conseguenze di disagio che il Carenzi ha subito per un intervento che non aveva necessità di essere intrapreso.

L' appello di Presicci sembra sostenere che la VATS era necessaria per aspirare sangue coagulato, che certamente non sarebbe stato più aspirabile con una toracentesi né si sarebbe riassorbito e giustifica anche le resezioni qualificandole, abbastanza incomprensibilmente, come atto dovuto.

Dalla sentenza impugnata non risulta che Presicci abbia fatto menzione della necessità di VATS per rimuovere i "pericolosi" coaguli (ne aveva parlato Brega); anzi Pansera stesso aveva riconosciuto che forse questo paziente poteva essere trattato solo con un drenaggio toracico. Pansera si è limitato ad evidenziare che la Corte di primo grado si era espressa in forma dubitativa sui danni o il disagio conseguenti all' intervento, circostanze che,

a giudizio di questa Corte, sono sostanzialmente irrilevanti per le ragioni più volte espresse.

Nel quadro clinico complessivo di Carenzi, paziente che aveva anche edemi e fibrillazione atriale e che quindi avrebbe dovuto essere trattato con maggiore prudenza, la parziale coagulazione era fenomeno in buona sostanza irrilevante.

Anche questo è un reato prescritto, ferma la responsabilità civile di Brega, Pansera e Presicci.

Per il paziente Grieco, sessantunenne, (capo 5) caso contestato a Presicci e Pansera e riguardante la frattura composta di due coste, i consulenti del PM hanno sostenuto che, in luogo di una VATS con decorticazione e lisi di aderenze, sarebbe bastata anche qui una vigile attesa in considerazione della assoluta modestia del versamento.

Si può ricordare che nella scheda del consenso informato l'indicazione della decorticazione non c'era e quindi non era stato raccolto il consenso del paziente, il che già consente di qualificare come illecita questa manovra attuata durante l'intervento.

Del resto, lo stesso paziente aveva riferito che gli era stato detto che doveva essere operato perché, cadendo, si era bucato i polmoni e nulla gli era stato detto delle biopsie.

Come ha correttamente rilevato la Corte di primo grado, tutta la parte dell'intervento riguardante la lisi delle aderenze e la decorticazione è completamente abusiva. Infatti l'ispessimento della pleura poteva essere l'esito di una vecchia pleurite, mentre le manovre di lisi e decorticazione non avevano rapporto con le fratture e con il versamento, esito delle fratture.

Presicci rivendica la correttezza degli interventi in VATS diagnostica, ma non chiarisce soddisfacentemente perché non si sarebbe potuto ricorrere alle metodiche meno invasive indicate dai consulenti del PM, tanto più che il sanguinamento in epoca precedente all'intervento si era arrestato e perciò sarebbe stato sufficiente un drenaggio, neppure prospettato al paziente, privato al riguardo del diritto di esprimere pertanto una scelta ponderata.

Alla posizione Grieco Pansera dedica nell'appello due sole righe (pag. 93) ribadendo che la Corte *"non ha offerto nessuna indicazione sulle conseguenze dell'intervento. Solo una critica dell'intervento e delle sue motivazioni"*. Non è neppure il caso di commentare questo rilievo, bastando osservare che Pansera qui non ha davvero nulla da dire in ordine ai rilievi dei

consulenti del PM. Il reato è prescritto; resta confermata, con la illiceità dell' intervento, la responsabilità civile dei chirurghi.

Anna Markart, capo 6, contestato a Brega e Presicci. La paziente, cinquantottenne, era portatrice di fratture multiple lievemente scomposte ed era stata trasfusa senza consenso (necessario) di albumina dopo l' intervento.

Era stata sottoposta a VATS anche in questo caso in presenza di un versamento modesto (500 cc.).

Essendo autonomamente deambulante e del tutto asintomatica, la donna non aveva nessuna necessità di essere operata in VATS secondo i consulenti del PM e tantomeno era giustificata l' asportazione di tessuto (ben $9 \times 4 \times 3$).

Anche in questo caso si parla di VATS in prevenzione (Brega), sostenendo che era stata scelta questa metodica anche perché un drenaggio "le avrebbe fatto troppo male". La resezione andava invece giustificata con il pericolo di infezioni. Presicci aveva sostenuto che si trattava di una situazione critica e che vi era stato un aumento del versamento (500 cc).

Con l' appello, Brega sostiene anzitutto che la VATS aveva permesso una perfetta toilette del cavo pleurico con sutura della lacerazione polmonare ed afferma che Sartori aveva giustificato la resezione quando i lobi polmonari fossero talmente malridotti da diventare una raccolta di sangue. Ricorda poi come, ad un esame del 2011, non fossero emersi per la Markart segni di una resezione.

Ma la scelta della VATS in luogo del meno invasivo drenaggio in presenza di un emotorace non particolarmente cospicuo non è correttamente giustificata e fa qualificare l' intervento come inutile.

Le affermazioni del chirurgo, sentito in dibattimento, il fatto che la Markart non potesse essere sottoposta ad una toracentesi e che il drenaggio sarebbe stato più doloroso non sono state riprese nell' atto di impugnazione.

Presicci sottolinea che i CT del PM non avevano tenuto conto del fatto che la donna aveva subito la frattura di ben sette coste e che quindi si trattava di un trauma severo, sostenendo che in questo caso si era in presenza di un versamento non recente, con rischio di formazione di fibrotorace posttraumatico per il quale esiste indicazione di VATS diagnostica e/o

terapeutica, più vantaggiosa rispetto alle tecniche proposte dai consulenti del PM.

Si osserva che, a parte il fatto che la VATS comporta comunque sempre un drenaggio, va ribadito che il versamento non era così cospicuo da imporre un intervento con tale metodica che, se anche poco invasiva nelle sue modalità di accesso, tuttavia prevede anestesia totale ed intubazione; nella specie non c'era un emotorace, risultato poco significativo e definito minimo al ricovero, mentre il polmone si sarebbe riespanso, essendo atelettasico, solo a seguito della pressione dovuta al versamento.

Va anche rilevato come le condizioni della paziente non potevano essere così gravi come pretende Presicci, se la Markart prima dell' intervento deambulava liberamente; comunque la donna, come altri pazienti, aveva sostenuto che l' intervento le era stato prospettato come necessario (e non certo preventivo), senza illustrazione, come al solito, di alternative pure in realtà possibili.

La donna aveva un emocromo stabile e la non imponenza del sanguinamento non suggeriva l' abbandono di tecniche meno invasive. Ferma la responsabilità civile dei chirurghi per l' illegittimità dell' intervento, il reato è prescritto.

Per il caso Scupilliti, capo 7, contestato a tutti e tre i chirurghi, si osserva che l' intervento era avvenuto dopo altro ricovero, quando si era accertato che la donna, cinquantaquattrenne, dimessa senza alcun intervento, continuava a sanguinare e, secondo il consulente della difesa, prof. Martelli, la TAC dimostrava che il versamento si stava saccando e che quindi c'era necessità assoluta di intervenire.

In realtà, la Scupilliti non presentava cadute di emocromo e anche il versamento saccato non ha indicazione di VATS immediata, mentre qui si era intervenuti in acuzie ed era evidente l' intempestività dell' azione.

Tuttavia, nella decisione di primo grado, a parte la recisa affermazione che al momento il versamento fosse libero e non saccato, conseguiva che il sanguinamento, definito dagli stessi imputati lento e costante, era in realtà dovuto alla terapia farmacologica antalgica che ne aveva aumentato il tempo; in pratica il mantenimento della terapia impediva il riassorbimento del versamento.

Non vi era quindi una indicazione di necessità dell' intervento con esclusione di altre terapie come il drenaggio, senza contare che, ancora una volta, il

modulo di consenso informato non dava nessun conto del broncolavaggio e del prelievo del liquido bronchiale, come emerge dal reperto citologico che fa riferimento ad esso.

Stabilito che il versamento era libero e non saccato e c'era solo una atelectasia, non c'era motivo per la resezione polmonare.

Ancora una volta le poche righe che l' appello di Pansera dedica a questo caso non centrano assolutamente il merito della contestazione, divagando solo sulla affermazione riportata in sentenza che il drenaggio sarebbe stato meno doloroso per la paziente, circostanza assolutamente di contorno rispetto al nucleo dell' accusa che, quando assume una violazione degli step nell' approccio chirurgico e contesta la pretermissione di un approccio basato sul semplice drenaggio, fa riferimento alla maggiore invasività dell' intervento fatto, ravvisabile nella sedazione totale e nella intubazione con le caratteristiche conseguenze di questo tipo di approccio, ben maggiori di quelle del drenaggio semplice.

Per quanto attiene all' appello di Presicci si afferma che, in un caso del genere, caso di versamento non recente e a rischio di fibrotorace postraumatico, la VATS era l' intervento da preferire.

Non sembra però superata l' eccezione riguardante la permanente proponibilità nella specie di un intervento meno invasivo, attese anche la modestia del versamento eliminato e le buone condizioni generali della paziente, senza febbre, senza toracodinia elevata e senza problemi respiratori. In ogni caso, ci si trova di fronte sempre ad una decisione dei terapeuti che si impongono in termini del tutto assertivi alla paziente, senza prospettarle alcuna alternativa possibile, in modo da lasciarle - come suo diritto - la possibilità di esercitare una scelta, anche a seguito di un consulto con altri terapeuti.

La prescrizione del reato non esclude la civile responsabilità dei chirurghi, attesa la dolosa illegittimità del loro operato.

Simile, in alcuni tratti, è il caso del paziente Tedesco (capo 8), trentanovenne, contestato a Presicci e Pansera.

Infatti anche in questo caso dopo l' individuazione di un minimo versamento, Presicci scorge, una settimana dopo, un "lieve aumento del versamento", ma in effetti la VATS, con tanto di wedge del segmento postero basale del lobo inferiore sinistro, porta ad una evacuazione di una quantità assolutamente modesta di liquido, pari a 350 cc.

Le considerazioni dei consulenti del PM (ma in questo caso anche il consulente specialista in medicina legale della parte lesa) riportate a pag. 187/188 della sentenza impugnata, in cui essi hanno recisamente negato la necessità di qualsivoglia intervento, debbono essere rapportate alle dichiarazioni del paziente, il quale ha affermato che, alla sua richiesta di poter non essere sottoposto ad intervento lasciato così libero di decidere, veniva avvertito che il sanguinamento non si sarebbe riassorbito e che quindi erano necessarie tanto la saturazione quanto l'asportazione di polmone (data però solo come "eventuale" nella scheda di consenso informato).

Anche in questo caso nessuna prospettazione di possibili alternative al paziente.

Pansera evidenzia come nel caso di specie si siano aspettati dieci giorni dopo il primo controllo per accertare se il riassorbimento si potesse produrre da solo, ipotesi non verificatasi. E' in sostanza quanto sostenuto in udienza da Presicci, il quale, ribadendo che il paziente era stato informato, omette di prendere posizione su quello che Tedesco ha sostenuto essergli stato detto circa la sostanziale ineluttabilità della VATS e l'assenza di evidenziazione di qualsiasi alternativa.

L'imputato enfatizza poi l'entità di un versamento che, anche dopo il temuto "aumento", era comunque a livelli tali da poter essere affrontato con altra metodica meno invasiva ed invece era stato affrontato con il "*protocollo Bregda*" vale a dire con la VATS d'amblé, o in prevenzione, come spesso la definisce lo stesso Presicci.

Quanto alla resezione della zona epatizzata, che pure da sola integrerebbe il reato di lesioni, Sartori ha affermato che sarebbe bastata la sola ventilazione da parte dell'anestesista e non era quindi opportuna l'asportazione di tessuto in previsione del riassorbimento dell'ematoma.

Le conclusioni del consulente del PM non appaiono contraddette dall'esame istologico che Presicci ritiene importante al fine di legittimare la resezione, ma non spiega perché.

Peraltro, la resezione di 4 x 2 x 1 mostra parenchima con travasi meatici che si sarebbero riassorbiti, il che ne conferma l'abusività.

Anche questo reato è prescritto ma permane la responsabilità dei chirurghi agli effetti civili.

Per Zizzi, settantenne, capo 9 contestato ancora a Presicci e Pansera, non si sa quanto liquido venne asportato (Presicci stesso lo ha definito modesto), ma in ogni caso deve dirsi che al ricovero il paziente era stato sottoposto a doppia terapia antiaggregante, la quale aveva impedito il riassorbimento spontaneo.

Inoltre si deve osservare che, a 8 giorni dal trauma, Zizzi aveva una emoglobina perfetta (15). La distrofia bollosa seria era invece un lieve enfisema e appare assurdo resecare il parenchima in presenza di un enfisema.

Il paziente aveva gravi morbidità concorrenti di infarto miocardico ed aveva quindi una ostruzione vascolare importante; aveva avuto anche un secondo infarto per occlusione dello stent coronarico ed era in terapia con il Trental, vasodilatatore periferico che ha una controindicazione assoluta rispetto al Toradol.

Il nucleo della contestazione e della successiva affermazione di responsabilità sta nel fatto che non è apparso al primo giudice giustificato l'intervento in VATS in luogo di interventi meno invasivi.

Anche la resezione parenchimale è stata ritenuta non giustificata neppure in presenza di un infarcimento emorragico.

Ancora una volta l'appello di Pansera, nel rigo neppure intero che dedica al caso Zizzi, si duole di una circostanza irrilevante, ovvero della mancanza di "indicazioni (da parte dei giudici, ndr) sulle conseguenze dell'intervento", non comprendendo come la stessa sottoposizione ad un intervento, preferito ingiustificatamente rispetto ad altri ed effettuato in anestesia totale e intubazione, come anche la resezione abusiva costituiscano di per sé stessi manovre illegittime e penalmente rilevanti.

Nel dibattito, Presicci aveva presentato il caso di Zizzi come quello di un paziente ad alto rischio e aveva sostenuto che un drenaggio sarebbe stato controindicato per via della somministrazione proprio del doppio antiaggregante e anche per via della presenza di una distrofia bollosa, in relazione alla quale si sarebbe potuto provocare un pneumotorace iatrogeno. Eccezioni poi riprese nell'appello.

La Corte di primo grado aveva contestato tali affermazioni, sostenendo che non era dato comprendere perché la somministrazione di due antiaggreganti avrebbe dovuto costituire una controindicazione ad un drenaggio o a una evacuazione in toracentesi sotto guida TAC, ma non alla VATS con il suo

successivo drenaggio o alla resezione parenchimale, che neppure aveva riguardato una parte di polmone oggetto di infiltrazione emorragica. Inoltre, posto che il versamento si deposita alla base del polmone, non ci sarebbe dovuto esser pericolo per le eventuali bolle da enfisema, che sono di norma apicali.

In ogni caso, si deve considerare che Zizzi, in quanto affetto da BPCO severa, aveva una controindicazione assoluta alla sedazione.

Come detto, il paziente aveva avuto già due infarti, uno durante un intervento ed era anche monorene. Il reato è prescritto e resta ferma la responsabilità civile dei chirurghi.

14. *Pazienti con versamenti correlati ad una patologia cardiologica.*

Quanto ai pazienti affetti da questa patologia, così come nel processo ormai definito l'accusa si è avvalsa della collaborazione, in qualità di consulente, del prof. Olivieri, professore ordinario di malattie dell'apparato respiratorio presso l'Università di Parma e già Presidente della Società Europea di Pneumologia che si occupa di uniformare i comportamenti clinici in tale materia e di definire i criteri della buona pratica clinica e terapeutica.

Va preliminarmente considerato, per questi pazienti, che si tratta di grandi anziani, per i quali, in presenza di una cardiopatia grave, appaiono non congrui VATS e talcaggio; si tratta di pazienti tutti aggrediti chirurgicamente e tutti operati in acuzie, senza prima tentare il recupero dello scompenso.

Anche il consulente sopra nominato ha evidenziato la costante tendenza dei chirurghi ad allontanarsi dai comportamenti virtuosi consigliati per giungere con assoluta rapidità ad interventi invasivi, di regola non preceduti da una concreta e adeguata valutazione del rischio operatorio e delle possibili complicanze nel postoperatorio.

Nella specie, si tratta dei casi Montagna, Sperotto, De Vecchi e Farina (casi che per il giudice di primo grado presentano delle analogie con il caso di omicidio volontario del paziente Dalto), dei quali il caso De Vecchi è l'unico a non essere prescritto per il solo imputato Brega, in ragione del contestato, e ritenuto, pericolo di vita, mentre, considerate la disciplina previgente rispetto alla legge Carotti e l'incidenza dell'equivalenza fra circostanze di

opposto segno ai fini della prescrizione, detto reato è estinto per quanto riguarda Presicci.

La presenza tuttavia della costituzione di parti civili, eredi dei pazienti o enti ammessi all' esercizio dell' azione civile, in questo processo impone di procedere ex art. 578 cod.proc.pen.

Nella sentenza impugnata l' esame di questi casi è fatto precedere, come al solito, da nozioni indispensabili sulla natura della patologia, riportate alle pag. 193/194, dove sono evidenziate le seguenti circostanze di carattere generale: tranne Sperotto, tutti erano pazienti al primo versamento; tutti i pazienti erano anziani, Montagna e Farina avevano 90 anni, gli altri due 80. A nessuno era stato lasciato il tempo per il recupero della cardiopatia che aveva portato al ricovero; non vi era stato nessuno step; in tutti i casi l' intervento era stato accompagnato da asportazioni di pezzi di polmone e plurime biopsie pleuriche.

Per finire, in tutti i consensi raccolti (tre perché quello della De Vecchi manca del tutto), non erano state indicate le manovre operatorie (Montagna) o le resezione atipiche (Sperotto e Farina).

Di specifico si può dire, a proposito del caso del novantenne Montagna (capo 17) contestato a Brega e Presicci quanto segue.

In prima battuta, va rilevato che la Corte di primo grado ha osservato la assoluta diversità della firma al consenso all' anestesia (non raccolta dagli imputati) , molto diversa da quella apposta sulla cartella clinica.

Tenuto conto delle condizioni molto scadenti del paziente e delle morbidità concorrenti, secondo il consulente Olivieri la migliore strategia di approccio sarebbe stata quella di attendere, anche perché - secondo Sartori - non vi era alcun motivo per sospettare un tumore posto che non c'era dubbio sulla problematica polmonare e quindi erano incomprensibili le biopsie e la wedge resection.

Del resto, mentre il problema cardiaco era attuale, il versamento pleurico era modesto.

Per giustificare l' intervento entrambi gli imputati avevano fatto riferimento alla presenza di un ispessimento della pleura e di un versamento saccato.

Qui la Corte di primo grado ha tenuto ad evidenziare come gli stessi consulenti degli imputati si fossero limitati a rilevare che, forse, non era il caso di operare (Martelli) e che in ogni caso si trattava di un intervento la

cui decisione sarebbe spettata al paziente, dato che si doveva solo rimediare al dolore e non ad altro.

Solo il consulente della difesa prof. Giampaglia faceva riferimento alla possibilità che vi potesse essere un mesotelioma da curare con radioterapia. Nel definire illegittimo l' intervento, a parte le considerazioni sul consenso non dato per wedge e talcaggio, idonee di per sé a qualificare l' illegittimità delle mutilazioni arrecate, la Corte ha rilevato l' assenza di qualsiasi urgenza o sospetto oncologico.

L' appello di Brega insiste sulla presenza dell' ispessimento pleurico causa della toracodinia e anche Presicci insiste sulla correttezza dell' intervento, che ritiene non assolutamente controindicato per un paziente valutato in ASA III/IV, sostenendo che toracentesi o drenaggio non avrebbero potuto evacuare completamente il cavo pleurico né sarebbe stato possibile liberare il parenchima polmonare da aderenze, in questo caso particolarmente tenaci.

Lo stesso Presicci giustifica la ripetitività dei prelievi per via dell'esfoliazione di materiale dovuta alla lisi di numerose aderenze.

Va però considerato che i due chirurghi avevano proceduto ad asportazioni anche dopo che l'esame istologico intraoperatorio - già non necessario di suo - che aveva dimostrato che si era in presenza di una patologia solo medica per la quale il talcaggio non era indicato a meno di recidiva frequente dei versamenti, che non c'era stata.

Resta anche senza risposta l' osservazione del primo giudice circa dubbio che il versamento fosse realmente imbrigliato, se esso venne subito aspirato e solo dopo venne affrontata l'aderenza, asseritamente tenace, tra pleura (parietale e viscerale) e lobo inferiore. Perciò rimanevano valide le opzioni meno invasive, tanto più che un intervento del genere di quello praticato, con il suo contorno di manovre, poteva apparire controindicato anche per le condizioni psicologiche del paziente, trattato al riguardo farmacologicamente.

Quindi si deve ribadire che il paziente aveva un versamento dovuto alla patologia cardiaca, provata dall' aritmia e dallo scompenso, e in queste situazioni non c'è indicazione di intervento, ma occorre anzitutto ripristinare le condizioni di compenso cardiocircolatorio.

Non risultava riscontrato l' empiema pleurico e il paziente non aveva febbre da infiammazione acuta; il ricovero era stato solo dovuto a ritenzione urinaria e dolore al torace.

Mai risultano essere stati prospettati interventi alternativi, mai si era sentita la necessità di un confronto collegiale con altri specialisti.

Con la prescrizione del reato, resta la conferma della responsabilità civile dei chirurghi.

Il caso del paziente Sperotto, ottantaseienne e portatore di pacemaker, capo 19, è stato contestato a Presicci e Pansera.

In questo caso, era stato Pansera che aveva posto indicazione di intervento chirurgico per un trattamento diagnostico/evacuativo del versamento pleurico.

L' anestesista aveva classificato il rischio operatorio in ASA III/IV, segnalando anche che il paziente soffriva di scompensi cardiocircolatori recidivanti ed aveva avuto un edema polmonare acuto, un pregresso infarto miocardico, un transitorio attacco ischemico cerebrale.

Sottoposto ad un intervento in VATS destra per evacuazione versamento, biopsie pleuriche, resezione atipica lobo superiore destro e talcaggio, Sperotto morirà due mesi dopo.

Squicciarini e Sartori avevano ritenuto rischioso ed inutile l' intervento, dovendo il paziente, portatore di uno scompenso cardiaco recidivante, essere invece assoggettato ad una semplice aspirazione di liquido, sempre se il versamento fosse risultato fastidioso.

Le giustificazioni rese all' epoca da Pansera erano state a dir poco stravaganti: aveva infatti sostenuto che l' indicazione chirurgica gli era stata suggerita da Brega (estraneo all' intervento) e da Presicci; aveva parlato di un versamento recidivante (trasudato o essudato? : se fosse stato un trasudato, accertabile in base al contenuto delle proteine, era evidente che il problema era cardiaco; nel caso di un essudato, la maggior concentrazione di proteine sarebbe stata la conseguenza di una infiammazione o una infezione: non risulta essere stata fatta alcuna verifica), con indicazione di sospetto tumorale (dal solo Pansera nutrito); aveva poi affermato che la classificazione in ASA III/IV era comunque un via libera all' intervento effettuato.

Presicci, con l' appello, si difende sostenendo che in precedenza il paziente aveva avuto versamento e che anche in questo caso vi era ispessimento

della pleura parietale e viscerale e dunque la VATS si era resa necessaria *"perché drenaggio e toracentesi sono gravate da percentuali di recidive più alte e da accuratezza diagnostica più bassa"*.

Sarà allora il caso di ricordare che il 2 novembre del 2007 era stato lo stesso Presicci che aveva dato atto della mancata riespansione polmonare, il che sta a significare che la situazione era rimasta simile a quella preoperatoria e che il paziente, sempre più defedato e certamente debilitato anche dall' intervento subito in anestesia generale ed intubazione, resezioni e talcaggio, alla fine era morto.

Deve osservarsi che la situazione di Sperotto appariva già molto complicata al ricovero e che non è consentito ai chirurghi nascondersi dietro il parere, peraltro cauto, dell' anestesista, spettando loro in ogni caso decidere se e quando intervenire.

Va al riguardo rilevato che, se anche il versamento era stato rilevato in precedenza, mai era stato fatto un drenaggio prima dell' intervento in VATS, né c'era alcuna urgenza di operare.

L' appello di Pansera sul punto dimostra ancora una volta che l' imputato non si rende conto della imputazione, sostenendo *"il problema è piuttosto quello di stabilire se il peggioramento delle condizioni del paziente sia collegato o non collegato all' intervento"*, con ciò ponendo in essere una difesa che, in assenza di contestazioni sulla penale responsabilità penale per il decesso dello Sperotto, risultano sostanzialmente non conferenti.

Al di là del fatto che la successione degli eventi porta a ritenere che l' invasività e le conseguenze dell' intervento abbiano inciso sulle residue difese del paziente, qui si contesta la solita assenza di step, la solita aggressività chirurgica dell' équipe (come ricordato, ben emersa in una captazione dallo stesso Brega, estraneo a questo specifico intervento).

Non sono state risolte le contraddizioni nelle versioni fornite nel corso del primo giudizio fra Presicci e Pansera, di cui quel giudice ha dato atto a pag. 212 della propria sentenza. Parlare di polmone epatizzato risulta contraddittorio rispetto ad una prospettiva di enfisema, perché nel primo caso il tessuto è solido e nel secondo spugnoso.

Va anche considerato che si poteva intuire che il talcaggio non sarebbe stato risolutivo, perché si trattava di un problema cardiaco che andava trattato con i farmaci e, senza la sua soluzione, il versamento si sarebbe riformato.

Anche in questo caso il delitto è prescritto, ma permane la responsabilità civile degli imputati.

Per il caso De Vecchi, ottantenne, capo 23, contestato a Brega Massone e Presicci, si è in presenza di una paziente della quale in Pronto soccorso erano stati evidenziati una perdita di coscienza con peggioramento del quadro neurologico. All' ECG erano presenti una fibrillazione atriale ad alta frequenza e anomalie di recupero. Inoltre dal diario clinico emergevano respirazione assistita, sovraccarico ventricolare sx, esiti di infarto miocardico acuto.

Era stato accertato anche un precedente oncologico.

Era constatata anche la BPCO (vedi pag. 216 della sentenza impugnata che da conto di tutte le patologie e di quanto venne fatto in Pronto soccorso per impostare una terapia di supporto cardiocircolatorio).

A quarantotto ore dal ricovero, la paziente, inviata dal medico curante per palpitazioni aritmia e vertigini, aveva subito l' intervento in VATS programmato a scopo palliativo - solo palliativo secondo Brega - e diagnostico per drenaggio di un versamento pleurico, per biopsia e talcaggio. Intanto l' emogasanalisi denunciava una situazione di scompenso respiratorio, per cui al momento la donna non doveva essere operata. Durante l' induzione dell' anestesia i problemi della paziente avevano portato alla sospensione dell' intervento, ripreso dopo 35 minuti senza attendere neppure una sicura stabilizzazione.

Per questo intervento, per il quale bastava una toracentesi, mancava qualsiasi consenso, tanto per l' intervento quanto per il talcaggio e non si può dire che non vi sarebbe stato tempo per raccogliarlo.

Già queste considerazioni connotano di totale illegittimità l' intervento per cui neppure sarebbe necessario procedere oltre.

Ad ogni modo va rilevato che la donna era gravemente cardiopatica e che i versamenti pleurici erano determinati dallo scompenso cardiocircolatorio e non c'erano evidenze di secondarismo tumorale (peraltro poi ovviamente smentito dall' esame istologico).

Bastava quindi un toracentesi evacuativa perché era largamente prevedibile che una paziente in quelle condizioni avrebbe mal sopportato un intervento in anestesia generale e intubazione.

Ed è un fatto che appunto, a 25 minuti dall' inizio dell' intervento, la De Vecchi fosse in condizioni critiche e non si può sostenere che i chirurghi non

fossero stati in grado di valutare le condizioni della paziente al momento del loro approccio, perché le condizioni della donna risultavano chiare dalla cartella di Pronto soccorso.

Il pericolo di vita era rimasto attuale per i due giorni seguenti, dopo un intervento nel corso del quale, come si legge nella decisione di primo grado, si erano presentate numerose criticità conseguenti alla condizione della paziente prima dell' intervento frettolosamente deciso.

Scorrendo l' appello di Brega, sul punto si osserva che ci si limita a contestare che la paziente venne posta in pericolo di vita e si rileva l' apparente contraddizione che, secondo la difesa, si può ravvisare nel fatto che *"poi i consulenti della PM hanno ritenuto di non poter escludere l' incidenza di fattori alternativi nel determinismo della morte"*.

Si tratta di un argomento privo di senso, così come privo di senso è affermare che poi la De Vecchi si fosse ripresa.

Infatti, se la De Vecchi non si fosse ripresa e fosse deceduta senza intervento di possibili fattori concorrenti o alternativi, la contestazione sarebbe stata come, per altri casi, di omicidio volontario.

Il fatto che, alla fin fine, non si sia potuto provare che il decesso avvenuto solo il 10 agosto, senza che però la donna avesse lasciato la clinica fosse conseguenza diretta dell' intervento in un' ottica di assoluto garantismo nei confronti degli imputati, non significa che la De Vecchi non avesse rischiato di morire anche durante l' intervento stesso.

Il riferimento specifico è all' episodio di marcata ipotensione durante l' intervento, che aveva reso necessario sospendere l' infusione di farmaci e attendere la stabilizzazione, e alle sue condizioni critiche 25 minuti dopo l' intervento (vedi pag. 217 della sentenza impugnata), sicché era stata mantenuta l' intubazione.

Il richiamo di Presicci alla pregressa mastectomia, per accreditare la VATS come strumento necessario e logico per l' evacuazione del versamento, non ha alcun fondamento; viene rivoltato l' argomento per cui la consulenza dell' accusa aveva data solo per probabile l' origine cardiaca del versamento (tuttavia la stessa consulenza aveva ritenuto del tutto improbabile l' origine tumorale ed aveva poi avuto sia pure ex post facilmente ragione).

Affermare che vi era un quesito diagnostico che solo la VATS avrebbe potuto risolvere è solo un pretesto per sostenere la correttezza di un approccio spregiudicato, appunto "diagnostico", in assenza di concreti

elementi per via di omissione di qualsiasi step investigativo della patologia prima ancora che terapeutico.

Se le cartelle cliniche hanno un senso, allora si deve rilevare che la paziente era stata estubata il 29, cioè due giorni dopo l'intervento, con il che non corrisponde al vero che *"subito dopo la procedura (la paziente) mostrò un netto miglioramento che ne comportò l'estubazione"*.

Concludendo, si deve sostenere che la donna subì intervento e manovre, cruentazioni e talcaggio in assenza di diagnosi sull'origine del versamento, in assenza di recidiva e a scopo "preventivo".

Pericolo di vita vi era stato non solo nel corso dell'intervento, ma anche nel postoperatorio, poiché la donna stremata ed assopita era stata trasfusa con una sacca di plasma fresco congelato, e trasfusioni le saranno somministrate anche nei due giorni in cui era rimasta intubata (vedi pag. 225 della sentenza impugnata sull'evolversi della situazione in terapia intensiva senza risoluzione della fibrillazione atriale).

Come si è detto, il reato è prescritto per Presicci, ma non per Brega; entrambi i chirurghi sono civilmente responsabili per l'illecito intervento.

Da ultimo, per questa patologia, il caso Farina, novantenne, capo 24, contestato a Presicci e Pansera.

Farina, anche lui morto in Santa Rita due settimane dopo l'intervento (nella scheda di morte Presicci aveva rilevato "marasma senile", che è uno stato cachettico molto pronunciato), era stato sottoposto a VATS sinistra con biopsia, pur essendo afflitto anche lui da BCPO riacutizzata (controindicativa, va ricordato, alle modalità di intervento) e finanche mal seguito nel postoperatorio (dove era anche disidratato), con l'esclusione degli antibiotici pur in presenza di una infezione in corso.

Il paziente era portatore di pacemaker ed era anche lui affetto da fibrillazione atriale al ricovero del 18 giugno 2007,

Riscontratogli un versamento pleurico di natura non determinata, appena parzialmente migliorate le sue condizioni in seguito al trattamento e considerato che una TAC aveva evidenziato un versamento più abbondante e bilaterale, era stato dapprima trasferito in riabilitazione per la riabilitazione respiratoria preoperatoria.

Dopo un primo drenaggio che era successivamente stato rimosso inavvertitamente dal paziente stesso, egli veniva operato in VATS con biopsie pleuriche, wedge resection e talcaggio, senza neppure attendere l'

esame citologico che era stato disposto nello stesso giorno a seguito di prelievo di materiale con broncolavaggio per ricerca di bacillo di Koch e cellule tumorali.

Quello che si contesta ai chirurghi è anzitutto di avere omesso di riequilibrare stabilmente il circolo del paziente cardiopatico, sofferente di fibrillazione e portatore di pregressa embolia e di pacemaker e in terapia anticoagulante.

Per i consulenti del PM, si poteva procedere con una biopsia o toracentesi e di certo erano del tutto inutili le biopsie e la wedge, dato che, come era prevedibilmente, emerso alla fine non vi erano cellule tumorali, circostanza peraltro prevedibile e che poteva essere indagata proprio attendendo il risultato del materiale prelevato in broncolavaggio.

Pansera si era difeso, manifestando il sospetto di una possibile origine neoplastica che avrebbe giustificato la solita VATS diagnostica, di cui aveva dato l' indicazione però senza attendere, come si è detto, l' esito dell' esame citologico, il tutto in assenza di qualsiasi urgenza.

Presicci aveva sostenuto pure lo scopo diagnostico per verificare se, dopo la rimozione del drenaggio, si fosse attivato un processo infiammatorio o infettivo.

L' appello di Pansera nel caso Farina appare di dubbia comprensibilità e congruità alla luce di quelli che si ritengono i criteri per accertare l' origine pretestuosa dell' intervento prescelto e dolosa delle lesioni. Dice infatti il difensore: *"Il peggioramento delle condizioni cliniche anche in questo caso, deve ricondursi, almeno come ipotesi alternativa, alle patologie da cui era affetto il paziente. Dunque quale malattia sarebbe riconducibile con certezza all' effettuazione dell' intervento?"*

Presicci, dopo alcune considerazioni di carattere generale volte a denunciare la sommarietà delle osservazioni dei consulenti, riferisce dei franchi (?) sospetti di malattia tumorale descritti da Pansera; sostiene poi che non si era dato peso al fatto che si era in presenza di un versamento recidivante e spende altri argomenti, da ritenersi inutilmente esposti, per scollegare l' intervento dal decesso, che invece non era stato, in un ottica di pieno garantismo anche in questo caso, collegato all' intervento chirurgico medesimo (Farina moriva il 12 luglio, scivolato in una spirale di inarrestabile peggioramento dopo il trasferimento in riabilitazione il 2 luglio, assolutamente disidratato per trovandosi in un nosocomio).

Vale allora la pena di ricordare che Presicci, in dibattimento, aveva sostenuto l'appropriatezza della scelta chirurgica perché, tre giorni dopo la rimozione accidentale del drenaggio, era ricomparso il versamento e il drenaggio, accidentalmente rimosso, non era stato riposizionato proprio per vedere se si riformava il liquido.

Va però detto che il talcaggio era inutile, perché già il drenaggio aveva riportato il polmone a parete e si sarebbe potuto reinserire il drenaggio dopo il distacco accidentale visto che non c'era urgenza, e va ribadito che la VATS deve costituire un'ultima ratio (che in questo caso è stata anche ritenuta a scopo diagnostico per indagine tumorale), quando non si era neppure atteso l'esito dell'esame citologico. Dubbi sembrano sussistere anche sulla effettiva esistenza di un importante versamento pleurico recidivo, atteso il fatto che nella radiografia di tre giorni prima il versamento non si vedeva neppure.

Resta anche a dire che delle mutilazioni costituite dalle biopsie e wedge.

I due imputati avevano dato in dibattimento giustificazioni diverse: necessità diagnostica, per Pansera, in virtù del sospetto di neoplasie; per Presicci necessità di verifica infiammatoria o infettiva del versamento. Grave appare quella che a pag. 224 della sentenza impugnata viene considerata un'alterazione della causa della morte, così evidenziata: *"ma la pretestuosità delle ... attuali spiegazioni emerge anche in considerazione di un fatto che risulta molto grave. Nella cartella clinica in data 6.8 Brega riporta una lettura del tutto diversa della TAC del giorno precedente annotando la presenza di versamento pleurico sinistro e ascite in M1 epatiche (metastasi che non sono attestate da nessuna parte). Poi nel frontespizio della cartella clinica, nella lettera di dimissioni, nell'avviso di morte la patologia della paziente viene qualificata come metastasi pleuriche ed epatiche, che non risultano attestate in nessuno degli esami agli atti e certamente non dall'esame istologico che espressamente esclude la presenza di neoplasie.*

Il riscontro di più di un secondarismo tumorale è attestato con sicurezza, non come dubbio o mero sospetto clinico. E che non si tratti di un mero errore, ma di una mistificazione volontaria (anche ai fini di ricondurre il drastico peggioramento delle condizioni della sig.ra De Vecchi all'insorgenza della malattia tumorale e non all'intervento chirurgica) si deduce dal fatto che vengono attestate due diverse localizzazioni delle metastasi e cioè viene

riportato su più documenti, omettendo di richiamare, commentare e superare gli esami che avevano dato un'indicazione contraria".

In chiusura dell' esame del caso, va poi ricordato che Farina ebbe una deficiente assistenza postoperatoria perché andato in riabilitazione, aveva una infezione da *Candida* che gli impediva di deglutire, non curata adeguatamente.

La prescrizione del reato con conferma della responsabilità civile dei chirurghi nei confronti delle parti civili costituite.

15. I casi bullectomia.

Appartengono a questa categoria di interventi i casi Dattrino (capo 20) e Gobbi (capo 26). Entrambi sono contestati ai tre chirurghi, Brega, Presicci e Pansera (per gli ultimi due, come "aiuti") e per entrambi i reati si è verificata la prescrizione.

L' esame va compiuto tuttavia per le ragioni già espresse in ordine alla valutazione di elementi utili ad una formula assolutoria o, per contro, alle richieste di risarcimento del danno avanzate dalle parti civili costituite.

Quanto al caso Dattrino, settantasettenne, va osservato in via preliminare come dall' anamnesi il paziente risultasse affetto da demenza senile, ovvero cerebropatia vascolare cronica con decadimento cognitivo, e, ciò nonostante, gli erano stati fatti firmare personalmente i moduli di consenso informato per gli interventi di chirurgia toracica, mentre quello relativo all' anestesia era stato firmato dalla moglie.

A pag. 244 della sentenza di primo grado si evidenzia l' insufficienza delle indicazioni nei moduli di consenso agli interventi per l' omissione di quella riguardante l' asportazione dei tessuti o dei noduli per biopsia a destra e, per quanto riguarda l' intervento a sinistra, non appaiono segnalate l' asportazione dei linfonodi mediastinici e la pleurodesi, con il che non può non sottolinearsi, ancora una volta, che già sotto questo profilo gli interventi manifestano un patente aspetto di illiceità.

La Corte di primo grado, tuttavia, sulla scorta delle osservazioni dei consulenti del PM ha ricordato come l' intervento di chirurgia toracica fosse stato giustificato nella lettera di dimissioni con la necessità del paziente di doversi sottoporre ad un intervento al ginocchio e, dato che il paziente

poteva avere bisogno di una ventilazione meccanica durante l'operazione, occorre togliere dapprima le bolle.

Intanto, secondo quei consulenti, al futuro intervento al ginocchio si sarebbe potuto provvedere soltanto con l'anestesia epidurale, data la controindicazione del paziente alla sottoposizione ad anestesia per via dell'accertato deficit cognitivo.

Inoltre, a parte il fatto che la broncoscopia per la quale era stata prevista l'anestesia locale era stata fatta in anestesia generale, le bolle non erano giganti e non avevano dato corso ad un pneumotorace per cui non vi era alcun bisogno di asportarle, mentre le resezioni e l'asportazione dei linfonodi non erano in alcun modo giustificabili.

Con l'appello di Brega si richiama anzitutto una sterile polemica sull'attività del prof. Mineo per quello che, al riguardo, in udienza aveva affermato il prof. Sartori relativamente alla qualificazione per grandezza delle bolle enfisematose.

A parte la solita questione della relativa incidenza degli interventi sul DRG che, per quanto detto in precedenza appare irrilevante concorrendo tali manovre a sottolineare le presunte complessità e necessità degli interventi praticati, non c'è nell'impugnazione nulla a giustificare non solo le resezioni e le ulteriori manovre o le modalità di raccolta del consenso agli interventi a destra e a sinistra e tantomeno le rilevanti omissioni dichiarative in merito alle cruentazioni effettuate.

Per quanto riguarda l'appello di Presicci (pag. 400 e ss.) si afferma, contrariamente al vero per le ragioni esposte, che Dattrino era stato reso edotto degli interventi che si sarebbero praticati; si contesta la possibilità di effettuare l'intervento al ginocchio in anestesia locale (nulla si osserva sulla possibile controindicazione fra deficit cognitivo ed anestesia totale) e si insiste sulla riuscita dell'intervento che, anche qui per le ragioni esposte, è circostanza irrilevante.

Non si ravvisano riferimenti significativi alle resezioni qualificate abusive dai consulenti del PM.

Nell'appello di Pansera (vedi pag 94) i casi di distrofie bollose sono trattati in pochissime righe, nelle quali si esprime un solo concetto: "resta l'indimostrata sussistenza di un nesso causale fra il peggioramento e intervento realizzato" eccezione che, per quanto si è fin qui detto a proposito delle condizioni di legittimità e accettabilità della terapia

chirurgica, risulta del tutto incongruo (senza contare le affermazioni del giudice di primo grado a pag. 253 sulle conseguenze nel post-operatorio dell'intervento, eseguito anche con il "contenimento" del malato).

In conclusione, si può sottolineare che le importanti morbidità concorrenti, in particolare la BPCO severa e la scarsa elasticità del polmone dovevano far astenere i chirurghi dall'intervenire, senza considerare che togliere porzioni parenchimali con lesioni enfisematose, verosimilmente presenti in tutto il polmone, non ha alcun significato.

Dattrino inoltre non era stato studiato nella sua capacità ventilatoria, mentre la spirometria era priva di attendibilità, attesa l'assenza di collaborazione del paziente. Si sarebbe dovuto procedere con una scintigrafia per valutare la perfusione polmonare. Non aveva avuto alcun senso l'asportazione dei linfonodi.

La Gobbi, ottantatreenne e portatrice di morbidità concorrenti, era stata sottoposta ad un intervento di toracotomia per bullectomie a sinistra, dopo decorticazione polmonare e pleurodesi meccanica e chimica; operazioni accompagnate dalle immancabili resezioni.

La donna era stata ricoverata per una frattura di tre coste; non presentava versamento né pneumotorace, ma solo toracodinia. Si vuole cioè sottolineare che la stessa pneumologa che seguiva la paziente non aveva dato indicazione di intervento.

Ricoverata il 4 giugno 2007 ed operata il 15 giugno, la paziente morirà nel post-operatorio il 4 luglio per un infarto intestinale massivo, senza che sia stata fatta una autopsia. Si tratta di un caso in cui si sarebbe potuto contestare il reato di cui all'art. 575 cod.pen. se, il prof. Sartori, considerato da tutti gli imputati come un accusatore con idee precostituite, non avesse sostenuto, in un'ottica totalmente garantista, che, vista la dichiarata causa di morte, l'exitus non poteva essere collegato causalmente all'intervento chirurgico.

Sta di fatto che lo stesso consulente ha ritenuto stolto un intervento nei confronti di una anziana classificata paziente in ASA III/IV, già in precedenza sottoposta a lobectomia polmonare sinistra, affetta da grave BCPO, ipertesa ed in ossigenoterapia; dunque una paziente in pesante insufficienza respiratoria, afflitta da enfisema ostruttivo, che aveva ben poche (il CT aveva detto "nessuna") possibilità di sopravvivere ad un

intervento di asportazione di bolle, effettuato con resezioni anche abbastanza consistenti e dislocate in varie zone.

Va ricordato che, richiamate le dichiarazioni dei consulenti delle difese e quelle degli imputati, la Corte di primo grado aveva sottolineato una errata interpretazione da parte di questi ultimi delle affermazioni del consulente Sartori, che aveva ritenuto legittima l' indicazione all' intervento non per rimuovere le bolle enfisematose in quanto tali ma solo quando esse fossero a rischio di cagionare pneumotorace, rischio ritenuto nella specie inesistente. A tali osservazioni la Corte ha fatto seguire un esame del post-operatorio con la descrizione delle criticità delle condizioni della paziente fino all' infarto intestinale; tali condizioni non potevano non essere valutate ex ante dai chirurghi.

Richiamato quanto osservato dalla Corte alle pagg. 265 e ss. della propria sentenza, si osserva che la difesa di Brega contesta la circostanza che non si sia dato rilievo a quanto sostenuto dai propri consulenti Martelli ed Orsetti a proposito dell' air trapping evidenziato dalla spirometria all' origine della formazione delle bolle e contesta che vi sia stato un decorso operatorio drammatico, facendo leva sulla registrazione di alcuni miglioramenti respiratori.

Tale dato però contrasta con l' aumento di somministrazione di ossigeno (da 2 lt. a 4, poi a 6 e infine a 8 lt.) e con il peggioramento (prevedibile appunto secondo quanto detto da Sartori) che aveva determinato l' intervento dell' anestesista per concordare un supporto ventilatorio assistito e ricovero in terapia intensiva.

I supposti miglioramenti avevano dunque riguardato solo un assestamento nell' immediato della situazione; essa si era poi evoluta in senso decisamente negativo per la paziente.

A parte le considerazioni circa il fenomeno dell' air trapping, che si riscontra in qualsiasi enfisema nel suo letterale significato di intrappolamento di aria, si può sostenere corretta, come ha detto Sartori, l' affermazione di una giustificazione di intervento solo per prevenire l' insorgenza di pneumotorace (nei casi d' importante riscontro, anche casuale, di distrofia bollosa) o delle recidive, dopo uno o più episodi di pneumotorace in soggetti portatori di distrofia bollosa del polmone.

Con l' appello di Presicci (pag. 411 e ss.) si ricorda che la donna aveva una sindrome disventilatoria molto severa con aumento dell' air trapping , ma

con una FEV 1 del 57% e si sostiene che l' intervento era finalizzato ad un miglioramento della meccanica respiratoria poiché l' asportazione delle bolle avrebbe consentito al parenchima polmonare, ancora funzionante, di riespandersi gradualmente ed ottenere un miglioramento progressivo della respirazione.

Se è così, l' imputato avrebbe dovuto spiegare perché il decorso post operatorio aveva preso una direzione del tutto opposta a quella da lui prevista, con la conseguenza che la paziente era stata trasferita il 29 giugno ancora una volta in rianimazione per insufficienza respiratoria acuta con intubazione.

Viene anche da chiedersi se allora non siano nel giusto in consulenti del PM i quali, in un giudizio ex ante che facilmente formulabile anche dai chirurghi, avevano sostenuto che la Gobbi era stata sottoposta ad un intervento inutile e dannoso che non avrebbe potuto portare giovamenti ad una paziente che non sarebbe più stata in grado, dopo l' intervento a rischio molto elevato, di respirare autonomamente.

Nell' impugnazione di Pansera, che aveva definito in anamnesi lui stesso la paziente "cachettica per grave dimagrimento senile", cosa ora negata dagli altri imputati, non si rinvencono osservazioni specifiche in merito a questo caso.

16. Malati con neoformazioni sospette oncologicamente.

Anche qui vanno ricordate le considerazioni introduttive formulate dal giudice di primo grado alle pagg. 270 e ss della propria sentenza, quando, nel fare una sintesi degli interventi in esame, ha sottolineato che di sei pazienti con diagnosi oncologica (Corti, Atalla, Vedovi, Teruzzi, Saltos ed Incontro) solo la Saltos era sopravvissuta sette mesi dalle dimissioni, gli altri erano tutti morti in un lasso di tempo compreso tra una settimana ed i due mesi e mezzo.

Ha ricordato il primo giudice che sistematicamente, anche nell' approcciarsi a questi pazienti, erano dai chirurghi neglette tutte le altre possibili opzioni per concentrarsi sulla VATS, eventualmente trasformata in toracotomia con varie resezioni del tutto prive di significato, svolte solo a coronare interventi di massima redditività secondo le modalità di rimborso previste.

Il consulente Sartori aveva ravvisato specificamente in questi casi quell'atteggiamento di sistematica aggressività che, come si è detto, è il file rouge di tutti i casi che in questo processo vengono contestati ai chirurghi toracici¹¹.

Per "aggressività" si intende quindi scarsità di anamnesi, pretermissione di step e di valutazione degli interventi meno invasivi, minimizzazione dei tempi di attesa, accanimento terapeutico su soggetti defedati ormai

¹¹ Giacché si è tornati a sottolineare l'aggressività, non sarà inutile riproporre passi di conversazioni fra il Direttore Sanitario, Merlano, e lo stesso Brega:

Merlano: Si si pensa che però l'Emilia Romagna ha messo una legge che se tu vuoi accreditare l'ospedale devi assumere il medico

Brega: Vedi...

Merlano: Non pagarlo a DRG assumerlo e stipendiarlo fisso

Brega: Ma è così... se fosse successo così non sarebbero nati tanti casini ...capito?

Merlano: Ma è vero .

Brega: Perché il medico prende una cifra e non può prenderne il triplo.

Merlano: Ma è ovvio che scusa nel momento in cui il tuo datore di lavoro ti dice più operi più ti pago cioè induce per forza in modo più o meno subliminale un atteggiamento aggressivo nel chirurgo.

Brega: Certo

Merlano: Questo è normale soprattutto più giovane è il chirurgo più è aggressivo perché quello che ha settant'anni già è arrivato .

Brega: Sì sì sì .

Merlano: Cioè questo è normale cioè....e lui lo faceva apposta però cioè lui che si chiama tanto fuori questa cosa qui penso che comunque la procura la capisce che nel momento in cui lui non assume nessuno e ti lega al DRG e al fatturato praticamente è ovvio che ti stimola a fatturare il più possibile .

Merlano: Eh ma scusami quando lui faceva le riunioni con voi e la Cuzzolin per riempire all'inverosimile le sale operatorie e le sedute ...

Brega: Uhm...

Merlano: E' ovvio che anche lì vi stimolava a portare più gente in sala operatoria .

Brega: Certo

Merlano: Cioè dai....lui alla fine non può esimersi da queste cose .

Brega: Uhm...infatti

Merlano: E infatti dico la direzione sanitaria l'ha sempre lasciata fuori perché ovviamente noi non possiamo essere contenti ne che ci sia una buttafuori ne che ci sia un piano di sale operatorie così pompato..ma è ovvio perché poi va tutto a discapito della qualità questo si sa benissimo .

Brega: Certo e poi i controlli...

Merlano: ...E poi te l'ho sempre detto lui non ha mai verificato i primari sulla base di criteri di appropriatezza, protocolli, produzione scientifica.... esclusivamente sulla base del fatturato.

sostanzialmente bisognosi di essere sostenuti solo con una sollievo della sintomatologia.

Tale sollievo non deve consistere, quando possibile, in un intervento particolarmente invasivo a mero scopo palliativo, peraltro produttivo di una situazione altamente dolorosa come il talcaggio.

Va ricordato che anche nel processo definito con sentenza irrevocabile nei confronti di Brega Massone, Presicci, Pansera ed altri sono stati esaminati casi di malati terminali su cui erano stati effettuati interventi giudicati gravi, perché compiuti su pazienti in condizioni generali già irrimediabilmente compromesse (casi Colgha Vizuete - carcinoma estremamente avanzato con metastasi peritoneali ed epatiche -, Gamba Angelo - affetto da adeno-carcinoma infiltrante la pleura - Logoluso Michele - affetto da carcinoma polmonare giudicato inoperabile in altra struttura e valutato in ASA IV).

Per quanto riguarda i casi del presente giudizio si osserva quanto segue.

Corti Mario, il cui caso (capo 10) è contestato a Presicci e Pansera, era paziente ottantenne, giunto in Santa Rita per dispnea ed edemi agli arti e che morirà otto giorni dopo le dimissioni.

Egli era già in cura per un melanoma maligno plurimetastatico ed una TAC aveva evidenziato un versamento polmonare dx in parte organizzato, ragion per cui Presicci aveva posto indicazione di VATS palliativa, ma nel frattempo non erano stati fatti toracentesi o drenaggio per dargli sollievo. Nel corso della VATS erano state disposte multiple biopsie pleuriche e una resezione atipica del lobo medio con talcaggio.

Va subito detto che il consenso informato non prevedeva né il talcaggio, né l'asportazione di un nodulo, né la wedge resection, ragion per cui, per questa sola ragione, come più volte detto, si è in presenza di manovre non autorizzate dal paziente e per ciò solo illecite.

Quanto all'affermazione del consulente di Presicci, secondo cui il talcaggio è implicito nella indicazione di evacuazione del versamento, si potrà opporre che sarà implicito per i medici (e non tutti, come si è visto nel contrasto fra CT), ma allora a maggior ragione non ci sarebbe alcuna necessità di ometterne la menzione, anche con un semplice ma chiaro richiamo di stile che contribuirebbe a rendere da un lato meno sciatti e criptici i moduli di consenso informato, dall'altro restituirebbe dignità al paziente, facendogli

recuperare il diritto di decidere se subire o meno un intervento che, in ogni caso, è pacifico essere particolarmente doloroso.

A fronte della conclusione che l'asportazione del liquido poteva essere fatta con metodiche meno invasive e che le biopsie e la wedge erano del tutto inutili, posto che si sapeva da tempo quale fosse il quadro clinico dello sventurato paziente, che doveva essere trattato con terapie idonee ad eliminare o ad attenuare la sintomatologia, Pansera aveva sostenuto in dibattimento che lo scopo dell'intervento era diagnostico e Presicci, riconoscendo che si trattava di soggetto affetto da tumore in stadio IV, ne dichiarava la finalità palliativa, sostenendo che le biopsie erano necessarie perché il mero esame del liquido del versamento non avrebbe potuto fornire dati accettabili.

Con l'appello Pansera insiste sul fatto che l'intervento avrebbe fatto migliorare le condizioni del paziente, stigmatizzando l'uso del solito argomento "post hoc, propter hoc". Nulla dice sulle resezioni.

Anche Presicci nell'appello sottolinea il massiccio versamento per il trattamento del quale la VATS rappresenterebbe il gold standard, cosa apparentemente non affermata neppure dal suo consulente della difesa, Della Croce, il quale si è limitato ad affermare la comprensione del talcaggio (non preventivamente comunicato, come si è detto) di norma nella VATS e il fatto che, subito dopo, il paziente ne avesse tratto giovamento.

Presicci quindi insiste sulla finalità diagnostica della VATS, unica procedura a suo giudizio idonea nella specie, il che appare ben poco comprensibile nel caso di un conclamato malato terminale per il quale, se era vero che la pneumologa non aveva disposto il drenaggio né esposto controindicazioni all'intervento sul paziente, ciò non liberava il chirurgo dal dovere di individuare il presidio migliore per curarlo.

Presicci non aveva neppure pensato alle alternative di una toracentesi e di un drenaggio.

A carico di Presicci e Pansera stava anche il fatto che, sebbene avessero fin da subito programmato anche il talcaggio, come ricordato ne avevano ommesso la menzione nel consenso informato, né lo avevano comunicato all'anestesista.

E per la Corte di primo grado erano state rilevanti proprio le conseguenze del talcaggio, con la necessità di somministrare potenti antidolorifici al paziente, che prima non ne aveva assunti.

La respirazione di Corti era effettivamente migliorata dopo l' intervento, ma solo per l' ovvia ragione che l' evacuazione del versamento, non tentata con altre metodologie prima, aveva nell' immediato sollevato il paziente che dopo le dimissioni però aveva dovuto tenere dei drenaggi ed aveva subito plurime broncoaspirazioni per metà del tempo di vita residua.

Conseguenze tutte legate esclusivamente alla metodica scelta.

Anche questo delitto è prescritto, ferme le responsabilità civili dei chirurghi.

Atalla Safaa di anni 57, caso contestato al capo 11) a tutti tre i chirurghi.

La paziente era arrivata in Santa Rita per una diplopia conseguente ad una avanzata diffusione metastatica, disseminata dappertutto nella meninge ed a livello cerebrale. La Tac addome aveva mostrato numerose lesioni nodulari al fegato. La Tac toracica aveva evidenziato dei versamenti con atelectasia compressiva del parenchima polmonare.

Era dunque una paziente destinata ovviamente a morte certa (ed infatti morirà il 27 ottobre 2007, trenta giorni dopo le dimissioni e quarantacinque circa dopo l' intervento), ma al momento era a riposo, non aveva dispnea.

Due giorni dopo il ricovero, Presicci aveva posto diagnosi di VATS diagnostica e palliativa.

I consulenti del PM, avuto riguardo alle condizioni in cui era giunta in clinica la paziente, hanno sostenuto trattarsi di un intervento del tutto privo di finalità diagnostiche ed anche palliative, tanto più che non risultava quanto liquido fosse poi stato prelevato e donna, come detto, non aveva dispnea a riposo.

Il rischio anestesilogico era stato valutato in misura elevata, ASA III/IV.

Pansera ha tentato di chiamarsi fuori, sottolineando il suo ruolo di terzo operatore e di nuovo, senza prendere posizione decisa in merito all' alternativa di approccio meno invasivo, nell' appello rimarca l' inesistenza di peggioramento, dal che secondo la sua tesi conseguirebbero il difetto di prova dell' esito infausto (che non è stato affatto contestato) e pertanto la legittimità dell' intervento.

Come correttamente rilevato dalla Corte, tutti i componenti dell' équipe sono titolari della posizione di garanzia e certamente anche Pansera doveva ben sapere che la donna non aveva dispnea; che non era stata verificata neppure l' attitudine alla recidivanza del versamento, né vi era stato alcun consulto con l' oncologo.

Presicci ha sostenuto la necessità di verificare in VATS diagnostica se il nodulo al polmone fosse una neoplasia primaria e o secondaria e ha sottolineato lo scopo palliativo della VATS per via del versamento. Sostiene questo chirurgo che, se la donna aveva manifestato solo tosse al ricovero, la tosse è comunque il primo sintomo della dispnea.

Brega si è pronunciato per la validità palliativa dell' intervento. Proprio questo imputato, nelle pagine iniziali del proprio appello, prende questo caso ad esempio della modalità estremamente superficiali, a suo dire, delle volontà della Corte di superare le osservazioni della difesa riportandosi meramente al parere dei consulenti del PM.

Poi, addentrandosi (pag. 251) nel caso specifico, egli rivendica la finalità diagnostica della VATS che, avendo individuata una localizzazione pleurica e polmonare di carcinoma con caratteristiche di primitività polmonare, avrebbe permesso alla paziente di giovare di una corretta terapia.

Si osserva anzitutto che anche in questo caso il modulo di consenso informato fatto firmare alla paziente, a parte la questione del talcaggio in prevenzione (posto che in assenza di recidiva non si comprende perché non ricorrere a pratiche meno invasive e dolorose del talcaggio), non prevedeva né la wedge né l'asportazione del nodulo.

Rimangono valide per la Corte le osservazioni circa l'estrema gravità e diffusione del morbo nell'encefalo che avrebbero condotto la paziente alla morte e quindi sull'inutilità della conclamata necessità di diagnosi della VATS sostenuta da Presicci nell'appello, il quale, al fine di sottolineare anche l'utilità del talcaggio, parla della necessità di prevenire un imponente versamento pleurico (per il quale - a parte le considerazioni sulla valutazione dell'"imponenza" - non c'era stata alcuna verifica di recidiva, dato che, entrata in clinica il giorno 11 e deciso il 13 l'intervento, il 14 la donna era già sotto i ferri).

Il caso Vedovi, cinquantasettenne, è stato contestato ai tre chirurghi al capo 12).

Ricoverato il 15 aprile del 2007, Vedovi denunciava un versamento pleurico bilaterale, ragion per cui il giorno successivo era già in chirurgia toracica, dove Brega dava indicazione di doppio intervento chirurgico in VATS per diagnosi e palliazione.

I due interventi erano eseguiti il 18 aprile ed il 27 aprile.

Le modalità dei due interventi, accompagnati entrambi da cruentazioni, sono riportate nella sentenza di primo grado alle pagg. 290 e ss. e basterà qui ricordare che i consulenti del PM le avevano definite del tutto incongrue rispetto alla dichiarata finalità diagnostica, mentre la resezione del lobo polmonare non era contemplata nel consenso informato.

Inoltre, secondo le linee guida dell'associazione italiana di oncologia medica sarebbe bastato fare una ago biopsia (tru cut) delle lesioni addominali, visto che la lesione alla milza era facilmente raggiungibile. In ogni caso la palliazione, vista la causa tumorale della patologia, doveva essere preceduta semmai da un drenaggio per togliere l'oppressione, mentre il sospetto di linfoma doveva condurre ad una chemioterapia o alla somministrazione di cortisone.

Si trattava di una patologia tumorale (linfoma) comunque molto avanzata.

Il secondo intervento, consistente in una minitoracotomia con asportazione di linfonodi e resezione di una parte di tumore sul polmone, era privo di ragione e non aveva significato neppure a livello palliativo, dato che non c'era dispnea.

Vedovi era uscito estremamente provato dal secondo intervento, tanto che non era più nemmeno in grado di nutrirsi autonomamente e la Corte, valutata la situazione che Sartori aveva giudicato di una gravità inaudita, avanzava anche considerazioni sulla possibilità che le manovre effettuate negli interventi avessero anticipato il termine della vita di Vedovi, dirottato infine verso altro ospedale dove, come detto, sarebbe morto il giorno 8 agosto.

Nel proprio appello Brega contesta che si sarebbe potuto procedere in modo meno invasivo e dichiara che la VATS era necessaria perché è la sola tecnica che consente il talcaggio e sottolinea che le biopsie e la wedge della lingua avevano permesso di individuare delle cellule tumorali.

A ciò va aggiunto che Presicci, nel suo atto di impugnazione, fa riferimento alla necessità di drenare anche gli imponenti versamenti pleurici e di prevenire con il talcaggio al loro restaurazione.

Nulla dice Pansera nel rigo e mezzo in cui si duole che non siano state considerate le conclusioni dei consulenti della difesa.

Di nuovo deve sottolinearsi, e nessuno degli imputati lo contesta, che nel consenso informato, tanto per il primo quanto per il secondo intervento, non

risultano le resezioni atipiche che quindi debbono essere considerate non autorizzate, con le conseguenze che si sono già espresse.

Il primo intervento non appare avere giustificazione diagnostica o palliativa. Nel primo caso, non risulta contestata da nessuno degli imputati in modo significativo l' affermazione fatta in sentenza, secondo cui per l' associazione di oncologia italiana per la diagnosi sarebbe bastata una agobiopsia delle lesioni addominali alla milza o in mediastinoscopia.

Se poi il linfoma derivava da un tumore, occorre fare un drenaggio per sollevare la respirazione del paziente, ma poi occorre, come anticipato, procedere con la chemioterapia, anche se con poche speranze dato che si trattava di un tumore avanzato per l' interessamento esteso al mediastino ed all' addome.

Non è parimenti comprensibile la finalità del secondo intervento dal quale il Vedovi usciva oltremodo malconcio, come si è detto.

Il reato è prescritto, ma, per quanto detto, deve essere affermata civile responsabilità degli imputati.

I tre chirurghi sono stati chiamati a rispondere anche del caso della paziente Vecchiotti (capo 13). Qui una toracotomia con resezioni e biopsie era stata effettuata nei confronti di una paziente ottantreenne per la quale non esisteva, secondo l' accusa, patologia chirurgica, atteso che aveva subito un infarto polmonare.

A parte incompletezze ed inesattezze dei moduli consenso di cui a pag. 306 della sentenza impugnata, moduli tutti firmati dalla donna affetta da morbo di Alzheimer in fase avanzata che quindi non poteva comprendere ciò che le veniva prospettato (peraltro non tutti gli interventi risultavano indicati, come ad esempio la biopsia mediastinica mentre il modulo di consenso all' anestesia era rimasto in bianco), va sottolineato che la giustificazione dell' intervento era del tutto dubbia, atteso che un prima RX aveva registrato un' opacizzazione probabilmente benigna.

Vi erano state poi una TAC di cui non c'era referto, una RSM che aveva rinvenuto una formazione espansiva a prevalente contenuto fluido, di non univoca interpretazione. Un' ultima TAC aveva confermato la presenza della neoformazione, associata a due immagini strionodularilulari parenchimali apicali bilaterali di sospetta natura eteroformativa.

L' intervento era stato aspramente stigmatizzato dai consulenti del PM, in particolare dal Sartori, il quale lo aveva criticato in relazione all' età ed alla inesistente capacità di capire della donna, vittima del morbo di Alzheimer.

In ogni caso, Squicciarini aveva evidenziato come proprio l' incertezza della situazione diagnostica avrebbe dovuto spingere i chirurghi a limitare la loro aggressività con interventi meno invasivi, in particolare un biopsia, facile da fare sulla pleura costale, affetta da una lesione periferica .

Presicci aveva insistito sul fatto che la presenza di noduli bilaterali poteva indicare una patologia o infiammatoria o infettiva o tumorale, ma in buona sostanza non aveva spiegato le ragioni della negligenza di qualsiasi intervento più limitato e soprattutto l' urgenza di intervenire sulla paziente con una toracotomia contornata da cruentazioni varie, in assenza di una situazione di urgenza (intervento a 48 ore dal ricovero).

Brega aveva ammesso che, se avesse saputo ex ante trattarsi di un infarto polmonare, non avrebbe operato, ma insisteva come questa patologia mimasse le metastasi.

Negava di avere saputo che la donna soffrisse di morbo di Alzheimer in stato avanzato e contestava che ciò potesse essere comprensibile dal farmaco (Aricept) somministratogli .

La Corte di primo grado aveva giustamente rilevato che la buona situazione respiratoria della donna non imponeva alcuna urgenza e avrebbe consentito di fare tutti gli esami necessari per applicare poi, se del caso, la tecnica meno invasiva.

Con l' appello di Brega si sostiene che, in realtà, gli esami fatti prima dell' intervento non erano contraddittori (ma lo ammettono anche i consulenti delle difese), ma la TAC aveva rivelato qualcosa in più, le immagini strionodluari che erano state la ragione dell' intervento.

La giustificazione della necessità dell' intervento con quanto emerso dalla TAC, con quell' urgenza, con quell' invasività, con le cruentazioni effettuate, consiste in una mera asserzione, priva di qualsiasi valenza idonea ad inficiare quanto osservato dai consulenti del PM anche circa l' abbandono delle linee guida in materia in ragione di una programmata ed ingiustificata aggressività terapeutica.

Pansera insiste sulla necessità dell' intervento effettuato per arrivare alla diagnosi (guarda caso del tutto estranea al peggio immaginato dai chirurghi),

Nulla dice sulla raccolta sul consenso e sulle sue manchevolezze e nulla sugli step o sulla scelta di tecniche meno invasive.

Molto più articolato l' appello sul punto di Presicci, il quale contesta anzitutto lo stato di avanzamento della patologia di Alzheimer nella degente, come risultava dalla cartella clinica e dal dosaggio del farmaco somministrato, e poi sostiene, in disaccordo con Squicciarini, che la toracotomia in questo caso, in presenza cioè di noduli solitari, rappresenta in tutto il mondo lo stato dell' arte del trattamento.

In buona sostanza, nel ritenere non adeguate altre metodologie di indagini, Presicci sembra sostenere che anche quando, come nella specie, non vi sia urgenza e sussista la possibilità di giungere ad una diagnosi con metodi meno invasivi (restringendo quindi con le ripetizioni i margini dei falsi negativi, che non sono poi in numero così preoccupante come gli imputati vanno esponendo, soprattutto con una PET), è sempre meglio operare in VATS o effettuare una toracotomia.

Ora non sembra superata la ragionevole osservazione del primo giudice circa la necessità di un affinamento della diagnosi proprio sulla base del rapporto fra i vari esami, cosa che poteva essere fatta in assoluta tranquillità.

E dunque, se è vero che alla diagnosi di infarto polmonare si era giunti solo dopo l' intervento chirurgico e che prima i chirurghi ne erano all' oscuro, è ragionevole ritenere che ciò sia avvenuto proprio perché non erano stati fatti tutti gli accertamenti necessari. Niente dice Presicci invece del consenso all' anestesia fatto firmare in bianco e sull' assenza di informazione per la biopsia mediastinica, a conferma della estrema sciatteria nella raccolta dei consensi, specchio fedele della scarsa importanza attribuita al volere del paziente e alla sua stessa persona.

Trattasi di reato ormai prescritto, mentre non può essere messa in discussione la responsabilità civile dei chirurghi per l' illiceità del loro operare.

Per il caso Teruzzi (capo 14), la contestazione riguarda solo Presicci e Pansera. Si tratta di una donna di 79 anni ricoverata per grave crisi asmatica e sottoposta a VATS sinistra con biopsie, wedge resection, talcaggio.

La Teruzzi morirà un mese dopo l' intervento e ad una settimana dalla dimissione.

Anche in questo caso (vedi pag. 317) i consulenti del PM sostenevano che la diagnosi poteva essere effettuata in maniera di gran lunga meno invasiva, perché secondo Sartori " *le masse evidenti nella broncoscopia iniziale che riducono la trachea sono tipiche del tumore a piccole cellule e dunque bastava una biopsia trans bronchiale nel corso della broncoscopia perché la massa intorno alla trachea rendeva impossibile non trovare materiale significativo*".

Dopo aver Sartori indicato altri rimedi possibili, Squicciarini aveva sostenuto che, essendo stata la paziente svezzata dalla terapia anticoagulante, l' agobiopsia delle lesioni mostrate dalla TAC non poteva essere a rischio di emorragia.

Inutile sotto il profilo diagnostico, l' intervento lo era per i consulenti anche dal punto di vista palliativo, perché il tumore a piccole cellule andava trattato con chemioterapia, anche se ormai c'erano anche metastasi a distanza.

Il talcaggio aveva contribuito a rendere ancora più critica la situazione e il decorso postoperatorio della paziente era stato a dir poco drammatico (vedi pag. 318), perché la Teruzzi aveva dovuto subire trasfusione di emazie in conseguenza dell' intervento.

Era stato necessario procedere alla ricanalizzazione bronchiale indicata da Pansera nella lettera di dimissioni, ma questa era stata effettuata a Brescia perché in Santa Rita non vi erano endoscopisti capaci. Vale la pena di sottolineare che la donna era giunta a Brescia addirittura in ASA V, praticamente moribonda.

L' appello di Pansera nel caso di specie ribadisce che non c'è prova di alcun evento connesso alla volontà della condotta, eccezione ardua da comprendere alla luce di quanto già esposto in termini generali.

Presicci non ha preso atto nell' appello del fatto che la Teruzzi fosse stata svezzata dalla terapia anticoagulante con possibilità quindi di essere sottoposta ad agobiopsia; giustifica le biopsie per giungere ad una diagnosi e sostiene che gli esami cui la donna era stata sottoposta avevano permesso ai chirurghi di ritenere che la VATS, in questo caso, avrebbe fornito una risposta al sospetto diagnostico molto meglio che con gli esami indicati dai consulenti del P.M.

Si tratta in parte di aggiustamenti rispetto a quanto sostenuto nelle udienze di primo grado (vedi pag. 319-320).

Non resta superata l' obiezione che, attesa la diffusione dei linfonodi sospetti, l' agobiopsia sarebbe bastata visto il citato svezzamento dall' anticoagulante.

Nell' appello Presicci nulla dice sul talcaggio addirittura fatto in prevenzione, dato che la donna non aveva avuto ancora versamento pleurico, comunque inappropriato in caso di carcinoma a piccole cellule (e a questo punto la patologia si sapeva per via dell' esame al congelatore).

Non risulta contestata la prassi, verificatasi anche nel caso di specie, di procedere a wedge resection a scopo diagnostico prima di avere gli esami al congelatore, che servono proprio ad orientare la diagnosi.

Talcaggio e wedge resection erano state attività tanto più gravi se si considera che la broncoscopia intraoperatoria aveva indicato la presenza di una stenosi del tratto bronchiale, che aveva poi imposto l' inserimento di una protesi in una situazione estrema.

Non appare neppure contrastata la fuorviante informazione della malattia, unicamente indicata come polmonare in occasione della raccolta del consenso (oltre ad altre incurie, vedi pag. 323 della sentenza impugnata).

Caso prescritto, responsabilità civile per l' illecito incontestabile.

Quanto alla signora Muraroli, settantanovenne, caso contestato al capo 18 a tutti e tre i chirurghi, va letto con profondo sconcerto quanto a dibattimento ha riferito la figlia e che qui merita di essere integralmente riportato: " *SANDRA SIPIONI, figlia di Silvia MURAROLI, è stata sentita all'udienza del 23.9.13 e si è ritenuto utile riportare una breve sintesi di tutto quanto la stessa ha riferito sia per dar conto dei vari argomenti trattati, sia per rendere evidente la spontaneità del suo racconto (qualità che, insieme alla precisione, al dettaglio, alla non persecutorietà ed alla coerenza logica della sua narrazione, ha concorso al giudizio di piena attendibilità della teste formulato in proposito dalla Corte). La teste Sipioni ha dunque riferito di aver portato la madre al PS nel dicembre '06, perché qualche giorno prima al telefono le era parsa non riuscire a parlare bene. Al PS avevano accertato che aveva avuto una piccola ischemia cerebrale per cui non muoveva bene la bocca, era stata poi ricoverata nel periodo di Natale in cardiologia per controlli. Dalla TAC toracica dell'epoca era emerso che la madre, che aveva una bronchite cronica, aveva delle placche a livello polmonare per cui avevano suggerito un controllo dopo 6 o 8 mesi.*

Nel settembre '07 era stata ricoverata perché avendo fatto il controllo previsto dopo 6-8 mesi presso Brega, quest'ultimo aveva suggerito che per fare tutti i vari controlli necessari, era opportuno che la madre fosse ricoverata, anche per sua

comodità. Era stata fatta una PET che le avevano detto discordava dalla TAC ("il referto della PET ora non saprei più dove trovarlo, ne avevo visto l'esito dopo ed al contrario, mi pare, ma sono in confusione, che non c'erano discordanze con la TAC").

Avevano capito (anche suo fratello e sua cognata) che la madre doveva fare solo degli esami diagnostici.

Il 5 settembre era andata a trovarla in reparto e pensava di trovarla in camera perché al mattino doveva fare un esame semplice per cui le era stato detto non essere necessaria la sua presenza.

Aveva però appreso a quel punto che la madre era nel reparto di rianimazione e se ne era molto stupita. La madre era intubata, ma era vigile ed appariva sconcertata di essere in quel reparto. Era terrorizzata. Le infermiere le avevano riferito che la madre aveva avuto un piccolo problema cardiaco durante l'operazione. Si era stupita che le parlassero di una operazione perché sarebbe stata senz'altro presente in ospedale se avesse saputo che la madre sarebbe stata operata.

Per questo era andata da Brega, ma lo stesso si era giustificato dicendo che era solo un esame e che era stato concordato, aggiungendo che prevedeva che la madre fosse estubata il giorno successivo e tutto sarebbe andato bene.

Il giorno dopo la madre era tornata nella sua stanza e sembrava che si stesse riprendendo, non riusciva però a parlare- afonia importante- Brega aveva spiegato che era la conseguenza dell'intubazione.

Dopo qualche giorno la madre era tornata a casa, ma ancora non riusciva a parlare. Brega le aveva suggerito di fare una logopedia che la madre aveva fatto. A seguito di questo problema aveva avuto dei problemi psicologici, perché l'afonia le pregiudicava i rapporti personali (per esempio era impossibile telefonarsi) e quindi le impediva quella che era la sua attività principale in quell'epoca. Per due o tre mesi aveva fatto la logopedia al Santa Rita, più degli esercizi a casa (che erano complicati per lei perché era anziana).

All'inizio non riusciva nemmeno a masticare come prima, il cibo le andava di traverso, così oltre al problema fisico si erano aggiunti problemi di insicurezza.

La madre era morta il 16.4.10 per un'emorragia cerebrale.

La teste concludeva riferendo di non affermare con certezza che la madre fosse "peggiolata" a causa di "questo intervento o per la sua età, o per l'intervento nel '09 del Parkinson". Comunque non è più tornata a parlare come prima, a deglutire sì.

Riconosceva quindi che sul consenso informato risultava la firma della madre precedente di due giorni l'intervento, ma commentava: "Mi rendo conto che l'ignoranza non paga", ma mia madre aveva la terza elementare, aveva lavorato dapprima in fabbrica, poi faceva le pulizie e non credo che avesse compreso quello

che aveva letto. Io andavo tutti i giorni a trovarla e non mi ha mai accennato che avrebbe dovuto essere operata, la mamma si confidava con me".

Salva la rilevanza di quanto esposto, il valore da attribuire ad un consenso che si vuole provare soprattutto con il fatto di avere la paziente accondisceso al ricovero, è nullo. Sartori e Squicciarini avevano negato con risolutezza qualsiasi utilità diagnostica della VATS con wedge resection, linfoedenectomia mediastinica paratracheale destra, minitoracotomia in paziente con varie comorbidità, placca pleurica calcificata e linfonodi mediastinici, che però apparivano invariati nel tempo.

E proprio il fatto che da almeno dieci mesi fosse invariata l'adenopatia mediastinica chiudeva per Sartori il problema, irrilevanti essendo le placche pleuriche. Anche Squicciarini giudicava assurda la scelta chirurgica, indicando tutta una serie di esami che, comparati senza particolare fretta, avrebbero permesso di giungere egualmente alla necessaria diagnosi.

L'appello di Pansera, per quel che se ne può comprendere, va a parare sulla irrilevanza economica per i DRG delle manovre effettuate.

Egli in questa operazione aveva svolto il ruolo di primo chirurgo, ma in dibattimento si è difeso sostenendo di avere eseguito quello che i chirurghi più esperti, essendo lui inesperto, gli avevano detto di fare.

Brega riferisce che il ricovero della Muraroli era stato disposto dal medico curante della donna per VATS diagnostica sinistra/eventuale minitoracotomia e dunque era ben dubbio che la paziente potesse non sapere della VATS o dell'anestesia generale (tuttavia il consenso non era stato raccolto correttamente, perché la malattia era indicata come unicamente polmonare, cosa smentita dal referto TAC, il talcaggio era dato per eventuale anche se era la giustificazione del ricorso alla VATS e non c'era la indicazione di wedge resection).

Soprattutto Brega Massone evidenzia come in dei suoi scritti Sartori avesse affermato che la PET positiva, nel caso di linfonodi mediastinici, deve sempre essere confermata da esame istologico e ribadisce che la tecnica utilizzata era sostanzialmente equivalente a quelle ritenute meno invasive e che dunque lo stesso Sartori aveva sostenuto che, per aggredire i linfonodi precarenali della finestra aortopolmonare, si fa la VATS.

In realtà, Sartori aveva sostenuto anzitutto che la mancata variazione di volume dell'adenopatia mediastinica escludeva sospetti oncologici. Aveva

anche sostenuto che la PET positiva deve essere accompagnata da altri esami come la TAC, che nel caso di specie era tranquillizzante.

I linfonodi precarenali, come aveva anche ammesso il consulente di parte, prof. Martelli, potevano essere aggrediti anche diversamente (vedi pag. 334) e certo il chirurgo può, in scienza e coscienza, scegliere la tecnica più appropriata, a sostanziale parità di incidenza dell' approccio sulla salute del paziente. Tuttavia occorre che lo informi delle alternative.

Qui queste alternative non erano state affatto illustrate.

Presicci utilizza essenzialmente l' intervallo temporale fra le due TAC per dimostrare che, quando non fosse stato il caso, il criterio dell' attesa era sempre stato rispettato in Santa Rita, ma in buona sostanza i chirurghi non contestano la recisa affermazione di Sartori sul fatto che, in questo caso specifico, anche una PET che avesse indicato un elevato sospetto di adenopatia metabolicamente attiva avrebbe dovuto cedere dinanzi alla mancata variazione dei linfonodi.

Appare inoltre travisato il pensiero del consulente del PM, laddove si sostiene che egli avrebbe approvato la VATS per aggredire i linfonodi precarenali della finestra aortopolmonare. Il dato è giusto, ma ci si dimentica di aggiungere che il consulente aveva affermato che, per procedere ad una diagnosi, sarebbe bastato esaminare quei noduli precarenali raggiungibili con la mediastinoscopia.

Anche questo caso risulta prescritto, ma resta ferma la responsabilità civile dei chirurghi.

Quanto al caso di Saltos Arauz Lefia Maria, cinquantenne, di cui al capo 33), a Brega e Pansera è stato in buona sostanza contestata la pratica di un intervento in minitoracotomia con wedge resection al lobo inferiore e medio. La paziente, che morirà sei mesi dopo, viene richiesta di consenso per VATS eventuale minitoracotomia dx con wedge resection diagnostiche.

Va detto che al ricovero le TAC evidenziavano già multiple metastasi cerebrali e quelli che lo stesso Presicci, chiamato a consulto, aveva classificato come secondarismi epatici, pur consigliando una biopsia chirurgica polmonare a cielo aperto, qualora non fosse stata possibile una diagnosi istologica mediante broncoscopia.

I consulenti del PM avevano sostenuto che, qualora la broncoscopia non avesse ottenuto l' effetto, allora alla diagnosi si sarebbe dovuti pervenire tramite biopsia transbronchiale.

In ogni caso, la massa da analizzare era talmente grande, sui 5 cm, che si poteva agire con una agobiopsia sotto guida TAC senza pericolo nel caso in cui fosse adesa.

I consulenti del PM giungevano anche a rilevare come in questo caso non fosse forse neppure necessaria la chirurgia (pag. 338-339).

Ma, in via più generale, i consulenti del PM si interrogavano sull' utilità concreta di un intervento a scopo diagnostico per pervenire cioè ad una diagnosi "sicura", visto che le metastasi cerebrali multiple erano preclusive di qualsivoglia terapia, come dimostravano i marker tumorali altissimi.

Anche in questo caso la raccolta del consenso non forniva alcuna indicazione di approcci alternativi alla VATS, soprattutto considerando che quest' ultima aveva comportato drenaggi toracici per otto giorni dopo l' intervento, mentre un agobiopsia avrebbe consentito un referto istologico in molto meno tempo, senza contare le ulteriori differenziazioni fra i due interventi quanto a sedazione, intubazione e ricovero.

Nell' atto di appello Brega non affronta direttamente il caso in questione, ma vi torna quando svolge argomentazioni su questioni diverse, come quelle delle corrette indicazioni in cartella clinica, dove questo caso è accomunato a quello della Muraroli e di Schiavo.

Presicci nel dibattimento si era difeso sostenendo che "era necessario verificare bene per impostare la terapia"; aveva negato che si potesse procedere con biopsie anche alla massa più grande, perché adesa alla vena anonima e rivendicava la completezza dell' indagine in VATS rispetto all' agobiopsia. Sono gli argomenti ripresi anche nell' appello, ma allorché il chirurgo deve misurarsi con l' affermazione dei consulenti, i quali hanno affermato la inutilità dell' intervento e della wedge in una persona già condannata per l' evidente insorgenza di multiple metastasi cerebrali e secondarismi epatici (da lui stesso evidenziati a suo tempo), in altre parole allorché si deve difendere da una contestazione di inutile accanimento terapeutico su una paziente condannata (che, come detto morirà dopo sei mesi), si riporta al fatto che al ricovero la donna mostrava cefalea.

In pratica, gli imputati hanno sostenuto di avere fatto un intervento che aveva permesso di arrivare ad una diagnosi in modo veloce e sicuro e hanno evidenziato come l' intervento fosse pienamente riuscito.

Ma, come ha osservato il primo giudice, se *"è vero che la paziente è stata dimessa dopo 11 giorni dall'intervento e che il decorso postoperatorio era*

stato normale, ... i drenaggi toracici le erano stati tolti solo in 8 giornate, solo 3 giorni prima e doveva recuperare anche rispetto ai farmaci anestesiológicos. Il dott. Squicciarini affermava che invece con un'agobiopsia si poteva ottenere il referto dell'esame istologico in 5 o 6 giorni ed iniziare subito il trattamento (p209-10 ud. 5.6).

"Pertanto vista la concreta possibilità di procedere ad acquisire la diagnosi in modo meno invasivo (senza anestesia totale, senza acquattamento del polmone, senza gli aumentati rischi e stress dell'atto chirurgico) solo una diversa determinazione della paziente, debitamente informata sulle diverse opzioni, legittimava il ricorso alla metodologia più invasiva. La prova del consenso informato del paziente le altre alternative possibili non è stata fornita. Al contrario... l'esame del comportamento degli imputati ha fatto emergere che mai le alternative meno invasive venivano prospettate ai pazienti il cui consenso veniva raccolto in tutta fretta senza le dovute spiegazioni. Ed il fatto che anche questo intervento fosse stato qualificato come finalizzato ad una wedge resection (che si è rivelata in concreto inutile dal punto di vista diagnostico e che certamente non poteva avere neanche in astratto alcuna utilità curativa, vista la diffusione metastatica anche a livello encefalico) rende palese che lo scopo perseguito dagli imputati era solo quello di procedere ad un intervento che permetteva di esporre il più alto DRG".

Come in tutti i casi in cui non è stato contestato il pericolo di vita, anche questo reato risulta estinto per intervenuta prescrizione ferma restando la responsabilità civile dei chirurghi.

Del caso Bossi, capo 28), contestato a tutti e tre i chirurghi, si può ricordare che, con molta durezza, il primo giudice ha sottolineato come per entrambi gli interventi il consenso della paziente fosse stato "carpito" (pagg. 364 e ss).

Non è opportuno qui ripercorrere la dettagliata disamina degli eventi che hanno condotto il primo giudice a questa affermazione, ma, riprendendo tuttavia il caso clinico, va ricordato che la Bossi, sessantatreenne che morirà il 20 dicembre 2006 a 20 giorni dal secondo intervento, era stata sottoposta a due interventi di VATS con biopsie, wedge resection e talcaggio, con un primo intervento ad opera di Brega e Pansera e con un secondo di Brega e Presicci, a distanza di meno di due settimane l'uno dall'altro.

Sottoposta a TAC toracica ed addominale all'atto del ricovero in provenienza dall'ospedale San Giuseppe, la paziente lasciava emergere un quadro di consistente patologia tumorale.

Il nucleo della contestazione dell'accusa sta nell'osservare che la paziente era affetta da un tumore polmonare molto avanzato con versamento pleurico bilaterale e che, per la diagnosi, era sufficiente semplicemente attendere i risultati dell'esame citologico che era già pervenuto il 23 novembre a seguito del primo intervento, che tuttavia aveva comportato resezioni sui lobi medio e inferiore, non giustificate perché nulla al proposito aveva evidenziato la TAC.

Sartori aveva escluso anche che gli interventi effettuati potessero avere un'utilità curativa o palliativa, arrivando a sostenere che, dato il quadro clinico della patologia estremamente grave ed avanzata, si trattava di una paziente non chirurgicamente resecabile e quindi non di competenza chirurgica, dovendo essere trattata solo con chemioterapia o radioterapia. Soprattutto il consulente stigmatizzava la seconda VATS con biopsia della lingula assolutamente inutile sotto ogni profilo, a parte l'esiguità del liquido drenato.

Ciò in particolare perché la donna era risultata affetta da un microcitoma, che è un tumore per definizione non di competenza chirurgica e che, scoperto in quella fase, rendeva inesorabile l'esito letale.

Va detto che comunque la Corte di primo grado proprio per la gravità della patologia non aveva in alcun modo collegato la morte della Bossi, giunta dalla clinica San Giuseppe già intubata, avvenuta dopo il secondo intervento.

In ogni caso era inutile il talcaggio, dal momento che la patologia avrebbe condotto di certo alla riformazione del liquido.

Nel suo atto di appello, Brega, rinviando a quanto scritto a proposito del caso Scocchetti, si concentra sul talcaggio bilaterale ribadendo dapprima come esso sia il *gold standard* nel trattamento dei versamenti pleurici recidivanti e, con specifico riguardo proprio al caso della paziente in esame, sottolinea la finalità palliativa di entrambi e contesta che la bilateralità (qui non contestuale) possa avere avuto la finalità di aumentare i DRG.

Nell'appello di Brega non si rinvencono risposte alla affermazione dell'inutilità degli interventi, anche solo per finalità palliativa in un soggetto che non poteva essere ormai trattato che farmacologicamente, e di un talcaggio che, sulla base di quanto è emerso, per queste patologie è comunque non

risolutivo dato il carattere recidivante del versamento, se non si aggredisce, ammesso che sia possibile e nel caso di specie fosse possibile, aggredire la forma tumorale diffusa in atto.

Neanche nell' appello di Presicci, che si diffonde sulla inapplicabilità di altre metodiche sofisticate come la biopsia transbronchiale e le mediastinoscopia, si scorgono contestazioni efficaci rispetto a quella che rimane l' obiezione di fondo sull' opportunità di questi interventi sia dal punto di vista diagnostico (vedi mancata attesa del risultato dell' esame citologico) che palliativo, per l' inutilità di un talcaggio in presenza di una patologia causa di versamenti recidivanti.

Trattasi di reato prescritto, per il quale restano ferme le responsabilità civili derivanti dalla illiceità degli interventi.

Passando al caso Colonna (capo 31), si ricorda che esso è contestato a Brega Massone e Presicci con la circostanza aggravante del pericolo di vita conseguente alle lesioni volontarie cagionate.

Si tratta di un reato contestato come commesso alla data il 24 maggio 2006, quindi di un delitto per il quale non opera ai fini prescrizionali il riconoscimento di equivalenza delle circostanze attenuanti generiche, con la conseguenza che si tratta di reato tuttora perseguibile nei confronti non solo di Brega, ma anche di Presicci.

Colonna era arrivato in santa Rita all' età di 73 anni, ricoverato per grave scompenso cardiocircolatorio, BPCO con dispnea mattutina e dolore anteroposteriore toracico.

L' elettrocardiogramma aveva dimostrato l' esistenza di problemi cardiaci e la RX aveva attestato un minimo versamento.

Ricoverato il Colonna il giorno 8 maggio, è Presicci ad individuare una neoplasia polmonare, cui era seguito il ricovero in chirurgia toracica ed il 24 maggio il paziente era operato in toracotomia laterale minima, con duplice resezione del lobo superiore ed asportazione di un linfonodo sottoaortico e talcaggio.

L' esame istologico dimostrerà l' esistenza di un carcinoma squamoso.

Dopo l' intervento Colonna necessiterà di supporto ventilatorio ed avrà due episodi di tachicardia che si risolvono; poi la situazione si evolverà in negativo (vedi pag. 370) e il 2 luglio il paziente morirà.

La Corte di primo grado ha evidenziato come nella scheda di consenso informato non sia indicata alcuna delle possibili complicanze cui il Colonna sarebbe andato incontro.

Atteso che i chirurghi avevano sostenuto sempre lo scopo diagnostico, i consulenti del PM hanno rilevato che tale diagnosi, vista l'entità della massa, poteva essere fatta in maniera molto meno invasiva con una biopsia sotto visione TAC o con tutta una serie di metodologie meno aggressivamente crescenti (descritte a pag. 371).

In sostanza, in un paziente con quella patologia, con l'infezione di escherichia coli e con la compressione sulla trachea e sui bronchi, sarebbe stato meglio cercare di capire le cause del versamento, senza considerare che il talcaggio va fatto solo in caso di recidiva e sempre se connesso a particolari patologie.

Secondo i consulenti, che pure non hanno ricondotto la morte del Colonna ad un rapporto causale diretto con l'intervento, un soggetto, con una prognosi tumorale infausta *ab initio*, cardiopatia scompensata e BPCO severa, avrebbe avuto solo un peggioramento per l'intervento che avrebbe minato la sua dinamica respiratoria.

Inoltre, a meno che non si tratti di interventi salvavita, appare ragionevole concordare con chi ha ritenuto che la buona pratica medica sconsigli un intervento in soggetto portatore di infezioni.

Presicci ha affermato che vi sarebbe stata urgenza di ottenere una diagnosi istologica, onde impostare una terapia di carattere oncologico e che esistevano controindicazioni rispetto ad interventi di tipo diverso, proprio per la zona dove si sarebbe dovuti intervenire.

Leggermente diversa la posizione di Brega, il quale ha parlato di intervento prima di tutto palliativo e solo successivamente diagnostico, obiettando che, trattandosi di un tumore necrotico, l'agobiopsia sarebbe stata difficile da realizzare. L'intervento era peraltro avvenuto quando il paziente era in compenso.

La Corte invece ha ritenuto inutile l'intervento ed ha anche sostenuto - rispondendo a Brega in particolare sul punto - che, se anche si fosse dovuto attendere un tempo maggiore con la agobiopsia o con la mediastinoscopia per avere una diagnosi, ciò non avrebbe spostato di una virgola il problema, dato che comunque il paziente era poi morto in un tempo così rapido da non

esserci stato il tempo di impostare una qualsiasi terapia, mentre era certo che l'intervento aveva messo il Colonna in pericolo di vita.

Il talcaggio, come prevedibile, non era servito a nulla se la TAC del 30 maggio aveva mostrato un abbondante versamento bilaterale.

La sentenza impugnata si diffonde poi (pag. 382 e ss.) sull'assenza di consenso informato per il talcaggio, sull'omessa comunicazione del grado di rischio operatorio e delle possibili complicanze.

La figlia del Colonna, dipendente della stessa clinica Santa Rita, aveva affermato che, se avesse saputo che il padre sarebbe stato sottoposto ad intervento, non essendo d'accordo, lo avrebbe fatto trasferire in altro nosocomio e aveva detto che Presicci le aveva parlato solo di una biopsia polmonare per escludere che avesse un tumore.

Sulla stessa falsariga, il marito separato della figlia del Colonna, Porcheddu, di professione medico anestesista che in passato, come ricordato, aveva lavorato anche in santa Rita, aveva detto di aver saputo che il suocero avrebbe dovuto fare solo una biopsia, ma che poi Brega gli aveva spiegato che c'erano state delle problematiche intraoperatorie, non meglio chiarite.

Quanto alla sussistenza della circostanza aggravante di cui all'art. 583, 1 comma cod.pen., la Corte ha evidenziato che dopo l'intervento si era dovuto procedere a tracheostomia per il peggioramento della performance respiratoria; ciò, se non contrastato, lo avrebbe condotto subito a morte (ci furono anche due episodi allarmanti di tachicardia) e comunque lo stress operatorio e l'immunosoppressione avevano minato le capacità di difesa del paziente anche da una possibile aggressione virulenta dell'infezione dalla quale non era stato affatto guarito in precedenza e che lo aveva afflitto anche durante l'intervento stesso.

Si deve osservare che con l'appello Brega sostiene che proprio tramite l'intervento praticato era stato possibile pervenire ad una diagnosi in tempi brevi, avendo rivelato la presenza di un carcinoma squamoso e la necessità di pervenire ad una diagnosi era stata affermata anche dalla consulente del PM, Marengi.

Dopo avere ribadito che proprio la sussistenza di una patologia neoplastica rende necessario il talcaggio, che non si sarebbe potuto ottenere con altri interventi come la mediastinoscopia, Brega ha negato carenze nella raccolta del consenso informato e sembra sostenere che la figlia, proprio perché aveva lavorato sette anni in sala operatoria come infermiera in santa Rita

aveva piena dimestichezza con i termini medici che venivano utilizzati. Stesse considerazioni per Porcheddu, titolare di una doppia specializzazione.

Presicci dopo avere sottolineato in alcune pagine (299-301) che non vi erano elementi per ricondurre in termini di certezza il decesso all' intervento praticato (ed infatti il decesso non è stato contestato come evento dipendente dall' operazione, perché non è stata accolta la tesi del difensore di parte civile che ha collegato l' exitus alla infezione non adeguatamente trattata, ndr), al fine di negare l' esistenza di un nesso casuale al riguardo, finisce per richiamare (pag. 300) quanto detto dai consulenti del PM a proposito del fatto che il paziente fosse in scadenti condizioni generali e con grave sindrome disventilatoria ostruttiva, portatore di una patologia di neoplasia polmonare avanzata con metastasi mediastiniche comprimenti trachea e bronchi, affetto da BCPO, cardiopatia congestizia scompensata nefropatico e con un processo infettivo in atto.

Questo chirurgo nega la realizzazione di biopsie e comunque ne sostiene l' utilità perché in ogni caso si sarebbero rivelate diagnostiche; sostiene anche che la cardiopatia non era stata segnalata, così come non sarebbero risultate in anamnesi patologie degne di nota a livello cardiaco, respiratorio e renale, né altro sulle terapie seguite a domicilio dal Colonna e riferisce che, in merito alla infezione, era stata approntata la terapia adeguata.

Il danno conseguente all' intervento sarebbe stato solo transitorio ed era stato seguito da un miglioramento delle condizioni generali, tanto che Colonna era stato dimesso dal reparto di terapia intensiva dopo la tracheotomia.

La Corte ritiene che una prima decisa controindicazione all' intervento derivi dalla sepsi in atto e che la circostanza che in anamnesi non fosse stata evidenziata una storia di scompenso non sia assolutamente rilevante, perché il paziente aveva la sindrome al ricovero in pronto soccorso, dove era stata puntualmente segnalata, così come era stata segnalata la BCPO che, ad avviso di questa Corte, rappresenta comunque una controindicazione al tipo di intervento praticato.

La "duplice resezione del lobo superiore ed asportazione di un linfonodo sottoartico e talcaggio" è quanto risulta in atti.

Peraltro la ricevuta di accettazione dei campioni prelevati durante l' intervento da parte dell' ospedale Macedonio Melloni (firmata dott. Colombi)

del 25 maggio 2006, evidenza: resezione di parenchima polmonare, NAS, di cm 2x1x0,4, pleura parietale sinistra lembo di tessuto giallastro di cm 3x1,5x0,5, resezione di parenchima polmonare, lobo superiore sinistro di cm 1,50x0,5x0,5, un linfonodo, NAS, di cm 1 asse maggiore, nodulo lobo polmonare superiore sinistro di cm 0,5 (vedi prod. di p.c. udienza 27 marzo 2013 faldone 27).

Non risulta efficacemente controbuttata l'osservazione di Sartori in merito al possibile alternativo ricorso (neppur evidenziato nelle schede di consenso informato) a una biopsia sotto visione diretta TAC, in broncoscopia, in tracheobroncoscopia, con biopsia transtracheale, in mediastinoscopia, con agobiopsia per i noduli polmonari.

Quanto al talcaggio, si deve ancora una volta ripetere che si tratta di una procedura che ha i suoi vantaggi in alcune patologie di versamento recidivante, ma non in tutte, e va sempre tenuto conto del rapporto costi-benefici, soprattutto in un paziente anziano, gravato da una patologia severa connotata da broncopatia cronica ostruttiva.

Quindi anche la finalità soprattutto palliativa denunciata da Brega appare non congrua nel caso di specie.

In buona sostanza, il giudice di primo grado aveva risposto in anticipo alle più rilevanti contestazioni mosse con l'appello circa il fatto che gli imputati non avessero potuto negare la possibilità di pervenire a diagnosi con interventi meno invasivi, che soprattutto avrebbero consentito di riprendere prima la chemioterapia, attesi i tempi valutabili in 40 giorni di ripresa dall'intervento praticato, e soprattutto la completa inutilità di procedere ad un talcaggio in via urgente per un versamento di assoluta modestia e soprattutto non recidivo, che non era il responsabile del valore FEV 1, indotto invece dalla BCPO.

Si può aggiungere che anche in questo caso vi è mancanza di collegialità nel decidere il tipo di intervento e non vi sono ragioni, anche se vi è costituzione di parte civile, di negare credibilità alla figlia o al genero del Colonna, assumendo, in contrasto, che, trattandosi di una dipendente della Santa Rita e di un medico con doppia specializzazione, costoro dovevano ben sapere (intuire?) a che tipo di intervento sarebbe stato sottoposto il paziente.

Vanno perciò confermate le statuizioni sul punto da parte del giudice di primo grado che seguono la conferma della responsabilità penale dei chirurghi.

Per quanto riguarda il caso del novantenne Viganò, morto in clinica un mese dopo a seguito dell' intervento contestato al capo 29), al solo Brega Massone, si osserva che si tratta di un delitto di lesioni già ritenuto prescritto in primo grado, rispetto al quale non si rinvencono nell' atto di appello motivi di impugnazione specifici.

E' infatti vero che, con l' impugnazione Brega Massone ha chiesto la riforma di tutti i reati contestatigli, ovvero da tutte le imputazioni ascrittegli, e dunque, astrattamente considerando egli avrebbe interesse alla miglior formula richiesta per tutti i delitti, quindi in questo di assoluzione perché il fatto non sussiste.

Tuttavia, come detto con riferimento a questa vicenda, anche se l' intenzione dei difensori fosse stata quella di impugnare, non risultano presentati specifici motivi a sostegno, ragion per cui il gravame sarebbe comunque inammissibile.

L' assenza di motivi di impugnazione sul punto esimerebbe questo giudice dall' esame del caso, ma si può rilevare che, in ogni caso, la soluzione adottata dal primo giudice sarebbe condivisibile, perché la evidente inutilità di un intervento di VATS dx con pleurectomia parziale, precise resection e talcaggio pleurico nei riguardi di un grande anziano, affetto da tumore polmonare ilare, adenopatie mediastiniche e metastasi epatiche, impedisce di pervenire ad una miglior formula di assoluzione o proscioglimento nei riguardi di Brega, diversa da quella di non doversi procedere per prescrizione.

Per completezza, va detto che comunque il primo giudice ha ravvisato nella condotta del chirurgo in questo intervento ancora una volta la piena prova di un agire condizionato non dall' interesse del paziente, ma da quello di conseguire redditività per la clinica e per sé stesso.

Considerazioni in parte analoghe vanno tratte per il caso Maccarelli di cui al capo 27), per il quale il primo giudice è pervenuto alla declaratoria di non doversi procedere nei confronti tanto di Brega Massone e Presicci per prescrizione, sebbene si tratti di caso di lesioni con pericolo di vita della paziente risalente al 13 maggio 2005 e perciò prescritto solo per Presicci in forza del già menzionato giudizio di equivalenza fra circostanze di opposto segno, trattandosi di delitto antecedente l' entrata in vigore della cd legge "Carotti".

Non risulta, alla lettura dell' appello di Brega Massone un' impugnazione specifica afferente al caso Maccarelli (caso escluso da quelli con pericolo di vita indagati dalla difesa Fornetti, De Vecchi, Colonna) , per il quale a suo tempo consulenti del PM e giudice di primo grado avevano evidenziato l' assoluta inutilità di un intervento, potendosi ammettere, in ragione delle gravi condizioni della degente, solo cure palliative di supporto.

Del caso parla invece (alle pagg. 167 e ss.) la difesa di Presicci, il quale a suo tempo aveva sostenuto che l' intervento avesse avuto scopo diagnostico e palliativo e ha confermato nell' appello che la doppia VATS, cui la donna era stata sottoposta, aveva eliminato il rischio di una recidiva precoce.

Presicci aveva poi aggiunto che le problematiche riscontrate dopo l' intervento (il delitto come detto era stato contestato con la circostanza aggravante del pericolo di vita) erano dovute all' evoluzione della malattia e non all' intervento stesso e, infine, che prelievi bioptici sono norma quando si esegue una VATS, come insegnerebbe la migliore letteratura internazionale.

In realtà, la Corte di primo grado aveva ritenuto troppo rischiosa la contestuale bilateralità del talcaggio anche per il fatto di essere un rimedio estremamente doloroso in sé per la necessità, in tal caso, di mantenere contemporaneamente due drenaggi per lato in una paziente che comunque era venuta a morte a morte dopo poco più di cinquanta giorni dall' intervento, a seguito di trasferimento in terapia intensiva e senza avere mai lasciato la clinica.

La Corte aveva anche sottolineato l' incidenza peggiorativa dell' intervento sulla Maccarelli per aver dovuto la paziente essere assistita nella ventilazione per oltre 20 giorni (la paziente morirà in clinica dopo due mesi dal ricovero) e la assurdità dell' attestazione in cartella di una "quadrantectomia diagnostica".

Trattandosi di reato dichiarato prescritto in primo grado, ci si può limitare qui ad osservare che, in forza delle affermazioni del giudice di primo grado rese sulla base di più consulenti, non sussistono ragioni per provvedere ex art. 129 c.p.p. alla rivalutazione del caso con miglior formula non solo per Brega ma neppure per Presicci, che insiste sulla risolutività della VATS, anche in caso di paziente per la quale era ormai in dubbio anche la cura chemioterapica.

Per il caso Colombi, di cui al capo 25 contestato a Brega e Presicci, occorre rilevare che la paziente aveva subito tre interventi.

Il secondo è stato ritenuto giustificato, mentre per il primo ed il terzo la Corte d'Assise ha dichiarato non doversi procedere per prescrizione nei confronti di entrambi i chirurghi.

Anche per questo caso non si rinvergono nell'impugnazione di Brega Massone contestazioni specifiche, per cui ci si deve riportare alle conclusioni espresse per i casi Viganò e Maccarelli.

Tuttavia, le conclusioni assunte in fatto dal primo giudice risultano contestate da Presicci.

Va allora ricordato che ai chirurghi era stato fatto carico di non avere effettuato, all'epoca del primo intervento di mastectomia destra attuata senza alcuna stadiazione, esami fondamentali per accertare la presenza di metastasi a distanza, di talché l'individuazione della metastasi femorale per tempo avrebbe prevenuto la frattura patologica, trattata poi chirurgicamente.

Quanto all'ultimo intervento con intalramento e pleurectomie, questo era stato fatto quando, a seguito degli interventi precedenti, i due chirurghi già sapevano che la donna era affetta da un tumore particolarmente avanzato, cui sarebbe dovuto conseguire il dovere di scegliere una terapia meno aggressiva, vale a dire una terapia medica e non più chirurgica, per la donna comunque morta un mese dopo.

Nell'appello di Presicci si rinvergono contestazioni che non attengono ai rilievi di negligenza negli esami che si sarebbero dovuti e potuti fare per scoprire tempestivamente la metastasi femorale, né all'inutilità del terzo intervento, rispetto al quale la mancata contestazione del nesso causale con la morte appare - come detto dallo stesso giudice di primo grado - frutto della più ampia garanzia accordata agli imputati.

Resta pertanto la formula di non doversi procedere per prescrizione adottata dalla Corte d'Assise di Milano.

Anche nel caso di Vincenza Piazzolla (capo 30), ottantunenne, Brega Massone e Presicci erano stati fatti oggetto di una pronuncia di non doversi procedere per prescrizione. Per Brega Massone non risultano motivi di impugnazione specifici.

Le conclusioni del giudice di primo grado risultano invece contestate da Presicci a pag. 224 del suo appello.

Nel motivare perché non si sarebbe potuti pervenire ad una pronuncia ex art. 129, 2 ° comma cod.proc.pen. in questo caso, il giudice di primo grado,

ha considerato che la donna, morta quarantacinque giorni dopo l'intervento, era stata ricoverata per frattura del femore in condizioni non certo brillanti, perché affetta da varie comorbidità e soprattutto da una cirrosi epatica scompensata, cioè già ascitogena.

La donna aveva già avuto, poco dopo il ricovero, seri problemi nel decorso postoperatorio per endoprotesi. Nel prosieguo, dopo essere stata correttamente drenata, era stata invece proposta per una VATS per talcaggio, perché, proprio secondo Presicci, il drenaggio aveva denunciato una consistente perdita quotidiana di un litro di liquido pleurico. La VATS era stata accompagnata da biopsie della pleura parietale, con oncotomo e biopsie della pleura viscerale mediante precise resection.

Qui, occorre dire che, dichiarato opportuno l'intervento anche da Sartori, erano le biopsie pleuriche e le resezioni ad essere ritenute ingiustificate.

Presicci a suo tempo aveva giustificato le resezioni e le biopsie con la necessità di verificare meglio la situazione e aveva contestato che esse avessero comportato una menomazione per la paziente.

Sembra di comprendere che Presicci nell'appello insista sull'assenza di danno per tali manovre e soprattutto va considerato che entrambi gli imputati avevano sostenuto in dibattimento che fosse del tutto normale procedere a biopsie e resezioni intraoperatorie per meglio accertare stato e cause del versamento. Il giudice di primo grado ha seccamente smentito questa affermazione con quanto osservato a pag. 422 della sentenza impugnata, a proposito della totale inutilità pratica delle manovre, considerazione rispetto alla quale nell'appello di Presicci non si rinvencono contestazioni significative, comunque irrilevanti quanto al concetto di assenza di menomazione in presenza di una incontestabile e non giustificabile resezione.

Resta pertanto ferma la pronuncia di primo grado sul punto.

La prescrizione era stata dichiarata dal primo giudice anche per il caso Garlaschi (Capo 34), paziente per il quale sono stati presi in considerazione cinque interventi e per i quali la Corte di primo grado ha affermato la responsabilità dei chirurghi per gli ultimi due. Allo stato attuale, anche questi ultimi due casi sono ormai prescritti.

Stavolta appare opportuno partire dall'appello di Pansera che, prendendo spunto dal letterale *dictum* del dispositivo di primo grado, nelle poche righe che dedica all'intervento, rileva la superficialità della Corte nell'avere

omesso di considerare come egli, arrivato in Santa Rita nel settembre 2006, non potesse avere materialmente partecipato ai primi tre interventi dai quali, quindi, avrebbe dovuto essere assolto per non aver commesso il fatto e non per prescrizione, così come anche per l'intervento del luglio 2007 (il quinto) cui pure non aveva partecipato, per cui era errata la sua condanna in luogo della dovuta assoluzione con formula piena.

Per l'intervento cui aveva partecipato, Pansera ricorre all'usuale considerazione, riguardante il fatto che il paziente non aveva subito con l'intervento in oggetto alcun danno.

Le questioni sollevate dalla difesa di Pansera meritano alcune precisazioni.

Si può indubbiamente convenire sul fatto che il dispositivo della sentenza impugnata, quanto alla parte del capo di imputazione che riguarda Pansera, appaia impreciso, ma va sottolineato che la pronuncia di condanna esclude espressamente i primi tre interventi, ragion per cui la successiva disposizione relativa alla declaratoria di non doversi procedere relativamente agli stessi tre interventi, che è stata adottata con indifferenziato riferimento ai tre chirurghi (pag. 880) oltre che per Scarponi (per altri delitti), riguardi esclusivamente gli altri due chirurghi, vale a dire Brega e Presicci.

D'altra parte, lo stesso capo di imputazione riferisce correttamente e chiaramente che Pansera ha operato in qualità di secondo operatore solo nel caso del quarto intervento, vale a dire il penultimo. Gli altri tre interventi precedenti come l'ultimo, cioè il quinto, sono attribuiti a Brega da solo o con l'aiuto di Presicci. Quindi, al di là de là della genericità del dispositivo e, parzialmente, anche del capo di imputazione, non c'è neppure necessità di assolvere Pansera dal quinto intervento che non gli è stato contestato (perciò in questo senso è perfino ridondante l'esclusione di Pansera da responsabilità per i primi tre interventi, menzionata dalla Corte di primo grado nel dispositivo a pag. 872).

Ciò detto, va evidenziato come, anche sulla base delle affermazioni di Sartori, la difesa di Brega abbia sostenuto con l'appello che mai realmente furono effettuati gli interventi in VATS sul Garlaschi, essendosi trattato in sostanza di cinque operazioni di toilette del cavo pleurico, mediante accesso ad un buco che era già stato aperto.

Conseguentemente non era necessaria alcuna ulteriore incisione del derma sul corpo del paziente, mentre le pleurectomie, che tali non erano in senso

tecnico, servivano a controllare l' andamento delle patologie, in particolare l' *aspergillus* e l' empiema.

Presicci con l' appello (pag. 364 e ss.) non evidenzia l' incongruenza della definizione di VATS data ai cinque interventi (in dibattimento di primo grado aveva però specificato che era stato fatto un solo taglio iniziale e che le successive VATS avevano utilizzato quella finestra già aperta), ma sostiene che "nei primi due interventi in VATS" era stata accertata per mezzo delle biopsie la aspergillosi, mentre i secondi due interventi avevano consentito di escludere la presenza dell' aspergillosi pleurica.

Nel corso del quinto intervento si erano quindi potute constatare sia l' efficacia della terapia antifungina sia della toracotomia realizzata.

In realtà, la più rilevante contestazione da parte del giudice di primo grado riguarda il mancato approccio al paziente in regime ambulatoriale, superando le eccezioni degli imputati sia sulla sterilità d'ambiente in sala operatoria chirurgica, sia sulla necessità di una sedazione totale onde evitare colpi di tosse (vedi pag. 446 *ibid.*).

Anche la sovrabbondanza delle biopsie (cui sembra avere posto termine la diagnosi dell' anatomopatologo (pag. 447 *ibid.*), è stata contestata, senza contare che il Garlaschi, terminato l' accreditamento presso la Santa Rita, aveva potuto curarsi comodamente a giorni alterni a domicilio con medicazioni e zaffo, come da relazione clinica dell' ospedale Niguarda. Mancano contestazioni efficaci rispetto alla possibilità di individuazione del fattore che manteneva l' infezione con i soli esami del sangue e di ricerca del galattomannano.

Costituisce un dato di fatto che, proprio per l' avversione di molti pazienti a subire interventi invasivi nel torace, il saggio immunoenzimatico per la ricerca del galattomannano (test GM), di accertata attendibilità, costituisce uno strumento irrinunciabile per la diagnosi dell' aspergillosi nei pazienti con malattia ematologica, ed è ormai un mezzo diffusissimo per porre la diagnosi certa di aspergillosi.

Di sicuro non risulta che il Garlaschi fosse mai stato informato di alternative in ordine alle quali poter maturare la propria scelta.

Resta perciò corretta la decisione dei primi giudici, diretta ad affermare la prescrizione per tutti gli episodi, compreso il quarto, l' unico di cui era chiamato a rispondere Pansera.

Anche il delitto di cui al capo 32) è stato dichiarato prescritto dal primo giudice e riguarda il caso del paziente Incontro, contestato a Brega Massone e Presicci.

Brega Massone non propone motivi specifici di impugnazione riguardo alla sentenza di non doversi procedere per prescrizione in ordine al reato di lesioni nel caso di questo paziente che era stato sottoposto, secondo il capo di imputazione, ad un intervento di toracotomia con resezione, biopsie e talcaggio in assenza di versamento, il tutto per uno scopo diagnostico in un paziente di estrema fragilità, classificato in ASA IV, di cui si conosceva già la patologia derivante da carcinoma polmonare a grandi cellule con metastasi cerebrali (sarebbe morto di lì a 20 giorni), senza neppure attendere, *more solito*, il risultato della broncoscopia fatta il giorno prima dell' intervento, con risultati però arrivati una settimana dopo.

L' appello di Presicci insiste sull' accuratezza diagnostica della VATS anche in questo caso.

La Corte aveva ritenuto l' intervento assolutamente espressivo di accanimento terapeutico, vale a dire di quella accusa di routinaria aggressività di cui Merlano e Brega avevano discusso in una conversazione captata e riportata anche in questa sentenza, ed inutile lo stesso talcaggio atteso il fatto di essersi trovati i chirurghi in presenza di una malattia produttiva di versamento reattivo (della quale non risulta traccia in cartella).

Non vi sono ragioni per una riforma della sentenza impugnata per riconoscimento di una miglior pronuncia rispetto a quella di non doversi procedere per prescrizione nei confronti degli imputati.

Infine, il caso di cui al capo 16), contestato a Brega Massone e Presicci, riguardante il paziente Ignazzi Vitantonio, anch' esso dichiarato prescritto in primo grado. In questo caso, il delitto di lesioni volontarie si basa anzitutto sulla raccolta di un consenso informato, reso da persona affetta da accertata schizofrenia ed invalida totale, seguita dal CPS.

Il padre del malato, che pure non aveva avanzato alcuna rimostranza sul modo in cui il figlio era stato curato, neppure aveva saputo che quest' ultimo fosse stato sottoposto ad interventi in anestesia totale e biopsie.

Per questo paziente il giudice di primo grado ha concluso per l' assoluta inutilità dell'intervento, posto che - come aveva affermato Sartori - la sua patologia era, per via dell' anamnesi, perfettamente chiara fin dall' inizio e

doveva essere trattata solo dopo l' apposizione di un drenaggio; questo avrebbe consentito la riespansione del polmone e la verifica diagnostica per accertare quali germi stessero mantenendo attiva l' infezione, per arrivare ad impostare una terapia antibiotica mirata. Resezioni e decorticazioni non avevano alcuna giustificazione.

Va premesso che il caso di Ignazzi era stato anche oggetto delle critiche della collega in clinica, Antonini, che si era confidata con Pansera nella conversazione captata e riportata anche a pag. 432 della sentenza impugnata a proposito delle ripetute TAC senza motivo che Brega faceva fare al paziente ogni tre mesi a pagamento con assunzione molto elevata di radiazioni rispetto ad una RX, senza che ci fosse neoplasia, ma in sostanza il malato fosse gravato da una distrofia bollosa.

A pag. 254 del suo appello, Brega si occupa del caso, sostenendo che Sartori avrebbe considerato giustificato l' intervento.

Presicci, più precisamente, dichiara che Sartori aveva condannato le biopsie o le resezioni, invece assolutamente necessarie per la riespansione del polmone.

Resta tuttavia l' assoluta anomalia della raccolta del consenso richiesto ad uno schizofrenico invalido al 100%, con l' ulteriore considerazione che l' aggressione chirurgica nei confronti di un paziente portatore di problemi psichiatrici è particolarmente pesante (come ammesso anche un consulente di parte per il caso Vecchiotti).

Corretto è dunque mantenere ferma la pronuncia di non doversi procedere per prescrizione non essendo emersi elementi per pervenire alle migliori formule di proscioglimento di cui all' art. 129, 2 ° comma cod.proc.pen.

17. I casi di omicidio volontario.

Ciò che consente la distinzione fra questo processo ed il processo gemello relativo ai numerosissimi casi di lesioni verificatisi nello stesso arco temporale è, come si è detto, la contestazione ai chirurghi in questo giudizio di quattro casi in cui, contrariamente ad altri per i quali la morte del paziente pur accaduta a poco tempo di distanza dall' intervento ritenuto illecito non è stata causalmente collegata all' operazione, l' exitus del paziente, verificatosi durante l' intervento o nel postoperatorio, è stato ritenuto in rapporto causale con l' operazione.

Come si è ulteriormente sostenuto, la certa illiceità dell' intervento nei casi in questione comporta che non possano essere accreditate ipotesi di colpa, neanche cosciente, ma solo di preterintenzione o dolo nella forma del dolo eventuale.

All' indagine relativa alla natura dell' elemento soggettivo e agli indicatori che confermano la sussistenza del dolo eventuale in detti reati sarà dedicato, in chiusura dell' esame dei casi, il successivo paragrafo.

I casi in esame sono quattro e riguardano i pazienti, Gustavo Dalto, Giuseppina Vailati Canta, Antonio Schiavo e Maria Luisa Scocchetti e sono rubricati rispettivamente ai capi 49), 47), 48) e 46). A tali contestazioni si accompagnano le imputazioni a titolo di colpa nei confronti degli anestesisti per due di questi interventi praticati dai chirurghi toracici (47 bis e 48 bis). Non sarà inutile ricordare che tre di questi pazienti, sottoposti ad interventi sicuramente invasivi, erano persone che avevano superato gli ottanta anni di età; la più giovane, Maria Luisa Scocchetti aveva invece 65 anni.

Tutti i pazienti avevano morbidità concorrenti di non trascurabile importanza.

17.1) Il primo di questi casi è quello che riguarda il paziente Gustavo Dalto (capo 49), contestato al solo imputato Brega Massone.

Va ricordato che Dalto, all'epoca dell' intervento, aveva 89 anni di età ed era affetto da gravi morbidità concorrenti. Era infatti cardiopatico per fibrillazione atriale cronica ed era sofferente per un recente infarto miocardico.

Il nucleo della contestazione mossa a Brega emerge immediato nell' incipit della motivazione a pag. 617, laddove al chirurgo viene contestato un intervento in toracotomia per la riduzione di un nodulo polmonare, rivelatosi poi, alla diagnosi, come una neoplasia squamocellulare di 1 cm.

Detto intervento, secondo i primi giudici, non presentava tuttavia alcun carattere di urgenza in quel momento, mentre la patologia cardiaca costituiva una controindicazione assoluta all' intervento in elezione (come attestato dalla linee guida vigenti), tanto più se effettuato nella condizione di scarso compenso cardiocircolatorio del paziente, come era agevolmente possibile ricavare dagli esami disposti al momento del ricovero (vedi pagg. 618/619), circostanza questa che costituiva un ulteriore controindicazione all' intervento.

Classificato come paziente in ASA IV, Dalto sarebbe dovuto essere sottoposto ad operazione solo ed esclusivamente in caso di un indispensabile intervento salva vita, e non in altri casi.

L' esposizione della vicenda occupa le pagg. da 617 a 670 della sentenza di primo grado e si sviluppa sulla base della considerazione poco sopra esposta a proposito del rischio anestesilogico, sulla negligenza del deficit ventilatorio molto severo in contrasto con quanto annotato da Brega, che lo aveva ritenuto "*sostanzialmente nella norma*", sull' episodio ipotensivo verificatosi durante l' intervento, cui erano seguiti ricovero in rianimazione e decesso il giorno successivo all' intervento.

Individuato dal collegio Ronchi il nesso causale tra intervento e decesso con certezza, in particolare con riferimento agli effetti cardiaci e respiratori dell' anestesia e del travagliato intervento; richiamate le dichiarazioni del figlio della vittima, anche a proposito del contrasto in merito all' opportunità dell' operazione fra medici, alla fine composto dopo un sospetto confabulare; sentiti il collega di Brega, Arcidiacono, ed altri medici; rilevate quelle che aveva considerato perplessità anche dei consulenti della difesa, la Corte di primo grado era arrivata ad affermare la penale responsabilità del chirurgo che aveva operato al di là di ogni limite di ragionevolezza, evidentemente consapevole del rischio di morte cui esponeva il paziente e quindi accettando il rischio dell' evento, subordinato al raggiungimento della preminente finalità del chirurgo di operare comunque per il soddisfacimento di quegli interessi di cui si è dato conto.

Dopo avere recriminato sulla mancata collaborazione dei terapeuti di medicina interna che avevano avuto precedentemente in cura il paziente, Brega aveva rilevato che il tumore (carcinoma squamocellulare) c'era, come dimostrato dall'esame istologico e dunque l' intervento aveva avuto una incontestabile funzione curativa.

Brega contesta anche, visto che l' imputazione a suo carico è dolosa, di essere stato a conoscenza che vi fosse in atto un infarto, questione sulla quale si dilunga, giungendo a ribadire la presenza di un'indicazione chirurgica e infine contestando anche il rapporto causale fra intervento e decesso, negando efficacia causale all' episodio di ipotensione superato alla luce di quanto rivelato dalle emogasanalisi del 2 e del 3 marzo.

Brega aveva sostenuto che la causa del decesso di Dalto andava ricercata in fattori "nuovi e indipendenti" rispetto agli esiti dell' intervento chirurgico, che avevano fatto precipitare le condizioni cardiorespiratorie del paziente. Ed allora, ricapitolando, deve anzitutto porsi mente al fatto che Dalto era stato classificato in rischio anestesilogico IV e Brega non può negare che con tale grado di rischio debbano essere posti in essere solo interventi salva vita e non altri.

E' assurdo allora vantare la natura curativa di un intervento di chirurgia maggiore, con il quale era stato asportato un nodulo di 1 cm rivelatosi un carcinoma squamocellulare, in una persona di 89 anni per la quale, come ha icasticamente rilevato il consulente Sartori, *"un carcinoma polmonare di quelle dimensioni può permettere la sopravvivenza di un anno e forse più, mentre le condizioni cardiocircolatorie sicuramente non davano questa prospettiva di sopravvivenza"*.

Torna dunque prepotentemente alla ribalta la questione costi - benefici dell' intervento, costantemente negletta dai chirurghi toracici per i quali l' asportazione di una modesta neoplasia, una "neoformazione" è sempre consigliabile, anche se l' intervento mette a rischio la vita del paziente.

Sul tema specifico non sembra doversi rilevare altro, bastando ciò che è stato scritto dal primo giudice e anche dalla Cassazione nel procedimento conclusosi con sentenza irrevocabile.

Lo stesso prof. Gattinoni, riconosciuto professore di anestesilogia di statura internazionale aveva dichiarato nel dibattito che *"ASA IV, vuol dire che il beneficio che devo attendermi da quell' intervento deve essere estremamente elevato, perché il rischio che io metto in un ASA IV è estremamente elevato, vuol dire...PM: rischio di morte per il paziente? ...ADR esatto!"*

Le ulteriori considerazioni di Gattinoni, che aveva sostenuto che l' infarto miocardico è un fattore di rischio estremamente elevato e rappresenta di per sé una controindicazione assoluta all' intervento essendo necessario far passare almeno tre mesi e, dopo i tre mesi, agire con estrema attenzione (vedi sul punto anche le conclusioni del collegio Ronchi a pag. 626), hanno condotto alla ulteriore contestazione.

Essa concerne la mancata considerazione di questo fattore da parte del chirurgo, che ha sostenuto di aver saputo che Dalto soffriva per una

broncopolmonite e non certo per un infarto, circostanza questa che se da lui conosciuta, lo avrebbe fatto desistere dall' intervenire chirurgicamente.

Brega ha dichiarato di averne parlato con il primario di cardiologia in Santa Rita, Celano, che tuttavia, osservando di non aver personalmente seguito il paziente, aveva negato di poter aver dato un giudizio di "non infarto" a Brega.

In realtà, Brega Massone non ha mai risposto sulla controindicazione ad operare derivante dalla classificazione in ASA IV di cui si è detto, apparendo invece considerare una classificazione non dichiaratamente negativa dell' anestesista sempre come un via libera ad interventi di toracotomia o di VATS.

Nulla l' imputato ha detto sull' assenza di urgenza (circostanza riconosciuta anche dal consulente della difesa, prof. Martelli) che avrebbe anche consentito di approfondire la situazione cardiaca del paziente e nulla anche sul fatto che l' operazione, che si era definita curativa con l' asportazione del nodulo ma che era partita con al solita finalità "diagnostica", fosse o meno opportuna.

Peraltro, Brega non ha potuto negare che il paziente fosse portatore di un quadro grave già al momento del ricovero che egli aveva ritenuto, senza ragione, superato al momento dell' intervento.

Un cardiologo della Santa Rita, Arcidiacono, aveva deposto circa i valori di pressione arteriosa (polso estremamente debole) e di aritmia di Dalto, valori che aveva indicato come predisponenti all' infarto in una situazione di fibrillazione atriale cronica, con broncopolmonite a focolai multipli.

Le negazioni di Brega sulle condizioni cardiopatiche del paziente si scontrano con altre evidenze: ad esempio, il rilievo che la TAC del 24 febbraio dimostra un abbondante versamento ascitico nel cavo addominale, ricollegabile proprio al problema cardiologico, ridondante sulla funzionalità del fegato.

Va anche detto che è incontestabile che il valore della troponina fosse altissimo (vedi pag. 625) e che si tratti di un valore idoneo a determinare la diagnosi cardiaca, perché il rialzo delle troponine è un marker sostanzialmente esclusivo di necrosi miocardica.

Peraltro, che ci si fosse focalizzati in reparto medicina sulle condizioni cardiache del Dalto lo si poteva ricavare dalla documentazione che lo riguardava che, questo va sottolineato con forza, Brega, come aveva scritto

nel diario clinico, era stata valutata dal chirurgo, che poi in dibattimento e con l' appello ha inteso accreditare una non completa conoscenza della stessa documentazione.

Va da sé che ogni specifica controindicazione o aspetto della complessa patologia di Dalto possono essere contestati, ma una lettura decontestualizzata e disarticolata dei dati non è ammissibile, tanto meno nella pratica medica perché è proprio la lettura combinata (ed è Brega stesso che parla di "valutazione") che deve orientare il chirurgo nella individuazione di patologie ostative all' intervento.

E, plasticamente, tale controindicazione è emersa in tutta la sua forza proprio durante il corso dell' intervento stesso, quando il quasi novantenne Dalto, dopo l' induzione dell' anestesia totale indispensabile per il tipo di intervento scelto, aveva avuto un episodio di grave ipotensione, tale da richiedere infusione di dopamina con un allungamento dei tempi di intervento fino ad un' ora e 25 minuti (dalle 15:00 alle 16:25).

Appare arduo negare che l' intervento praticato, di toracotomia di minima anziché di VATS come programmato e come da consenso informato, non potesse essere sostituito da un facile biopsia e dunque non ha senso parlare, anche sotto questo profilo di intervento "diagnostico".

Quanto alla palliazione, a parte la qualificazione del tumore come T3 anziché T2, ci si può rifare al giudizio di Sartori, tenuto conto che la sindrome dolorifica poteva essere contenuta con analgesici o con una radioterapia mirata che ha funzione anche antalgica.

Quanto al consenso, premesso che era stato richiesto al figlio, cosa che denota come al momento Dalto non fosse in grado di esprimere con lucidità il suo, non si può non ricordare che il teste ha sostenuto - in particolare assonanza con altre numerosi pazienti o parenti di pazienti deceduti - che Brega aveva spinto per l' intervento considerandolo "risolutivo".

Inoltre, al momento di firmare, gli era stato proposto un foglio in cui l' intervento era definito rischiosissimo, cosa che l' aveva spinto a rifiutare il consenso, sebbene gli si fosse voluto minimizzare a voce quel giudizio che sarebbe stato prudenzialmente formulato per l' età del padre e non per l' intervento in sé.

Molto significativo del cosiddetto "sistema" santa Rita era il fatto che il rifiuto avesse generato un certo scompiglio nei programmi della clinica, provocando il riservato parlottio di due anestesisti dei quali uno,

inizialmente, si era detto contrario all' intervento, per giungere poi a tranquillizzare il figlio del paziente cui veniva confermato che, invece, non c'erano problemi.

Probabilmente su un punto Brega ha ragione ed è quello relativo al suo dolersi di una mancata indagine su responsabilità di altri terapeuti, circostanza che tuttavia non esclude la sua, chirurgo consapevole delle condizioni del paziente, e della invasività dell' intervento e delle complicanze riscontrate nel corso dell' operazione che non era stata sospesa.

Se infatti il paziente non stava reggendo l' anestesia, lo si sarebbe potuto risvegliare dopo avere stabilizzato la situazione.

Il procedere ad oltranza è un altro fattore di responsabilità ed è singolare che si voglia addossare l' intera responsabilità di ciò all' anestesista, unico ritenuto responsabile della decisione di non interrompere l' intervento il cui solo protrarsi comportava abbattimento delle capacità di recupero, anche respiratorio, dell' anzianissimo paziente (vedi anche la perdita durante l' operazione di 700 cc. di sangue e le perdite aeree nel corso del postoperatorio testimoniate anche dall' ultima RX (pag. 632).

Quanto al nesso causale non appare chiaro, anche alla luce dello svolgersi dei fatti con continuità, perché il decesso di Dalto debba essere dalla difesa ricondotto ad una serie casuale autonoma.

Appare invero pienamente ragionevole la conclusione dei consulenti del PM, che hanno individuato la causa dell' exitus in una insufficienza respiratoria acuta, intervenuta in un soggetto cardiopatico con lesione ischemica miocardica infartuale recente, fibrillazione cronica, bronco-pneumopatia e broncopolmonite, avendo peraltro l' ECG postoperatorio documentato la presenza di infarto settale profondo, a conferma della situazione precedente.

Le condizioni cardiocircolatorie di Dalto, a parte l' infarto miocardico in corso, avevano subito un ulteriore peggioramento anche a causa degli effetti vascolari conseguenti alla somministrazione degli anestetici, con caduta delle resistenze vascolari periferiche per effetto della vasodilatazione, fattore di ulteriore scompenso cardiocircolatorio.

L' intervento con la curarizzazione aveva comportato pure la sospensione della funzione respiratoria di Dalto, che sopravviveva attraverso al ventilazione polmonare.

Non solo l' intervento aveva avuto quindi, secondo una valutazione di certezza e non solo di rilevante probabilità, un effetto negativo sul labile compenso cardiocircolatorio, tanto più intenso quanto più era durato l' intervento che non si era voluto sospendere a causa della manifesta ipotensione, ma del tutto preventivabile era stato il decorso postoperatorio. Anche il ricorrere di un nuovo episodio ischemico miocardico o di fibrillazione ventricolare del giorno del decesso erano valutati come concause non idonee di per sé ad escludere l' evidenziato nesso causale, mentre la patologia neoplastica non poteva essere considerata un valido fattore concorrente, proprio per il suo grado non particolarmente avanzato. La sentenza impugnata ha concluso l' esame della penale responsabilità di Brega , sostenendo come egli non possa addurre il risultato di alcun esame in forza del quale avrebbe potuto avere la ragionevole convinzione di evitare la morte del paziente (va ricordata la definizione di intervento "rischiosissimo" nel proposto modulo di raccolta del consenso informato).

Egli era pienamente cosciente di non poter governare le prevedibili complicanze derivanti al Dalto dallo stress operatorio e, nell' individuare gli indicatori del dolo eventuale, il giudice si rifaceva alla considerazioni già espresse in relazione a tutti gli interventi praticati, qui sottolineando l' assoluta mancanza di cautela (pag. 666), la pretermissione di ulteriori esami prudenziali che avrebbero dovuto attestare la stabilizzazione del compenso (Ega o spirometria e un nuovo ECG, doveroso in presenza di una situazione che i precedenti potevano condurre a definire allarmante, una TAC per avere nuove informazioni sul versamento ascitico), la callida, ed altrimenti incomprensibile, definizione di risultati "nella norma" al fine di operare, per quelli attestati dalla spirometria, che invece denunciava una insufficienza respiratoria severa.

Onde accreditare la sussistenza del dolo eventuale la Corte di primo grado, concludendo la disamina, evidenziava la macroscopica deviazione dalle regole di ordinaria prudenza, quali appunto omissione di step o esami propedeutici, voluta ignoranza di fatti certi risultanti dagli esami cui il paziente è stato sottoposto, ripetitività del *modus operandi*, grado di evidenza del rischio cui era sottoposto il paziente con l' intervento, mistificazione del rischio nelle giustificazioni in sede di rilascio del consenso informato da parte del figlio, improvviso divergere nella valutazione dell' accertamento spirometrico passato da severo deficit a situazione "sostanzialmente nella norma", tutte

circostanze alle quali si potrebbe aggiungere la perseveranza nel continuare l'intervento, nonostante il grave episodio intraoperatorio che avrebbe dovuto indurre alla sua sospensione.

Non diverse, e riepilogative di quelle già assunte dal giudice di primo grado, sono state le conclusioni del PG, il quale, nelle sue note di udienza, ha affermato: *"Anche in questo caso, una volta accertata la piena consapevolezza dell'imputato delle possibili conseguenze dell'atto operatorio, la sua decisione di intervenire con le specifiche modalità adottate implicava necessariamente l'accettazione del rischio di morte del paziente per insufficienza cardiorespiratoria. L'imputato era altresì cosciente di non poter governare le conseguenze dell'intervento nella fase postoperatoria, per cui il suo modus operandi risulta caratterizzato da tutti i fattori indicativi che denotano il dolo eventuale perché dimostrano che la decisione che aveva sorretto la condotta illecita era stata caratterizzata da una volontaria pretermissione del rischio del prodursi dell'evento fatale, pur non direttamente voluto, in assenza di ragionevoli elementi su cui fondare la convinzione di poterlo scongiurare. Infatti il chirurgo aveva agito sulla base di un consenso sottoscritto dal figlio del paziente, cosa che denota condizioni del paziente così gravi da non essere in grado di esprimere la sua volontà; inoltre il figlio, escusso come teste, dichiarava che l'intervento gli era stato descritto come di routine, minimizzandone i rischi. L'intervento era stato proseguito nonostante il grave episodio ipotensivo al quale l'anestesista aveva dovuto rispondere con l'infusione di dopamina, procedendo addirittura ad una toracotomia e alla lisi delle aderenze, adottando quindi una modalità di intervento addirittura maggiormente invasiva della VATS inizialmente prospettata. Tutti gli altri casi clinici esaminati, le intercettazioni telefoniche, e le specifiche circostanze del modus operandi nel caso in esame dimostravano poi che il principale interesse dell'imputato era quello di operare ad ogni costo per ragioni di carriera e di compenso, accettando il rischio largamente prevedibile dell'evento morte".*

17.2) Altro caso di omicidio volontario sorretto da dolo eventuale è quello relativo al paziente Schiavo, contestato a Brega Massone e Presicci al capo 46) delle imputazioni.

Sommariamente richiamando il caso, si ricorda che si tratta di un paziente di 85 anni il quale, a seguito di un infarto miocardico avvenuto 13 anni prima,

aveva un duplice by pass aorto-coronarico con arteria mammaria interna. Sei mesi prima si era sottoposto ad un intervento per periartrite scapolo-omerale. Era affetto anche da broncopatia cronica e, ricoverato il 12 febbraio 2006, a seguito di una rx toracica e di una TAC aveva rivelato un addensamento parenchimale nodulare di natura formativa, che il "tacchista" aveva consigliato di indagare con ago bioptico.

Emergevano linfonodi sopra il cm in sede paratracheale e nella finestra aorto-polmonare ed in sede precarenale. Non emergeva versamento pleurico pericardico. Lo stesso Brega il 15 febbraio aveva consigliato un approfondimento della situazione e aveva fatto trasferire il paziente in chirurgia toracica dove già il 18 Schiavo era in lista per un intervento effettuato il 21 febbraio, dopo che l'anestesista lo aveva classificato in classe III/IV, classificazione sul cui significato si è già detto.

Schiavo era morto durante l'intervento, nonostante un tentativo di clampaggio da parte dei chirurghi, decesso verificatosi a seguito della manovra di lisi del legamento polmonare inferiore per liberazione del lobo relativo. Era sorta infatti una emorragia massiva, inarrestabile nonostante le manovre dei chirurghi, che aveva condotto all'exitus.

Si è ritenuto che l'operazione di nodulectomia fosse stata sostanzialmente irresponsabile, essendo stato già evidenziato dal tacchista il semplice controllo con ago biopsia, ma nel caso sarebbe stata possibile anche una PET.

Il collegio Ronchi aveva ribadito la possibilità di indagine per mezzo di un prelievo cito-istologico con ago-aspirato. Non era stata raggiunta una diagnosi neppure dopo il decesso, poiché il liquido aspirato in broncoscopia non era stato sufficiente per l'esame. In ogni caso, il risultato di questo esame, che era stato compiuto due giorni prima dell'intervento, non era stato nemmeno atteso.

Dopo che diversi consulenti avevano sottolineato la negligenza di cautela nell'affrontare una situazione così delicata in un paziente affetto dalle citate morbidità concorrenti, il consulente Ronchi aveva confermato l'esistenza del nesso causale tra lacerazione cardiaca ed intervento (pag. 787-788 sent. imp.), anche se la morte era poi intervenuta per un fattore non previsto dai chirurghi.

Brega ha insistito sulla estrema probabilità di malignità della lesione (pag. 151 dell'appello), in una percentuale da lui calcolata nel 92% sulla base di

svariati fattori, sostenendo che, anche in pazienti con funzionalità cardiaca e respiratoria limitata, tale percentuale dà indicazione di intervento chirurgico come prima scelta.

Brega ha concluso, affermando che si trattava di un' operazione necessaria, con rischio dominabile e ha sottolineato che la morte è avvenuta per una causa completamente diversa, dipendente da incidente intraoperatorio.

Presicci ha criticato la dichiarata sussistenza del nesso causale; ha sottolineato come si fosse trattato di un incidente intraoperatorio con rottura del cuore, costituente fatto assolutamente imprevedibile e richiamando l' affermazione del consulente Pisano, il quale aveva concordato con il fatto che, dinanzi al quadro clinico di Schiavo, anch' egli avrebbe posto indicazione di intervento.

Ha evidenziato il rischio di causare un pneumotorace con l' agobiopsia e l' incidenza dei falsi in tema di PET ed ha esaminato anche le discussioni tra il paziente ed i parenti al momento della firma sulla scheda di consenso informato.

Va anche menzionato che nel corso della discussione è stato dalle difese ricordato come il tentativo di clampaggio fosse la prova evidente di manovre di recupero, contrastanti, per loro stessa natura, con l' ipotesi di dolo eventuale attribuita ai chirurghi.

Nelle sue note il PG, ha sostenuto che, sotto il profilo dell'elemento psicologico, è vero che l'atteggiamento mentale degli imputati fosse il solito già dimostrato in molte decine di interventi analoghi: operare ad ogni costo al fine di profitto e senza preoccuparsi di provocare il decesso del paziente, quale conseguenza largamente prevedibile ed accettata nei casi di elevato rischio operatorio.

In tal senso, per il PG depongono nel caso di specie il consenso carpito fraudolentemente (minimizzando il rischio operatorio ed evidenziando un'urgenza insussistente con asserzione di una diagnosi sicura invece non ancora acquisita), e soprattutto l' esecuzione dell'intervento ancor prima di ricevere l'esito di esami diagnostici già disposti.

Ha osservato il PG che, tuttavia, il decesso del paziente non era derivato dal peggioramento largamente prevedibile delle sue condizioni iniziali non dominabile dagli imputati, quanto piuttosto da un'errata manovra chirurgica che integrava un rischio certamente prevedibile in ragione del pregresso

intervento toracico, ma che gli imputati potevano ritenere dominabile operando con perizia.

In altri termini, l'evento morte risulterebbe essersi verificato per cause diverse da quelle preventivamente accettate dagli imputati, con la conseguenza che, rispetto a tale evento, non può ritenersi accertata quella accettazione che integra l'elemento psicologico del dolo eventuale.

Deve pertanto ritenersi per il PG che entrambi gli imputati avessero posto in essere atti diretti a commettere delitto di lesioni dolose, dai quali è derivata, quale conseguenza non voluta, la morte del paziente, a causa di una condotta colposa di uno dei due imputati, di fatto non individuabile sulla scorta delle risultanze istruttorie.

Gli appellanti dovevano pertanto rispondere del delitto di omicidio preterintenzionale, così derubricata l'originale imputazione di omicidio volontario.

Al riguardo la Corte osserva che non può essere contestato che il paziente, grande anziano, fosse a rischio operatorio sia per l'intervento in anamnesi (l'impiego dell'arteria mammaria interna, situata a livello della parete toracica anteriore determina la necessità di lasciare aperto il pericardio e la possibile adesione della parete miocardica anteriore allo sterno), sia per le condizioni in atto, in particolare la broncopatia cronica che costituisce un fattore di controindicazione per interventi complessi come quello di specie. Non è quindi un caso che il "tacchista" avesse consigliato, nell'interesse del paziente, che l'indagine sul nodulo fosse condotta in modo diverso e che l'anestesista avesse indicato in ASA III/IV, quindi quasi al limite dell'operabilità, la condizione di Schiavo.

Dunque sarebbe stato indispensabile impostare un percorso diagnostico graduale, mirato ad ottenere una diagnosi certa (mai raggiunta, in effetti) prima di procedere ad un intervento delicato. Nell'iter, a parere di questa Corte, sarebbe stato fondamentale un'agobiopsia della lesione centroparenchimale (per via trans-toracica) utile a confermare il sospetto di malattia tumorale e a fornire una tipizzazione istologica dell'eventuale neoplasia, posto che queste ultime comprendono uno spettro di malattie con diverse caratteristiche biologiche: in particolare, la diagnosi di una neoplasia molto aggressiva, il microcitoma, dà controindicazione, di per sé sola, alla soluzione chirurgica, e in questo caso il paziente è candidabile a radio-terapia.

Non è chiara la fretta nel procedere, al punto di non attendere neppure l'esito della broncoscopia; nello stesso modo, non appare giustificabile l'intervento chirurgico d'acchito senza una PET, la percentuale dei falsi di questo esame essendo senz'altro di basso livello soprattutto se l'esame è affinato anche con altri concorrenti sistemi di indagine, per visualizzare il tumore ed eventuali linfonodi metastatici (la Tac aveva infatti dimostrato l'esistenza di linfonodi lievemente ingranditi, quindi dubbi).

Non può negarsi che la valutazione del rischio operatorio in un paziente con esiti by pass aorto-coronarico era certamente compito dei chirurghi.

Il PG e le difese sostengono che il decesso di Schiavo si è verificato per un evento imprevedibile e, in particolare, le difese sostengono che il tentativo di clampaggio dimostri come non vi fosse accettazione del rischio di morte del paziente e anzi che i chirurghi avevano fatto quanto possibile per evitare l'evento.

Salvo quanto si dirà sulla sussistenza degli indicatori del dolo eventuale in seguito, questa Corte non ritiene che l'avvenuta morte di Schiavo nell'intraoperatorio apporti modificazioni in merito alla qualificazione dell'elemento soggettivo.

In altre parole, i due chirurghi avevano operato per le finalità che sono state più volte indicate, del tutto indifferenti al rischio, che non poteva essere loro ignoto, che un intervento senza diagnosi certa come quasi sempre, intervento al momento neppure necessario come di solito, potesse avere effetto esiziale nei confronti del paziente.

Infatti, è evidente che i chirurghi dovevano avere messo in conto un inconveniente del genere di quello poi verificatosi in un paziente già operato e portatore del duplice by pass, tra l'altro accingendosi ad asportare subito un lobo polmonare senza nemmeno procedere ad un prelievo istologico in sede chirurgica (non si comprende bene perché Presicci abbia sostenuto che, nel caso di specie, non sarebbe stata d'aiuto neppure la biopsia chirurgica che risulta invece prevista dalle linee guida FONICAP).

Inoltre, appena praticata la toracotomia i chirurghi avevano immediatamente percepito come "tenaci" le aderenze, ma questo non li aveva dissuasi dal continuare ad intervenire nel modo programmato, e non si erano limitati semplicemente a prelevare per la diagnosi il nodulo o i linfonodi sospetti.

C'è dunque, anche nell' intraoperatorio, un momento in cui ci sarebbe potuta essere resipiscenza e dirottamento verso un approccio più semplice che quello di rimuovere testardamente le tenaci aderenze che non era possibile circoscrivere, ma che "vanno dove vogliono" come ha indicato la consulente Marengi.

Il nesso causale è stato sufficientemente indagato e ragionevolmente riconosciuto tra intervento e lacerazione del cuore, effetto o di un maldestro uso di strumenti chirurgici o delle manovre di trazione sulla gabbia toracica.

La sentenza impugnata ha dedicato diverse pagine alla qualificazione dell' elemento soggettivo (pagg. 813 e ss.) ed ha concluso per la sussistenza del dolo eventuale, anche per l' evidente ripetitività delle solite modalità aggressive dei chirurghi, ma ciò che ne consente la qualificazione è, ad avviso della Corte, la totale indifferenza non solo rispetto ad un infausto post operatorio, ma anche ad un possibile evento esiziale durante l' intervento.

In altre parole vi è stata accettazione del rischio di morte del paziente a causa dell' intervento e poco importa se questo potesse accadere durante l' intervento o dopo.

Di certo è corretto affermare che, per quanto possibile, il chirurgo tenda ad evitare decessi nel corso dell' operazione, anche solo perché tale genere di eventi può comportare un apprezzamento negativo sulla sua abilità.

Nondimeno, va considerato che queste operazioni, che hanno comportato la più grave contestazione, sono poste in essere con pazienti che hanno gravi compromissioni, onde il loro decesso, nel corso dell' operazione o dopo, non espone il terapeuta a gravi critiche o a indagini e, nel contempo, gli fornisce più spunti in merito alla possibile indicazione di cause di morte esclusive della sua responsabilità (rileva anche il tema della costante mancanza di autopsie - soprattutto nel caso Schiavo - in tutti i casi di morte che, se non obbligatorie, sarebbero state moralmente doverose per i chirurghi, non fosse altro per sottolineare la loro estraneità ai decessi, vedi dopo).

E' peraltro ovvio ribadire che, per quanto possibile, il decesso nel corso dell' operazione è di certo più rischioso di un exitus nel postoperatorio, magari a distanza di giorni o di mesi ma sempre per il peggioramento delle condizioni determinato dall' intervento, e in questa ottica si spiega il tentativo di clampaggio dopo aver provocato l' emorragia massiva.

Tuttavia il rischio di una simile complicazione era stato accettato e ritenuto indifferente già prima dell' operazione (con la solita minimizzazione della sua entità ai parenti del paziente) e tale accettazione è stata mantenuta ferma anche ad intervento iniziato, dopo avere constatato la tenacità delle aderenze.

17.3) Al capo 48) è stato contestato a Brega Massone e Pansera il concorso nell' omicidio volontario di Maria Luisa Scocchetti. Al capo 48 bis) la morte della donna è stata imputata, a titolo di colpa, agli anestesisti Di Terlizzi e Bona.

I fatti si riferiscono all' intervento subito dalla paziente il giorno 11 ottobre 2006, giorno successivo al ricovero. Maria Luisa Scocchetti sarebbe deceduta otto giorni dopo l' intervento.

Come si legge nella sentenza impugnata, la morte della paziente, non particolarmente anziana perché sessantacinquenne, è stata addebitata ai due chirurghi toracici a titolo di dolo eventuale all' esito di una lunga disamina che coinvolge le pagg. da 720 a 776.

Ciò è avvenuto poiché la Corte d'Assise di primo grado ha anzitutto ritenuto inutile l' intervento; in particolare ingiustificati le resezioni a fini diagnostici e il talcaggio bilaterale, dando atto che lo stesso Brega, in dibattimento, avrebbe riconosciuto che i rischi cui era stata esposta la paziente erano addirittura maggiori rispetto ai preventivabili benefici.

Proprio in un ottica di proporzione fra costi e benefici dell' intervento sarebbe dovuto essere formata anche la scheda di richiesta di consenso informato.

Per il primo giudice tale scheda era invece del tutto carente, priva com'era di indicazione di malattia e delle sue possibili complicanze.

Il figlio della paziente aveva sostenuto che non solo non erano state prospettate alternative all' intervento progettato, o il rischio *quoad vitam* conseguente al talcaggio bilaterale, ma l' operazione era stata anche definita un piccolo intervento.

Né valeva sostenere che la scheda di consenso informato potesse trovare una motivazione *per relationem* nella scheda anestesiologicala, che dava atto di una insufficienza respiratoria acuta.

Il primo giudice ha anche accertato la sussistenza del nesso causale fra intervento e decesso, affrettato dagli effetti negativi del trattamento chirurgico sulla capacità respiratoria della donna per il versamento pleurico

persistente a causa della patologia neoplastica avanzata, respingendo i dubbi del consulente della difesa prof. Mezzetti, il quale aveva sostenuto che non si poteva dire con certezza se la morte fosse avvenuta a causa del tumore o a causa dell' intervento, che aveva inciso sulle condizioni generali della Scocchetti, ovvero ancora a seguito dell' episodio di ab ingestis da semolino del 17 ottobre.

In particolare, la Corte d'Assise ha evidenziato l' elevatissimo grado di rischio dell' operazione, ammesso peraltro dallo stesso imputato Brega Massone che in dibattimento aveva detto: *"Non dimentichiamoci che è una paziente che ha fatto la chemioterapia dal 2001... ha...un polmone che è ..martoriato dal trattamento chemioterapico che fa male da una parte e fa male dall'altra, quindi la tossicità... in più in una malattia che comunque era avanzata e quindi vi è un difetto di scambio. Questo è il problema per cui la paziente ha questa insufficienza respiratoria"*.

Nel valutare questa affermazione, la Corte ne ha tratto la prova che Brega Massone fosse stato pienamente consapevole delle conseguenze dell' intervento cui avrebbe sottoposto la Scocchetti.

Scartati i tentativi di Brega di addossare la responsabilità del talcaggio bilaterale all' oncologo Tansini, che lo aveva smentito, o agli anestesisti in merito alla valutazione del rischio, la Corte ha concluso sostenendo che Brega aveva operato ben cosciente di non essere in grado di poter tenere sotto controllo i processi indotti dalle difficoltà respiratorie conseguenti all' intervento.

La Corte di primo grado ha evidenziato gli indicatori che deponevano per la sussistenza dell' elemento soggettivo del reato nella forma del dolo eventuale. Elemento soggettivo che ha riconosciuto sussistere in capo a Pansera, che aveva affermato di sapere delle metastasi che affliggevano la Scocchetti e che, essendo stato già condannato per una serie di interventi precedenti, doveva essere ben consapevole del rischio connesso con un intervento chirurgico sostanzialmente fatto di manovre ingiustificate.

Con il proprio appello, Brega Massone ha premesso la riconosciuta validità a livello scientifico della VATS anche palliativa pur nei casi di pazienti con metastasi; ha ammesso le condizioni critiche della Scocchetti ed ha ricordato come la donna fosse stata inviata a lui dal collega Tansini proprio per valutare la possibilità di un talcaggio, sostitutivo di ulteriori drenaggi in

toracentesi anche perché la prognosi, pur infausta, non comportava una previsione di decesso entro brevissimo tempo.

Lo stesso Sartori - secondo Brega - aveva riconosciuto la possibilità nella specie di un talcaggio palliativo per curare, se non più la malattia, almeno i sintomi.

Brega ha negato che sia stata sconsiderata la realizzazione di un talcaggio bilaterale contemporaneamente, respingendo la tesi sostenuta in sentenza di interventi meno invasivi come il posizionamento di cateteri in permanenza, che non potevano costituire una alternativa valida, giacché sarebbe stata una metodica non risolutiva.

Ha contestato poi la valorizzazione economica dell' intervento sotto il profilo della bilateralità, sottolineando la componente diagnostica dell' intervento, ravvisabile nella rivalutazione necessaria della malattia e ha contestato anche la sussistenza del nesso causale, individuato nella bilateralità del talcaggio.

Con i motivi nuovi, Brega Massone ha negato anche la sussistenza dell' elemento soggettivo, non essendovi prova che egli potesse avere accettato, nell' intervenire, l' esito infausto della operazione.

Anche Pansera ha preso le mosse dalla letteratura scientifica in tema di VATS in pazienti oncologici e pleurodesi in caso di versamenti recidivanti per illustrare il caso Scocchetti; ha ribadito come fosse stato Presicci a porre indicazione di VATS con talcaggio dx ed eventuale sinistro nella scheda, indicando come possibili conseguenze "perdite ematiche e/o sieriche"; ha preso le distanze dalla scheda anestesiologicala firmata da Di Terlizzi che ha bollato di trascuratezza, soprattutto al fine di far rilevare la "disparità di trattamento" sotto il profilo della contestazione (colposa, in quel caso), confermando la valenza esclusivamente palliativa dell' intervento, in sostenuta assonanza con quanto affermato da Sartori.

Pansera peraltro ha contestato che la paziente fosse in condizioni tali da non sopportare il contestuale talcaggio bilaterale, controindicazione affermata dalla Corte con un facile giudizio ex post, ed ha fatto rilevare che l' eventuale esperienza negativa che Brega aveva sperimentato nel caso Maccarelli non poteva essere estesa a lui, che all' epoca non lavorava in santa Rita.

Come anche Brega in dibattimento, ha sottolineato la rilevanza causale esclusiva dell' episodio di *ab ingestis* nel postoperatorio.

I motivi nuovi sono incentrati soprattutto sulle precedenti sue esperienze in altra sede e sulla correttezza dell' intervento in comparazione con quelle.

Vi è contestazione della sussistenza delle circostanze aggravanti, sebbene quella di cui all' art. 61 n. 4 c.p. sia già stata esclusa dal giudice di primo grado, mentre per quella di cui all' art. 61 n. 2 cp., ha ribadito che l' intervento in VATS bilaterale non aveva comportato incrementi nella procedura di rimborso.

Per valutare la posizione dei due chirurghi in relazione a questo intervento, è necessario ricordare che, sebbene la paziente fosse stata in discreto compenso cardiorespiratorio al momento del ricovero, nondimeno la sua anamnesi denunciava un carcinoma mammario già con metastasi documentate nel 2002.

La diffusione neoplastica si sostanziava di metastasi epatiche disseminate, tumefazione pancreatica, adenomegalie diffuse addominali e toraciche e piccola lesione ecefalica sospetta (il referto della TAC al cranio che riporta questa lesione è in data 11 ottobre; peraltro, la paziente era già stata trattata per altre due metastasi cerebrali con radiochirurgia alcuni mesi prima).

Il versamento pleurico, recidivo, era già stata sottoposto a plurime toracentesi.

In buona sostanza, non è criticabile che si trattasse di una paziente in condizioni generali compromesse, anzi estremamente compromesse, come ha sostenuto la consulente Marengi, proprio per via della chemioterapia per il carcinoma mammario metastatico con versamenti recidivanti.

Risulteranno anche metastasi alle pleure ed ai polmoni, per cui la situazione dal punto di vista oncologico della donna era certamente già molto grave prima dell' intervento.

Al momento del ricovero la paziente seguiva la chemioterapia (abbinata a trastuzumab, anticorpo monoclonale umanizzato ad attività di blocco di HER2), sospesa di recente a causa del versamento, ed era in terapia con anticoagulante eparina.

Già il giorno del ricovero era posta indicazione di VATS, sostanzialmente bilaterale, con quella "fretta" di cui ha parlato Brega nel suo stesso atto di appello (mentre la donna era valutata in ASA III e, naturalmente, al crescere della classe ASA muta il rapporto di equilibrio fra costi e benefici dell' intervento)

Nelle circostanze in cui si trovava la Scocchetti appare invece corretto sostenere, come aveva fatto Sartori di cui la difesa ha estrapolato alcune considerazioni ai propri fini, che il talcaggio bilaterale fosse assurdo, attesa l'aggressività della patologia.

Per Sartori era semplicemente una questione di buon senso rilevare come, indipendentemente della ragioni per cui l'oncologo avesse inviato la Scocchetti da Brega, per una paziente a quello stadio della patologia tumorale non avesse alcun senso un talcaggio bilaterale contestuale, mentre ci si sarebbe dovuti fermare ad un drenaggio permanente.

In ogni caso, sembra ovvio che la VATS con talcaggio bilaterale contestuale abbia messo fuori uso entrambe le pareti toraciche contemporaneamente, mentre una VATS sola, o due eseguite in tempi diversi, eventualmente dopo avere controllato gli effetti della prima e ottenuto un certo recupero da parte della paziente, non avrebbe condotto all'esito infausto.

L'aggressivissima doppia palliazione sarebbe stata peraltro del tutto momentanea, posto che, attesa l'espansione delle metastasi, i versamenti si sarebbero riprodotti fino all'ultima (cosa che non poteva non essere prevista da Brega, trattandosi di un effetto ordinario connesso alla progressione della malattia).

Quanto alle affermazioni dell'oncologo Tansini, teste introdotto dalla difesa di Brega, va rilevato che all'ospedale civile di Casalpusterlengo non era stato apposto un drenaggio fisso perché non c'erano terapeuti in grado di applicarli.

Sebbene Tansini abbia ammesso che l'invio della paziente a Brega era per una valutazione sulla possibilità di un talcaggio, l'oncologo ha rilevato che non solo non aveva consigliato lui un talcaggio bilaterale, ma neppure aveva ritenuto necessaria una biopsia con resezione del parenchima, attività che dai consulenti del PM è stata giudicata del tutto insensata, così come implicitamente l'ha giudicata insensata in dibattimento lo stesso oncologo Tansini, osservando come nel caso della Scocchetti non c'era alcuna necessità di "rivalutare" il profilo biologico il tumore ampiamente metastatizzato e per il quale la chemioterapia era già stata correttamente impostata.

Del resto, lo stesso prof. Mezzetti, consulente della difesa, era rimasto perplesso per la contestualità dei due talcaggi ed aveva ammesso che la donna non era mai tornata con una funzione respiratoria normale (vi era

stato un abbassamento della pO₂- pressione parziale di ossigeno - ed un aumento della pCO₂ - pressione parziale di anidride carbonica), ma aveva sostenuto come fosse difficile collegare il decesso all' intervento, evidenziando soprattutto l' effetto (ma concausale) dell' ab ingestis.

Sempre Mezzetti non aveva negato che la paziente avrebbe dovuto essere informata che l' intervento poteva non avere successo, cosa che però non era avvenuta.

Gli stessi consulenti di Pansera avevano sostenuto che il rapporto costi - benefici di un simile intervento, ritenuto peraltro non errato, aveva comportato un rischio di mortalità rilevante (dal 3 al 10%) e che dunque il consenso ad un intervento di questo tipo doveva provenire dal paziente (che quindi andava posto a conoscenza dell' entità del rischio, ndr) e avevano anche detto che non c'era giustificazione alla resezione polmonare, sulla quale, nell' appello, Brega è intervenuto senza efficace giustificazione, riportandosi ad una "prassi" in merio in caso di VATS (non giustificata dalla sua statistica presso l' Istituto dei Tumori come l' imputato avrebbe voluto, vedi pag. 751 della sentenza impugnata), mentre la fragile Scocchetti avrebbe avuto bisogno di tutto il suo parenchima per respirare meglio.

Vi è anche da considerare che questo intervento, appartenente alla categoria degli interventi di chirurgia maggiore, aveva compromesso la meccanica ventilatoria-polmonare bilateralmente, in primis per l' azione dei farmaci impiegati per l' anestesia e per la lunga durata dell' intervento, e poi anche per i dolori postoperatori, limitativi della la capacità respiratoria.

Va anche considerato che le secrezioni bronchiali aumentano nel postoperatorio e il riflesso della tosse, utile a mobilizzare il muco, è parzialmente abolito come sequela dell' anestesia.

Il paziente peraltro tende a limitare la tosse per non aumentare il dolore della parete toracica ferita e quindi le vie aeree sono intasate dalle secrezioni e ciò compromette ulteriormente gli scambi respiratori.

Quanto al nesso causale, è dunque un fatto oggettivo che l' intervento su entrambi i polmoni abbia ulteriormente gravato le condizioni della paziente (il figlio della Scocchetti ha ricordato che la madre dopo l' intervento gridava dal dolore, circostanza perfettamente credibile, dato che non è in contestazione il fatto che la pleurodesi, qui addirittura bilaterale, sia molto dolorosa).

Non può essere messo in discussione perciò che un intervento (della durata di 2,30 ed interessante entrambi i polmoni) abbia determinato la perdita del labile compenso cardiocircolatorio (ipertensione e dispnea da sforzo essendo già presenti al ricovero), ematologico (anemia, diminuzione dei linfociti) e metabolico (iperglicemia, ipoalbuminemia).

L'anemia e la diminuzione dei linfociti sono espressione della deplezione midollare transitoria, conseguente alla chemioterapia; un eventuale intervento chirurgico avrebbe prudentemente dovuto essere postposto alla ripresa dell'attività del midollo emopoietico.¹²

Dunque, se l'intervento innegabilmente aveva prodotto un precipitare della situazione clinica della Scocchetti, unico fenomeno interruttivo del nesso causale potrebbe ravvisarsi nell'episodio di ab ingestis di semolino, che lo stesso Mezzetti aveva indicato eventualmente come una concausa, ma non certo in un decesso improvviso e non preventivato per il progredire della patologia oncologica che, come è stato rilevato, non conduceva a pensare un exitus così immediato.

Non c'è alcun elemento che possa sorreggere questa tesi, anche perché un eventuale apprezzamento di segnali al riguardo avrebbe reso ancor più problematica la giustificazione dell'intervento praticato.

La Corte di primo grado ha valutato l'incidenza dell'ab ingestis sulla serie causale, rilevando come esso si fosse verificato ben 36 ore prima dell'exitus.

Si deve osservare che nella cartella clinica, a proposito di questo episodio, è espressamente attestato che esso aveva avuto regressione spontanea, anche se vi era stato un avviso cautelare all'anestesista perché parte del bolo impediva una completa respirazione.

Sta di fatto che, in assenza dell'anestesista non presentatosi, Brega stesso, vista la paziente, aveva rinviato di mezz'ora un controllo, di talché

¹² Va anche considerato, ai fini della incidenza dell'intervento sulle condizioni della Scocchetti, che 45 minuti dopo la fine dell'intervento la donna era entrata in scompenso cardiocircolatorio e respiratorio e in instabilità emodinamica, dovendo essere ricoverata in terapia intensiva e trattata con ventilazione meccanica e ossigenoterapia.

Il giorno dopo era entrata in fibrillazione atriale per 23 minuti. Il resto della cartella clinica descrive il successivo decadimento delle funzioni vitali della paziente, fino all'exitus del 19 ottobre.

evidentemente non è pensabile che la presunta ostruzione potesse avere una significativa efficacia esiziale per la paziente.

Del fenomeno nessuno aveva parlato più, non Pansera di guardia notturna, non un altro medico di reparto, fino al decesso del giorno 19 ottobre.

Del resto, vi era la prova che dopo l' *ab ingestis*, potenzialmente pericoloso per un decesso immediato, la donna era stata fatta tossire, tanto che dopo l' episodio ella aveva avuto una saturazione di ossigeno a riprova, con il miglioramento, di una buona ripresa respiratoria.

Pertanto, questa Corte non ritiene neppure necessario addentrarsi nella possibile concorrente causalità di questo fenomeno che per scrupolo il giudice di primo grado ha voluto esaminare, pur riconducendolo ad una debolezza postoperatoria della degente.

Pertanto paiono corrette le conclusioni sul punto dei consulenti Ronchi e Marenghi.

Da evidenziare poi come nella scheda di morte redatta da Presicci la grave insufficienza respiratoria non sia stata specificamente indicata: si passa da una causa primaria individuata nel carcinoma mammario, alla secondaria ravvisata nelle metastasi pleuriche ed epatiche, alla finale, genericamente descritta come derivante da "insufficienza multi organo".

Quanto all' elemento psicologico del delitto, per quel che concerne Brega Massone, nonostante le contestazioni della difesa appare evidente che il chirurgo doveva essere ben consapevole che un intervento di quella invasività, su una persona in consistente stato di compromissione anche respiratoria, avrebbe dovuto avere immediate ricadute proprio su quella funzione.

Il rischio del decesso era stato asservito alla primaria finalità di operare comunque, con l' ulteriore insensatezza delle resezione parenchimali su entrambi i lati, definite di routine dall' imputato in un intervento in VATS, ma concretamente improduttive di benefici per la paziente.

Manovre finalizzate, apparentemente, ad una incomprensibile "rivalutazione" della situazione e invece riconducibili alle aspettative economiche della clinica e dell' équipe, con il che non può neppur essere negata la circostanza aggravante della connessione teleologica contestata.

Ricorrono nella specie gli indicatori che la Cassazione ha dichiarato sottendere la fattispecie del dolo eventuale, richiamati nello specifico paragrafo successivo.

Con l' affermazione della responsabilità di Brega, restano ferme le statuizioni civili adottate dalla Corte di primo grado, che non hanno perso di attualità per effetto delle transazioni intervenute.

Quanto a Pansera, la Corte ritiene invece che non sia provato, al di là del dubbio ragionevole, il dolo della condotta contestatagli, assecondando in questo caso questo giudice le richieste della difesa e dello stesso P.G., che ha concluso per la assoluzione dell' imputato perché il fatto non costituisce reato.

In relazione all'omicidio Scocchetti, che è l'unica imputazione non prescritta a carico Pansera, il PG ha sostenuto nella sua requisitoria che *"l' appellante Pansera evidenziava che il relativo intervento venne effettuato l'11 ottobre 2006, solo 40 giorni dopo il suo ingresso nell' équipe di Brega Massone, quando ancora aveva partecipato solo come assistente a pochissimi interventi. Inoltre aveva visto la paziente solo la mattina dell'intervento, che era stato disposto da Brega Massone sulla scorta dell'anamnesi formulata da Presicci e della valutazione anestesiológica ASA 3. Per cui, anche in ragione della sua scarsa esperienza operatoria, non sarebbe stato in grado di rendersi conto delle sue condizioni molto precarie.*

Nell'accertamento dell'elemento psicologico doloso, secondo l'appellante sempre, la Corte di primo grado aveva erroneamente valorizzato degli elementi sintomatici del dolo che erano estranei all'imputato o perché riferiti a periodi anteriori al suo arrivo alla Santa Rita, o successivi all'intervento in oggetto, oppure del tutto inesistenti.

In particolare era errato collegare il caso Scocchetti alle condanne definitive che lo stesso imputato aveva riportato per casi analoghi nel processo precedente, trattandosi di soli sei casi anteriori all'intervento della Scocchetti ed aventi ad oggetto poi oggetto diverso, non oncologico.

Anche le intercettazioni telefoniche richiamate del novembre 2007 sarebbero irrilevanti perché denotano che l'imputato era consapevole del "sistema" Santa Rita in epoca molto successiva al fatto.

... Le predette argomentazioni difensive sembrano oggettivamente fondate, nel senso che effettivamente i predetti indicatori fattuali valorizzati dalla sentenza per accertare il dolo non risultano utilizzabili nel caso di specie per le già esposte ragioni temporali, ovvero sono risultati oggettivamente non riscontrati.

Quelli che restano in piedi, cioè i pochi interventi nei quali è intervenuta la condanna ovvero la motivazione economica, ... sembrano troppo labili per ritenere provato al di là di ogni ragionevole dubbio che il Panseca abbia partecipato all'intervento chirurgico in oggetto, tra l'altro come terzo operatore, che vedeva la paziente solo in quel momento, accettando il rischio che ne potesse derivare la morte della paziente.

...Quindi, in altri termini, non risulta rigorosamente provato che al momento del fatto Panseca, assunto solo 40 giorni prima, in una posizione operatoria ancora marginale, risultasse già stabilmente inserito nel sistema Santa Rita con piena consapevolezza del modus operandi del reparto di Chirurgia Toracica. Ne consegue la sua assoluzione dal reato ascritto perché il fatto non costituisce reato, sia pure nella formula dubitativa ...".

Quanto alla responsabilità colposa degli anestesisti contestata al capo 48 bis), vale a dire il delitto di omicidio colposo nei confronti della Scocchetti ascritto a Giuseppe Di Terlizzi e Andrea Bona, si ricorda che il primo ha sostenuto come non esista un obbligo di garanzia dell' anestesista, se non nel caso di plateale erroneità della scelta chirurgica, nel qual caso egli deve rifiutare la sedazione.

Nella specie però nessuno aveva contestato la classificazione della paziente in ASA III e se la morte era derivata da insufficienza respiratoria, questa non poteva essere ricollegata alla classificazione ad opera del Di Terlizzi, che aveva detto in maniera chiara di essere in attesa del TAC al torace ed irrilevante essendo la mancata attesa della TAC al cranio, mentre le concrete modalità dell' intervento, comprese le resezioni, non potevano essere a lui ascritte.

Ha rilevato ancora il Di Terlizzi che, perché si possa configurare concorso colposo nel fatto del terzo, occorre che quest' ultimo sia prevedibile e ha concluso chiedendo l' assoluzione del proprio assistito per non aver commesso il fatto con revoca delle statuizioni civili nei riguardi di Bergamo Michele e dichiarazione di esclusione di un danno risarcibile nei confronti di ASL, Regione Lombardia e Medicina Democratica.

Bona Gianandrea, dopo avere eccepito la citata nullità della sentenza ex art. 521 cod.proc.pen. della quale si è detto in apertura di motivazione, ha quindi sostenuto la propria estraneità al fatto affermando non ravvisarsi profili di responsabilità per l' anestesista di sala, che non poteva avere evidenza dell'

inutilità chirurgica dell' intervento e dell' aggressività ascritta a Brega Massone.

Ha altresì sostenuto l' infondatezza della tesi riguardante la mancata attesa della TAC al torace e ha rilevato come la paziente versasse in condizioni anche di discreto compenso.

In subordine, ha richiamato l' intervenuta prescrizione, avanzando le stesse richieste del collega in merito alla revoca delle statuizioni civili emesse con la condanna irrogata in primo grado.

La richiesta di revoca delle statuizioni civili nei confronti di entrambi gli anestesisti è fondata per la ragione che Bergamo Michele ha raggiunto una transazione "totale", il che fa cessare la materia del contendere nei riguardi di ogni soggetto ritenuto coinvolto nel caso specifico.

La Corte ritiene che debba essere disposta anche la revoca delle statuizioni civili nei confronti degli enti citati, atteso che, essendo stato contestato ai due anestesisti un delitto colposo non difforme da qualsivoglia colpa medica, non si evidenzia alcun danno immediato e diretto conseguente alla supposta negligenza degli anestesisti nei riguardi di ASL Milano, Regione Lombardia e Medicina Democratica.

Non essendovi ragioni di dover quindi pervenire ad una pronuncia ex art. 578 c.p.p. per il venir meno delle questioni civili, la Corte deve limitarsi a valutare se sussista ex art. 129, n. 2 c.p.p. l' evidenza di una miglior formula di assoluzione o proscioglimento e a tale quesito ritiene di dover dare risposta negativa.

Per quanto riguarda Di Terlizzi, ad avviso della Corte, l' aver dichiarato di essere in attesa della TAC del torace pur redigendo una scheda anestesiologicala nella quale era previsto una VATS con talcaggio non solo a destra, ma anche a sinistra (scheda servita di fatto a Brega per giustificare la plausibile bilateralità dell' intervento), costituisce di per sé già un elemento che impedisce di pervenire alla formula richiesta.

Gli esami non attesi erano proprio quelli che avrebbe consentito di dargli conto della diffusione del tumore e di farsi un giudizio indipendente da quanto gli aveva detto Brega a proposito di entità e bilateralità del versamento.

Resta perciò fermo ed ostativo alla richiesta dell' anestesista quanto a suo tempo osservato dal giudice di primo grado: *"l'imputato ha sostenuto che al fine della sua consulenza si era basato dunque sulla anamnesi fornitagli dalla*

signora, ma la superficialità della raccolta anamnestica emerge a sua volta con tutta evidenza dal fatto che nemmeno fosse stata riportata con precisione la terapia chemioterapica attualmente assunta dalla paziente (i farmaci indicati Vapress e Enapren risultano infatti correlati all'ipertensione, mentre non sono individuati quelli chemioterapici e da quanto era iniziato questo trattamento).

Occorre a questo punto rilevare che contrariamente a quanto ha cercato di sostenere almeno dall'imputato, lo stesso nel compiere la sua valutazione preanestesiologica, per la sua posizione di garanzia, aveva il compito di vagliare se la paziente fosse in grado di sopportare l'anestesia ed i relativi farmaci, e, per la sua posizione di controllo, derivantegli dal fatto di contribuire con la sua autorizzazione alla realizzazione dell'intervento, aveva l'onere di verificare di non autorizzare un rimedio terapeutico che la paziente non potesse effettivamente affrontare sia nella fase operatoria, che nel postoperatorio. Anche se l'anestesista, a differenza da un chirurgo toracico, poteva non avere una piena percezione del peggioramento della dinamica respiratoria conseguente a questo intervento, si doveva avvedere dell'assenza ingiustificata di gradualità nella prospettazione alla paziente dei possibili rimedi e della totale e palese assenza di verifiche circa la necessità di un intervento contestuale su entrambi i lati, della mancanza di verifiche approfondite sulle sue capacità di riespansione polmonare (nessun drenaggio e studio dei versamenti e delle reazioni della paziente era stato compiuto in Santa Rita, anche se come motivo del ricovero era stato indicato solo "versamento pleurico destro").

L'aver espresso una classificazione del rischio operatorio senza accertare tutti i dati afferenti alle condizioni della sig.ra Scocchetti (paziente di cui non aveva altrimenti accertato la storia clinica e le attuali condizioni) mostrano oltre che un estremo pressapochismo (negligenza) dell'anestesista, anche la totale violazione del suo dovere di controllo rispetto all'utilità dell'intervento cui andava a partecipare, omissione che ha consentito ai chirurghi di procedere ad un intervento assolutamente controindicato".

Per quanto invece attiene a Bona, la preclusione, rispetto ad una miglior formula di assoluzione proscioglimento in rapporto alla dichiarazione di non doversi procedere per estinzione del reato, deriva proprio dal fatto che egli

avrebbe dovuto tenere conto del fatto che Di Terlizzi, nel suo superficiale giudizio, non aveva considerato gli esiti TAC.

Anche qui il giudice di primo grado ha osservato che " il dr. Bona doveva ... *procedere a leggere questi esami e riconsiderare se in forza degli stessi vi fossero le condizioni per procedere all'intervento chirurgico programmato. L'omissione di questa verifica, accertamento che non è stato attestato in alcun modo in cartella clinica, e nemmeno è stato allegato dall'imputato, rende evidente che lo stesso non ha alcun modo esercitato il proprio dovere di garanzia, così come nemmeno quello di controllo, rendendo quindi superflua ogni ulteriore considerazione sul fatto che fosse o meno in grado di valutare l'evidente incongruenza dell'intervento proposto.*

Ad abundantiam si rimarca peraltro che un qualsiasi medico poteva avvedersi che non emergeva dalla cartella clinica alcun esame, documentazione, considerazione che potesse far considerare indicata per questa paziente una contemporanea aggressione delle due pleure, sottoponendola ad un intervento che si palesava anche macroscopicamente come particolarmente invasivo (trattavasi di un intervento che necessitava non solo di un tempo operatorio particolarmente lungo, con acquattamento di entrambi i polmoni, ma che aggredendo entrambe le pleure su entrambi i lati sarebbe risultato molto doloroso, necessitando fra l'altro dell'inserimento di quattro drenaggi per il postoperatorio che avrebbero ulteriormente pesato sulla ripresa della signora)... Ed ancora si era accorto, (a prescindere da quanto esposto dalle difese sulla sua visuale limitata del campo operatorio), anche solo in considerazione del tempo dell'operazione, che venivano eseguite pure delle asportazioni non consentite dalla paziente (e che non avevano per la stessa alcuna pratica utilità) ed è stata ancora una volta solo la sua negligenza, nell'operare i controlli che gli incombevano in quanto partecipe dell'attività chirurgica, che ha permesso ai chirurghi stessi di procedere impunemente nell'attività illecita contestata a questi ultimi".

Non vi è dubbio poi che la negligente condotta degli anestesisti sia da porre in rapporto di causalità con il decesso della Scocchetti, avendo essa permesso a Brega di legittimare la sua condotta, dandogli via libera intervento e manovre che avevano portato a morte la paziente.

17.4. Resta, quanto agli omicidi, da esaminare il caso della paziente Vailati Canta, rubricato al capo 47) per i chirurghi Brega Massone e Presicci e al capo 47 bis) agli anestesisti Lolli e La Bianca, fatta avvertenza che La

Bianca non ha interposto appello avverso la declaratoria di non doversi procedere nei suoi confronti per estinzione del reato causata dalla prescrizione e quindi è estraneo al giudizio di impugnazione.

Nelle proprie considerazioni finali, il giudice di primo grado ha insistito sulla inutilità dell' intervento, definito privo di finalità diagnostiche o palliative per la ritenuta gravità delle condizioni della paziente, dimostrata dagli esami effettuati in sede preoperatoria e volutamente sottostimata dai terapeuti della clinica Santa Rita che, peraltro, non avevano urgenza di intervenire e non avevano neppure studiato a sufficienza la patologia, né, al solito, avevano considerato possibili alternative.

Per il primo giudice non aveva senso avere proceduto al talcaggio ed ancor meno alla wedge resection, esorbitante da un mero prelievo bioptico; il consenso informato, oltre ad essere stato raccolto in modo fuorviante in relazione al sospetto diagnostico, non era stato ottenuto né per i prelievi alle pleure, né per la resection né per il talcaggio, mentre il consenso all' anestesia era stato fatto firmare in bianco.

Ancora la Corte aveva ritenuto l' assoluta evidenza del nesso causale tra intervento e decesso della donna, morta cinque giorni dopo l' operazione (ricovero 13/, intervento 15/3, decesso 22/3), dando rilievo nullo all' annotazione della improvvisa manifestazione di una "embolia polmonare" alla voce diagnosi, trascritta nel frontespizio della cartella clinica.

Tale fenomeno non era stato menzionato né nella indicazione nel diario clinico della causa del decesso , né nella scheda di morte.

Anche in questo caso la condotta dei chirurghi era ascritta alla finalità di operare comunque, in urgenza, limitando il periodo di ricovero sì da raggiungere la massima redditività, sacrificando a tale obbiettivo il benessere della Vailati Canta, aggressivamente operata senza esami esaustivi, in tutta fretta, e in presenza di condizioni di salute della degente assai problematiche, secondo un ricorrente, e quindi significativo, *modus operandi*.

La difesa di Brega Massone ha insistito in primo luogo sulla definizione di paziente "cachettica" riconosciuta alla Vailati Canta, facendo riferimento al calcolo basato sull' indice BMI e sottolineando come la donna, al momento del ricovero conducesse vita attiva.

Ha sottolineato la difesa come, anche per le considerazioni espresse dalla consulente del PM Marenghi, la Vailati Canta non fosse una paziente cardiopatica, né avesse una patologia renale.

Ha sostenuto poi Brega che nella decisione di primo grado la Corte aveva in realtà svolto un processo alle intenzioni, piuttosto che prendere atto sulle acquisizioni scientifiche nelle quali inquadrare la scelta chirurgica effettuata.

Ha voluto evidenziare come l' indicazione chirurgica posta inizialmente da Presicci fosse quella di biopsia chirurgica a scopo diagnostico e come, solo dopo aver preso visione della TAC toracica, fosse stato deciso di realizzare una VATS per talcaggio, per via del consistente versamento pleurico destro. Si era trattato di una VATS che aveva avuto esigenza primaria di palliazione (pag. 185 dell' appello) e comunque l' anestesia generale era stata necessaria per risolvere il versamento di 900 cc, causa della compressione atelectasica del polmone, a sua volta cagione dell' insufficienza respiratoria ingravescente.

Un drenaggio endopleurico, senza instillazione di sclerosanti, aveva rischio alto di recidive e un certo rischio di emi e pneumotorace.

In merito alla mancata esecuzione dell' agobiopsia della massa sopraclavare, anche ripetuta, l' imputato ha sottolineato come l' esame potesse essere inquinato da falsi; irrilevante ai fini della ritenuta abusività dell' intervento era la circostanza che la biopsia a cielo aperto non avesse raggiunto lo scopo, mentre l' ipotesi della Corte in ordine alla possibilità di biopsia dei linfonodi del comparto paratracheale, ascellare e addominale era non controllabile, essendo stata formulata dal giudice ma non dai consulenti del PM.

Ha sostenuto poi che effettivamente vi erano state biopsie, ma la wedge era stata solo riportata sulla carta; biopsie di modeste dimensioni non avevano avuto effetto sul problema respiratorio.

Tornando alla finalità palliativa dell' intervento, Brega ha ricordato che la VATS si imponeva come rimedio assoluto al versamento bilaterale e la sua possibilità di recidiva rendeva necessario il talcaggio, negando valore all' osservazione della Corte, la quale aveva sostenuto che in caso di linfoma (di cui vi era solo un sospetto), non sempre il talcaggio ha successo.

I temi sono poi stati ripresi nei motivi nuovi in cui si è contestata la sussistenza dell' elemento soggettivo del dolo eventuale.

Presicci ha incentrato il suo appello sulla esistenza di un versamento pleurico non evidenziato dal radiologo , ma da lui invece riscontrato tanto da avere disposto la TAC.

Si era accertato come si fosse trattato di un versamento pleurico imponente in una paziente assolutamente non compromessa.

Ha sostenuto che, a che se si fosse trattato di una forma cardiogena con versamento pleurico estraneo perciò alla patologia oncologica, nondimeno il talcaggio sarebbe stato necessario, perché avrebbe consentito alla paziente con la riespansione polmonare una migliore qualità di vita nel pur limitato tempo di sopravvivenza rimastole.

Presicci ha poi negato che la causa di morte possa essere individuata in una reazione alla VATS cui al Vailati Canta era stata sottoposta.

Negli appelli non si ravvisano particolari contestazioni circa le questioni relative al consenso informato e alla scheda anestesiologicala firmata in bianco, su cui si è soffermata la Corte di primo grado.

Sulla base di quanto detto e anche affermato dalla Corte di cassazione nella decisione più volte richiamata, non sembra potersi dire di essere in presenza di un intervento lecito.

In ogni caso non vi era stata esposizione di possibili alternative perché la paziente, cui in ultima analisi sarebbe spettato la parola definitiva al riguardo, potesse scientemente scegliere.

Tali alternative debbono essere comunque esposte dal chirurgo, il quale ha tutto il diritto di esprimere in buona fede il suo giudizio sul grado di concreta utilità di ciascun tipo di approccio, ma resta il fatto che in nessuno dei casi esaminati in questo processo, sia nei casi di lesioni più o meno gravi sia nei casi di omicidio, è stata offerta ai pazienti possibilità di scelta rispetto alla assertiva indicazione dell' intervento progettato dai chirurghi toracici.

Altro elemento di percezione immediata di illiceità dell' intervento sta nel fatto della mancata indicazione nella scheda di consenso informato tanto delle resezioni che della wedge (apparentemente frutto di una falsa attestazione, secondo Brega) e, infine, del talcaggio che per gli imputati è un accessorio dell' operazione toracica, non degno di menzione al paziente, seppure si può dire sia indiscusso che provochi forte dolore nel malato e incida sulla sua piena facoltà respiratoria nel postoperatorio.

Altra questione da affrontare è quella relativa alle condizioni della paziente al momento del ricovero.

La paziente, ottantaduenne, al ricovero in Pronto soccorso aveva tachicardia, febbre, lieve dispnea con saturazione al 98%. Aveva cardiopatia congestizia ed ipertensione. Le pregresse patologie cardiache avevano importanza perché, se il ritmo atriale è buono, vi erano comunque sovraccarico ventricolare sinistro e possibili esiti di infarto miocardico inferiore.

Quanto alla questione relativa allo stato cachettico, deve comunque osservarsi come la Vailati pesasse 40 kg con una calo ponderale di 11 chilogrammi in sei mesi e 15 in un anno, vale a dire un terzo del peso complessivo.

La stessa anamnesi di reparto aveva definito scadute le condizioni di nutrizione della ricoverata.

Come si è detto, Presicci il giorno del ricovero aveva riscontrato una tumefazione sovraclaveare ...di verosimile pertinenza linfonodale ed aveva giudicato utile il ricovero, onde eseguire una biopsia chirurgica a scopo diagnostico.

L'indicazione era cambiata a seguito delle TAC torace e addome del giorno successivo perché, tra l'altro, era accertato un versamento bilaterale con atelectasia compressiva dei parenchimi polmonari.

Gli esami ematochimici evidenziavano un'anemia cronica, un aumento degli indici di flogosi e una ridotta funzionalità renale, il tutto in un quadro di diffusione pluriorganica della patologia tumorale.

L'anestesista aveva dato un consenso senza valutare il rischio, che ex post sarà definito tra la III e la IV classe ASA e la paziente, in vista dell'intervento, era stata trasfusa con due sacche di sangue.

A meno di 24 ore dall'intervento, la Vailati Canta era entrata in una spirale di aggravamento che, in pochi giorni, l'avrebbe condotta a morte, certificata nella scheda di Presicci secondo consuetudine con indicazione della causa iniziale in una neoplasia maligna multimetastatica, dell'intermedia nel dimagrimento (valida causa intermedia di morte, dunque, ma non controindicazione all'intervento di chirurgia maggiore secondo gli imputati)/ adenopatie voluminose/ metastasi epatiche; della finale nel consueto deficit multiorgano.

Nessun riferimento ad una efficacia, concausale almeno, dell' intervento, cui il decesso dovrebbe essere legato con un grado di ragionevole certezza, non fosse altro perché la situazione di grave shock cardiocircolatorio del giorno 18 non solo temporalmente conseguente all' operazione, difficilmente può essere ricondotta ad una patologia metastatica ad azione subitanea, ovvero alle condizioni problematiche (dal punto di vista dell' assoggettabilità ad un intervento del genere di quello praticato) della donna, ma non ostante alla conduzione di una vita autosufficiente.

Del resto, il perdurare della situazione di shock, inteso come collasso cardiocircolatorio con grave compromissione del flusso ematico degli organi vitali, comporta un difetto di perfusione agli organi e ai tessuti periferici, causa di alterazioni irreversibili cui consegue l' exitus del paziente.

Senza contare che i frammenti pleurici e polmonari prelevati nel corso dell' intervento erano negativi per neoplasia e i frustoli del linfonodo sovraclaveare mostravano marcate lesioni artefattuali a causa dell' impiego di elettrobisturi e non erano adeguati alla finalità diagnostica istologica che, con la finalità palliativa, si sarebbero volute perseguire.

Nel caso della paziente, sarebbe stato utile un orientamento diagnostico sulla natura della patologia tumorale presente a livello del linfonodo sovraclaveare e di numerose sedi profonde. Ci sarebbe stata indicazione all' esecuzione di una o più agobiopsie diagnostiche in sede sovraclaveare.

La clinica (soprattutto il deperimento organico e la rilevante anemia) e le caratteristiche dell' interessamento linfonodale (erano coinvolte numerose stazioni: laterocervicali, sovraclaveari e toraciche), così come l' ingrandimento della milza, dovevano apparire fortemente orientative per una patologia neoplastica primitiva del sistema emolinfopoietico.

Tali neoplasie sono denominate linfomi e configurano uno spettro di lesioni a differente grado di malignità/aggressività biologica e necessitano di terapie mediche (chemioterapia o terapie molecolari bersaglio), da modulare sulla base di: 1) tipo istologico del linfoma, 2) stadio di malattia (definito come estensione locale/sistemica).

Per una definizione accurata dello stadio è fondamentale eseguire una biopsia osteomidollare, in modo da accertare l' eventuale localizzazione di malattia (in questo caso probabile, vista la rilevante anemizzazione).

Il sospetto diagnostico di linfoma imponeva una richiesta di consulenza di uno specialista oncologo/oncoematologo, allo scopo di disegnare un percorso diagnostico.

In caso di conferma della patologia linfomatosa, l'oncoematologo doveva effettuare la presa in carico del paziente e impostare l'iter terapeutico.

La terapia dei linfomi non è mai chirurgica. Usualmente il ricorso ad un atto chirurgico maggiore (qual è la procedura in questione) per la diagnosi di linfoma è una *extrema ratio*, autorizzata solo qualora non sia stato possibile ottenere una diagnosi con procedura non invasiva.

Nel caso specifico, la presenza di masse sovraclaveari, laterocervicali e ascellari avrebbe sicuramente consentito un agevole approccio diagnostico mediante agobiopsia o minima resezione del parenchima linfonodale, nonostante quel che dicono gli imputati.

Appare completamente illogica e inutile la procedura chirurgica scelta, perché le resezioni polmonari e le biopsie pleuriche sono state effettuate in assenza di lesioni.

Inoltre, il talcaggio del cavo pleurico, in assenza di diagnosi certa e di dimostrazione del carattere recidivante del versamento, non ha alcuna indicazione.

In particolare, non avrebbe senso il talcaggio in paziente attinto da sospetto di linfoma (già nutrito ab origine da Presicci).

L'evacuazione del liquido (900 cc) avrebbe potuto essere effettuata mediante metodiche meno invasive (toracentesi).

L'errore nella scelta procedurale e' aggravato dall'imprudenza legata alle condizioni generali, alquanto precarie, della paziente, anziana, con gravi comorbilità cardiocircolatorie e defedata da una patologia neoplastica a diffusione sistemica, che sarebbe stato opportuno definire sul piano istopatologico con tecniche non invasive, per non escludere a priori una possibile terapia.

L'intervento chirurgico e le correlate procedure anestesilogiche avevano determinato sulla paziente, a grave rischio per problemi cardiocircolatori, ematici (marcata anemia), renali (ridotta funzionalità) e sistemici (neoplasia disseminata, grave deperimento), uno scompenso cardiocircolatorio e respiratorio acuto (shock), in diretto collegamento causale con la morte.

Quanto alla questione dell' embolia, che ricalca l' ab ingestis della paziente Scocchetti nella sua presunta incidenza esclusiva sul nesso causale,, non può

che ripetersi quanto osservato dal primo giudice alle pagg. 684 e ss. della sentenza impugnata.

Si deve infatti negare l'esistenza di riscontri al suo manifestarsi, nonostante l'attestazione sul frontespizio della cartella di cui non si conoscono le circostanze di redazione.

Quanto all'elemento soggettivo, ricorrono qui tutte le caratteristiche dei diversi approcci esaminati sia per il caso di lesioni volontarie che per quelli più gravi riguardanti la morte dei pazienti collegata agli interventi dei chirurghi toracici.

Di costoro vanno evidenziate la fretta, la sciatteria consueta, che non è indice di mera negligenza ma di assoluta indifferenza alla sorte ultima del paziente (vedi ad esempio operare in mancanza di attestazione del rischio anestesilogico, in assenza di diagnosi certa saltando ogni step, con manovre di resezione persino inutili a causa delle carenti modalità di prelievo dei frammenti da sottoporre ad esame istologico, vanificato dall'uso dell'elettrobisturi), la pretermissione nella scheda di morte di qualsiasi riferimento all'intervento, ricollegando il decesso ad un improvviso aggravarsi della patologia tumorale (per la questione delle autopsie vedi in seguito).

Quanto all'anestesista Lolli, si deve osservare che egli qui contesta la correttezza della decisione di non doversi procedere per prescrizione emessa nei suoi confronti dal giudice di primo grado, rivendicando il diritto ad una assoluzione con formula piena dal reato di cui all'art. 589 c.p.

Afferma il suo difensore che nessuna agevolazione colposa poteva essere posta a carico del suo difeso, posto che egli era stato chiamato ad esprimersi sulla anestetizzazione di una paziente da sottoporre a semplice biopsia e non a VATS con resezioni parenchimali.

Ma la Corte ha già detto che la negligenza del Lolli andava ricercata nella mancata evidenziazione che neppure una biopsia chirurgica, vale a dire l'intervento che gli era stato effettivamente pronosticato, doveva apparirgli immediatamente inutile, se lo stesso tacchista aveva indicato la possibilità di pervenire ad una diagnosi con un esame endoscopico espressamente consigliato.

Tutto ciò, in un quadro di negligenza della sua posizione di garanzia nei confronti della Vailati Canta, che l'aveva condotto anche a non esporre neppure il grado di rischio ASA dell'intervento comunicatogli.

18. Il tema del dolo eventuale dopo la sentenza delle SS.UU. della Cassazione del 24 aprile 2014, n. 38343.

Si è già detto che, una volta che si sia accertata la natura dolosa degli interventi praticati e che sia, ovviamente, accertato il nesso di causalità fra lesioni dolose e decesso dei pazienti, non sarà possibile configurare in capo ai chirurghi ipotesi di colpa, sia pure aggravata dalla previsione dell' evento. Resta, per la Corte, aperta la sola via di dover distinguere fra omicidio preterintenzionale e omicidio volontario, nella specie sotto il profilo del dolo eventuale.

Non sembra che sia necessario interloquire ulteriormente sulla natura dolosa delle lesioni praticate a seguito degli interventi tutti, per i quali ricorrono le stesse circostanze e contestazioni sostenute nel giudizio passato in giudicato e che possono in questo giudizio essere evidenziate proprio in base ai criteri enunciati in quel giudizio della Cassazione, che in altra parte di questa sentenza sono stati riportati per intero.

La conferma che l' illiceità degli interventi, anche non mortali, debba essere ricondotta al dolo e non alla colpa deriva allo stesso modo da alcuni degli indicatori rivelatori della natura dell' elemento soggettivo nei reati di omicidio.

L' esame di questi indicatori permette però di risolvere l' apparente contesa non tanto fra colpa e dolo, cui la sentenza delle SS.UU. del 24 aprile 2014 n. 38343, Espenhann, ha dedicato un' articolatissima motivazione, ma soprattutto quella fra preterintenzione e dolo eventuale.

Si tratta di un tema nuovo, assente nella vicenda già definita con sentenza irrevocabile, dove quel giudice non si è dovuto porre il problema del nesso causale con qualsivoglia evento, qui essenziale per la contestazione e sussistenza dei delitti di omicidio, né quello di ulteriori approfondimenti sull' elemento psicologico di un ben più grave delitto rispetto ai reati, anche aggravati dal pericolo di vita, scrutinati in quel giudizio.

Ed allora ci si può rifare a quanto osservato a partire da pag. 183 nella menzionata sentenza del giudice di legittimità a proposito del cd caso Thyssenkrupp.

La Corte di cassazione ha infatti premesso che, al fine di individuare gli indicatori del dolo eventuale e dovendosi indagare la sfera interiore dell' agente, l' indagine al riguardo si colloca sul piano indiziario e concerne la ricostruzione di un processo decisionale che si deve basare sulla nitida, ponderata colpevolezza della concreta prospettiva dell' evento collaterale, che si traduce nel prezzo o contropartita accettabile in relazione alle finalità primarie.

Si è già evidenziato come la finalità primaria dei chirurghi, in adesione al progetto perseguito *in primis* da Brega Massone, fosse quella di procedere il più possibile ad interventi invasivi, e nello specifico pericolosi, con lo scopo di consentire il massimo vantaggio economico alla clinica e indirettamente alla équipe, per la quale la garanzia della prosecuzione dell'attività di reparto e, non secondariamente, l'accreditamento sul campo dei suoi componenti come chirurghi esperti e abitualmente impegnati in interventi di chirurgia maggiore, erano finalità collegate ed ulteriormente appaganti.

Poiché non si è qui ad esaminare fatti di sangue determinati dall'uso di armi, si può tralasciare il primo degli indicatori evidenziati dalla Cassazione (cfr. prg. 51.1/pag. 184), passando al secondo (prg. 51.2/pag. 184), rappresentato dalla lontananza dalla condotta tenuta da quella standard.

Si tratta di un *file rouge* che intesse tutti i casi esaminati, anche di sole lesioni, sottolineato dai consulenti del P.M. ed enfatizzato dall'assenza nella struttura di alcuni presidi necessari e del personale addetto per l'effettuazione di esami secondo step necessari in base alle linee guida nell'approccio ai pazienti.

Filo conduttore connotato inoltre dalla trascuratezza verso l'età, le condizioni, le comorbidità dei soggetti da operare, dalla assenza di giustificazioni per resezioni anche nei riguardi di pazienti per i quali la malattia era già stata diagnosticata e/o destinati a soccombere a breve, a seguito del grave avanzamento della patologia da cui erano affetti.

Si tratta, come accennato, di un indicatore utile anche solo ad affermare la sussistenza del dolo di lesioni, bastando ricordare ad esempio la distanza fra l'approccio tenuto e quello previsto da linee guida e indicato dai consulenti del PM (ma anche da terapeuti terzi, come il prof. Legnani e i colleghi dei componenti l'équipe toracica e finanche dallo stesso Pansera), ad esempio in tema di interventi al seno, di TBC, di distrofie bollose, di fratture costali.

Rileva altresì la personalità del capo équipe, Brega Massone, quale può essere desunta dalle captazioni telefoniche, dalle quali emergono con evidenza gli obbiettivi cui intende orientare la sua attività e la sufficienza, per non dire il sostanziale disinteresse, nei riguardi dei pazienti (il "pescare i polmoni"; l'ossessività nella ricerca di persone da portare sul tavolo operatorio, la "mammella novantenne", la centralità accordata non al paziente ma agli incassi di clinica ed équipe, etc).

Rilevano ancora durata e ripetitività delle condotte, anche indipendentemente dal verificarsi dei decessi (la cd "*monotematicità dell'accesso diagnostico*": *non si può fare a tutti la toractomia per andare a vedere che cos'ha*": prof. Legnani, incaricato dell'indagine interna dal proprietario, intercett. del 7 ottobre 2007); vi sono stati svariati casi di

decessi conseguenti ad interventi, per i quali non si è ritenuto di elevare contestazione di omicidio in forza della problematicità di accertamento della sussistenza di nesso causale, interventi nondimeno volontari e delittuosi).

I fatti oggetto del presente procedimento e di quello passato in giudicato erano oltre cento, e tutti contenuti in un arco temporale che si può definire limitato ad un paio di anni di attività chirurgica.

Come sostengono le SS. UU. della Cassazione, durata e ripetitività delle condotte aprono realisticamente le porte all' ipotesi che vi sia stata previsione ed accettazione dell' evento mortale nei casi in cui questo si è verificato ed al riguardo va evidenziato come si possano ravvisare nella condotta schemi ricorrenti, quali mutamento dell' intervento originariamente previsto per pervenire alla VATS d'acchito e senza esami esaustivi in ordine all' accertamento della diagnosi, prospettazione ai pazienti dell' urgenza di operare in previsione di una possibile rapida evoluzione della malattia, sottovalutazione dolosa, anche nei contatti con pazienti e parenti, del rischio di intervento (come non ricordare le affermazioni di Pansera, proprio a proposito di Brega, quando afferma che a questo imputato la TAC serviva per andare a vedere i "cazzilli" e *"tutto quello che vedeva lo passava per tumore dall' esito incerto"?*).

Anche la condotta successiva al fatto rileva ed allora va ricordato che in nessun caso per la morte dei pazienti Dalto, Scocchetti, Vailati Canta e Schiavo, (ma a ben vedere appunto anche per la morte in clinica di altri pazienti per i quali non è stata elevata la contestazione di omicidio) è stata disposta una autopsia.

Si può accettare l' eccezione di alcune difese circa l' inesistenza di un obbligo legale di procedervi o che, almeno in un caso, i parenti della vittima abbiano manifestato il desiderio che l' esame autoptico non fosse effettuato. Tuttavia, è di immediata percezione che in queste circostanze vi sarebbe stato un obbligo morale particolarmente pressante per i chirurghi di disporre per l' autopsia del paziente deceduto, proprio al fine di far risultare le totali liceità e trasparenza dell' operare e la sua estraneità, sul piano del nesso casuale, con l' exitus (vedi l' ab ingestis della Scocchetti, l' embolia della Vailati Canta, l' imprevedibile lacerazione cardiaca di Schiavo non determinata da manovre errate dei chirurghi, la fibrillazione ventricolare di Dalto).

Per contro, solitamente (Vailati Canta, Scocchetti) nella scheda di morte era stato negletto ogni possibile apporto casuale dell' intervento praticato, erano state sottolineate gravi patologie, peraltro non ritenute ostative all'

intervento, che secondo il redattore, avrebbero improvvisamente causato l' exitus del paziente.

Anche le alte probabilità di verifica dell' evento, sulla base di un onesto giudizio ex ante, sono state ampiamente evidenziate nella sentenza impugnata e dunque non è certo un caso che i decessi si siano verificati tutti con riferimento a soggetti che o per l' età, o per le condizioni fisiche defedate, o per l' avanzato stato della patologia neoplastica.

Si tratta di circostanze a volte anche concorrenti, che hanno dato il destro all' accusa per sostenere che proprio esse avrebbero messo al riparo i chirurghi da sospetti o possibili giudizi negativi nei confronti del loro operato. Vale a dire interventi pretestuosi potevano essere commessi nei confronti di pazienti compromessi, nel ragionevole convincimento che l' eventuale loro morte sarebbe stata attribuita proprio alle patologie che avevano portato al loro ricovero.

E, al termine, va detto del fine della condotta, della sua motivazione di fondo di cui si è ripetutamente detto e che emerge prepotentemente anche solo dalle intercettazioni, nonché, in buona sostanza sia dai giudizi dei colleghi del primario dell' équipe (*"se controllano le cartelle, tu lo sai che il principe di queste cose è Brega Massone, non c'è bisogno che lo dica io"* - dott. Galasso 20 luglio 2007 ore 18:42), sia da ammissioni dello stesso primario (*"ste persone¹³ che ti dicevano ...pompare, pompare, pompare...tra le cartelle chissà quante saranno pompate e mi arresteranno come truffatore".¹⁴*)

Scopo ultimo questo, al quale è stato sacrificato il rischio per l' incolumità dei pazienti, la morte dei quali è stato il prezzo, effetto collaterale previsto ed accettato per realizzare il profitto dal cui conseguimento i terapeuti non

¹³ Questa captazione è stata dalle difese utilizzata per evidenziare come Brega Massone si ritenesse al più responsabile di truffe per eventuali falsificazione dei DRG e non di altro. Si tratta dell' ipotesi ritenuta anche all' inizio delle indagini, ma la realtà ha mostrato ben altro. Accanto ad attestazioni false, risultano effettivamente compiuti interventi che collimano con le richieste di rimborso, in accordo con quanto sostenuto appunto da Pansera stesso sulla pretestuosità di taluni interventi e dai consulenti del PM. Non basta sostenere, a fronte dell' esame degli interventi, che Brega si sarebbe potuto limitare a falsificare cartelle e richieste di rimborso per pervenire al fine economico prefissatosi, perché è evidente che operare facendo corrispondere le richieste all' attività realmente svolta permetteva di incrementare la possibilità che le truffe e i falsi non sarebbero mai stati scoperti.

sono stati distolti pur sapendo dell' elevata, elevatissima, probabilità del suo verificarsi.

19. I delitti di truffa aggravata e falsità in atto pubblico. Le contestazioni relative a Renato Scarponi.

Tutti i reati di falso e truffa rubricati nei capi che vanno da A) ad H) sono estinti per prescrizione.

La contestazione fatta da Brega Massone circa la piena corrispondenza delle prestazioni effettivamente erogate ai pazienti nel sospetto della patologia che aveva condotto i terapeuti ad intervenire chirurgicamente, indipendentemente dalla liceità dell' operazione e, di conseguenza, l' affermata impossibilità di ritenere configurati nella specie gli artifici e raggi quali elemento costitutivi della truffa, non può essere accolta.

Rileva questa Corte che già nel processo che ha riguardato gli stessi imputati e ormai definito con sentenza irrevocabile, tale eccezione (capo 10 dei motivi di ricorso per cassazione) non ha avuto successo. Infatti, si è ritenuto che l' apposizione di codici non corrispondenti alla reale patologia o al reale livello di assistenza prestato, e dunque anche nel caso in cui si fosse artatamente proceduto ad interventi inutili per pervenire a valorizzazioni superiori con conseguente induzione dell' ente pubblico in errore sulla regolarità sostanziale dei pagamenti richiesti, configuri i reati di falso e truffa.

La difesa contesta sul punto il richiamo alla legge istitutiva del SSN, sostenendo che il passo in cui si afferma che il rimborso non sarebbe dovuto in caso di interventi non opportuni per la salute del paziente è inesistente, essendo pervenuto quindi il giudice ad un falso per sottinteso.

Premesso che la citazione della Corte d'Assise riguarda il reato di truffa e non quello di falso, si osserva che il tema delle truffe ai danni del SSN non è nuovo in questa Regione, essendo stati i delitti di truffa e falso già elevati ad altre strutture sanitarie in anni precedenti (caso Multimedica, 2005), sia per il caso di esposizione di interventi mai fatti che di interventi inutili rispetto alla patologia del paziente.

Appare erronea la conclusione della difesa circa la creazione della categoria della "illegittimità per sottinteso"; va invece ribadito che raggiri ed artifici sono condotte a forma libera e si deve ricordare che al rimborso si procede a seguito di quelle attestazioni che sono comunque idonee ad indurre il destinatario a versare di somme rispetto a quelle che sarebbero state necessarie.

L' inopportunità, almeno, e soprattutto la negatività dell' intervento e talora la sua esiziale natura per il paziente evidentemente costituiscono circostanze che rendono gli interventi estranei ai principi e alle finalità per le quali il SSN è stato costituito.

E dunque, come è stato correttamente osservato con motivazione che ha superato il vaglio della Corte di cassazione, interventi che non rispondono alle esigenze di tutela della salute del paziente comportano il raggirio del destinatario della richiesta di rimborso, perché quest' ultimo è indotto in errore circa il perseguimento di tali esigenze di tutela.

Il reato di falso è poi integrato sia nel caso che nella richiesta di rimborso vengano esposti interventi o specifiche manovre non effettuate, sia nel caso siano denunciati interventi di cui siano attestati falsamente i presupposti per l' intervento chirurgico.

In particolare, per il reato di falso ideologico in relazione al sistema delle codifiche, non si può ignorare che il tema è stato affrontato proprio dalla sentenza della Cassazione più volte citata che ha avuto occasione di richiamare, sul ricorso dell' imputato Baldini, una sua decisione (41824/2008), resa in fase cautelare con riferimento sempre alla vicenda della clinica Santa Rita.

Per comodità del lettore se ne riporta il passo centrale sul punto: "*Ciò posto, va poi osservato che, come condivisibilmente già sostenuto dal Procuratore generale di udienza, il tema fondamentale della configurabilità del reato di falso ideologico in atto pubblico con riferimento al sistema delle codifiche è stato affrontato in termini del tutto condivisibili e da richiamare, da questa Corte di cassazione allorché lo ha esaminato in occasione dell'incidente cautelare promosso da- allora- coindagati del ricorrente.*

Si tratta della sentenza n. 41824 del 2008 nella quale la Cassazione ha formulato un principio che va ben oltre il caso specifico e si attaglia perfettamente alla fattispecie qui in esame, essendo capace di inquadrarla.

SI è cioè affermato in quella occasione che "la giurisprudenza di questa Corte (Cass. sez. 5, 24 gennaio 2007 n. 15773, Marigliano; sez. 5, 25 settembre 2006 n. 38153, Bianco; sez. 5, 30 novembre 1999 n. 1004, Moro; sez. 5, 17 novembre 1999 n. 14283, Pinto ed altri; sez. 5, 9 febbraio 1999 n. 3552, Andronico) ha più volte affermato, con riferimento al reato di falso ideologico previsto dall'art. 479 c. p., che il giudizio del pubblico ufficiale espresso sulla base di una libera scelta dei criteri di valutazione è assolutamente discrezionale e, quindi, il documento che lo rappresenta non è destinato a provare la verità di alcun fatto, mentre nel caso in cui l'atto faccia riferimento implicito a previsioni normative che dettano criteri di valutazione, si è in presenza di quella che, in sede amministrativa, si denomina discrezionalità tecnica, che cioè vincola la valutazione ad una verifica: l'atto può essere obiettivamente falso se il giudizio del pubblico ufficiale, che è di conformità, non risponde ai parametri cui è implicitamente vincolato. Nel caso di specie l'identificazione delle Informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e le relative modalità di compilazione e codifica sono state disciplinate prima dal D.M. 28 dicembre 1991 che ha istituito la 500, poi dal D.M. 26 luglio 1993 e, a far data dal 1 gennaio 2001, dal D.M. 27 ottobre 2000 n. 380 al quale è allegato un disciplinare tecnico (istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera e per il corretto utilizzo della classificazione). Le informazioni necessarie per assegnare a ciascun paziente uno specifico DRG (diagnosis related group) - termine con il quale si indica una categoria di pazienti ospedalieri definito per caratteristiche cliniche analoghe e richiedenti per il loro trattamento quantità omogenee di risorse ospedaliere - sono la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età e il sesso del paziente e la modalità di dimissione.

La Corte ritiene che la corretta compilazione della 500 e la codifica delle informazioni sanitarie in osservanza delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico - operazioni che sono specificamente demandate al medico responsabile della dimissione individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso (D.M. 380 del 2000, art. 2, comma 3) - ben possa configurarsi come un parere squisitamente tecnico che tuttavia, essendo formulato da soggetti cui la legge riconosce una determinata perizia (e, in particolare, per la SDO è richiesta dal D.M. 380 del 2000 anche una specifica formazione) ed essendo ancorato ai parametri valutativi dettagliatamente predeterminati nel D.M. 380 del 2000, sia destinato a rappresentare la realtà al pari di una descrizione o di una constatazione. La qualificazione giuridica di falso ideologico nel caso di specie



corrisponde pertanto, come affermato nell'ordinanza impugnata, ad un corretto inquadramento giuridico della condotta attribuita all'indagato.

Di rilievo poi nella citata decisione di legittimità n. 3510472013 è anche l'affermazione, resa su appello del coimputato Bassanino, che falso e truffa sussistono anche nell'ipotesi in cui i sanitari si fossero limitati a richiedere rimborsi per prestazione somministrate per interventi con ricovero, quando invece sarebbe stato possibile una terapia in day hospital, ipotesi che si è vista ricorrere con una certa sistematicità nelle operazioni esaminate.

La stessa sentenza della Cassazione ha risolto altri temi affrontati dalle difese a proposito di questi reati, vale a dire quello riguardante la configurabilità del nesso teleologico tra il reato di truffa e quello di falso (vedi pag. 22 della sentenza allegata agli atti), affermata in base a giurisprudenza assolutamente univoca (rv 180838, 102266, 118398, 121237), quello riguardante l'eventuale buona fede nell'apposizione dei codici per il rimborso, in ragione della sistematicità delle condotte relative al loro impiego, senza discrezionalità di scelta a nulla rilevando l'assenza di precedenti rilievi ad opera degli organi di controllo, posto che la difesa si tradurrebbe nella richiesta di riconoscimento della ignoranza della norma extra penale integratrice del precetto in discussione.

Né alcun chirurgo si può chiamare fuori da questa contestazione sostenendo di non essere pratico di codifiche, poiché è del tutto evidente che la concordata condotta dei terapeuti era finalizzata proprio a sorreggere richieste di rimborsi non dovuti sulla base di documentazione falsa.

Da ciò consegue che detti reati appaiono sussistere in tutti i casi che sono stati esaminati in questo giudizio, anche se, come anticipato, tutti sono prescritti. Va rilevato però che ai sensi dell'art. 578 c.p.p. per questi delitti va confermata la responsabilità civile degli imputati e dei responsabili civili, chiamati a risponderne.

Invero, in ordine alla prescrizione dei reati di truffa, questa Corte ritiene di poter condividere l'opinione del primo giudice relativamente al momento di consumazione di tali delitti, individuato nel marzo dell'anno successivo alla presentazione delle SDO con effettivo rimborso alla struttura sanitaria da parte dell'ente incaricato, con il che l'effetto estintivo per quelle truffe che non sono state dichiarate prescritte in primo grado, si è verificato nelle more e nel corso del giudizio di appello.

Non c'è, infine, alcuna indebita duplicazione nella condanna del responsabile civile ICCS sia in favore della Regione Lombardia che della (allora) ASL per il risarcimento di pretese che spettano o all' uno o all' altro Ente, così come tale duplicazione non consegue all' ulteriore rilievo che nei capi G) ed H) sono state riportate anche cartelle per cui erano già intervenuti la condanna degli imputati, oltre che il risarcimento stabilito in via transattiva fra le parti e quello stabilito all' esito delle vertenze presso la Corte dei Conti (tutti i casi trattati nel procedimento definito con sentenza irrevocabile).

Leggendo la sentenza impugnata, si rileva che ogni somma la cui corresponsione è stata posta a carico di ICCS, e più in generale dei responsabili civili come degli imputati, è stata liquidata a titolo esclusivamente di provvisoria senza specifico riferimento ad uno qualsiasi dei delitti attribuiti ai chirurghi, spettando pertanto al giudice civile, se adito, determinare definitivamente il danno, valutandone le componenti morali e patrimoniali.

Laddove la Corte di primo grado ha rilevato duplicazione nei riguardi degli imputati con riferimento a truffe e falsi per un certo numero di cartelle, lo ha espressamente indicato, disponendo di non doversi procedere nei loro confronti.

Va anche tenuto conto del fatto che nella determinazione del danno cagionato la Corte di primo grado ha valutato il difetto di vigilanza da parte degli enti preposti e dunque non sussistono ragioni per pervenire ad una sia pur parziale contestazione delle condanne del responsabile civile alle rifusioni delle spese processuali.

Tenuto conto dell' eccezionale impegno dei difensori di parte civile in ordine alle questioni tecniche che talora hanno comportato la ricerca e l' assunzione di consulenti di parte, del numero degli imputati, della complessità della documentazione da esaminare, dell' elevatissimo numero di udienze che sono state tenute in primo grado, i compensi liquidati per un dibattimento iniziato nel 2012 e terminato il 9 aprile 2014, sei giorni dopo l' entrata in vigore del DM 55/ 2014 (3 aprile 2014), appaiono alla Corte del tutto congrui e dunque va respinta l' eccezione di una eccessiva larghezza nelle liquidazioni.

Prescritti sono anche i reati ascritti a Renato Scarponi, chiamato a rispondere solo dei reati di truffa e falso commessi nel corso della sua attività di responsabile del reparto di riabilitazione presso la casa di cura

Santa Rita (capi G,H,I,L) perché, a fronte di ricoveri apparenti nel suo reparto, ovvero privi dei presupposti per detto trattamento, egli aveva avanzato scorrette richieste di rimborso.

Non è il caso di ripetere che i reati si configurano non solo in caso di mancato passaggio di reparto, ma anche in caso di passaggio reale e non giustificato da esigenza di cura del malato, non ascrivibile a colpa ma ad attività dolosa per la sistematica condotta in tal senso.

La sentenza impugnata (pag. 827) illustra con compiutezza la vicenda, premettendo che il ricovero in riabilitazione debba avvenire esclusivamente quando il paziente sia stabilizzato e sia in grado di sopportare le terapie riabilitative programmate giorno per giorno.

Compete al sanitario che dirige il reparto riabilitazione tenere cartelle che attestino la necessità di quel presidio, apertura e chiusura della riabilitazione.

Alla Santa Rita la riabilitazione è risultata fittizia perché nei casi specificamente contestati non solo il paziente non veniva spostato di letto, ma neppure era già in fase di assestamento.

La pratica aveva solo lo scopo di far apparire un maggior numero di ricoveri e di lucrare maggiormente, come del resto aveva ammesso Brega che si era adeguato ad una direttiva della direzione amministrativa della clinica (per cui i compensi di Brega diminuivano con l' aumentare della sosta in acuzie).¹⁵

Scarponi ha già patteggiato una pena per fatti analoghi e di certo non lo solleva da responsabilità affermare che la direzione di quel reparto gli fosse stata imposta dalla proprietà della clinica.

La consapevolezza dell' illiceità della procedura finalizzata ai maggior guadagni era chiara al medico e solo per pochissimi casi era giustificato il passaggio ripetuto da un reparto all' altro.

Titolare del reparto e in posizione di garanzia, Scarponi non può limitarsi a considerare i casi in cui la riabilitazione era stata disposta esclusivamente da lui. Scarponi, come emerge dalle captazioni, era pienamente consapevole che la proprietà della clinica spingeva i medici dell' acuzie ad assegnare i propri pazienti alla riabilitazione e ciononostante aveva firmato 5.000

¹⁵ Non è accettabile pertanto la giustificazione secondo cui il paziente era passato solo formalmente in riabilitazione pur rimanendo nel reparto acuzie, perché avrebbe potuto avere necessità di ulteriori cure dispensabili solo da quest' ultimo reparto. Si osserva che in tale ipotesi il paziente non poteva essere definito stabilizzato.

cartelle di riabilitazione l'anno senza che fosse stato lui a disporre tale presidio, senza controllare che i pazienti fossero effettivamente portati in reparto riabilitazione e non rimanessero invece nel reparto acuzie e, infine, non nutrendo sospetti a suo dire sul numero esorbitante di cartelle.

Egli aveva poi firmato almeno una trentina di schede di riabilitazione, il cui scopo era quello a lui ben noto, come risultava da una intercettazione con la collega Casiraghi, in cui concordava con l'interlocutrice di passare in riabilitazione fittizia una paziente per evitare che il ricovero in acuzie risultasse troppo lungo e quindi meno remunerativo per la clinica.

I reati sono prescritti, ma restano ex art. 578 c.p.p. le condanne di Scarponi al risarcimento del danno nei confronti di Regione, Asl, Ordine Provinciale dei Medici e Medicina Democratica.

20. I reati contestati ad Enza La Corte, anche in concorso con Brega.

I delitti di cui ai capi 50) e 51) contestati alla donna il primo, di favoreggiamento continuato nei confronti di Brega Massone ed il secondo, di appropriazione indebita aggravata in concorso con il chirurgo, sono prescritti.

Non sussistono ragioni per pervenire ex art. 129, 2° comma cod.proc.pen. ad una pronuncia più favorevole di quella di estinzione per prescrizione perché, quanto al favoreggiamento posto in essere dalla donna in favore del chirurgo, il col. della GdF, Maragoni, ha confermato l'attività finalizzata a tentare di far sparire dati dal computer del reparto di chirurgia toracica, anche se poi essi furono recuperati senza eccessiva difficoltà da parte di personale specializzato.

Certo il tentativo di cancellare la documentazione dal computer di reparto non giova all'immagine di un terapeuta dedicato al bene dei propri pazienti. Quanto alla documentazione detenuta dalla La Corte, che non aveva alcun titolo per trattenerle presso di sé, non si comprende come mai, se davvero fosse stata realmente irrilevante e risalente nel tempo, essa si trovasse a casa sua e non a casa di Brega, che avrebbe dovuto studiarla per la sua difesa davanti alla Commissione ASL, e soprattutto perché fosse stata custodita occultata in fondo ad un armadio.

Quanto al reato di appropriazione indebita aggravata di cui capo 51), non vale sostenere che, se la proprietà della clinica Santa Rita avesse saputo

delle necessità di Brega le avrebbe volentieri soddisfatte. Brega non si è rivolto alla direzione della casa di cura, ma ha chiesto alla La Corte di "ciulare" il materiale, oltretutto nottetempo, e l'infermiera ha accettato, evidenziando che avrebbe dovuto muoversi in modo appropriato, come risulta dalle intercettazioni.

Le circostanze che Brega, nelle successive conversazioni, non abbia reiterato la richiesta e la donna non abbia evidenziato l'impossibilità di procurarsi il materiale, lasciano intendere che la necessità del primario fosse stata soddisfatta.

Unico elemento ancora degno di nota nell'appello della La Corte è la contestazione concernente l'emersione dei due fatti reato tramite intercettazioni telefoniche non ammesse per i delitti citati.

Si tratta di questione già affrontata dalla Cassazione, la quale ha statuito con orientamento da tempo conforme che, in tema di intercettazioni, qualora il mezzo di ricerca della prova sia legittimamente autorizzato all'interno di un determinato procedimento per uno dei reati di cui all'art. 266 cod. proc. pen., i suoi esiti sono utilizzabili senza alcun limite per tutti gli altri reati relativi al medesimo procedimento, e solo nel caso in cui si tratti di reati oggetto di un procedimento diverso "*ab origine*", l'utilizzazione è subordinata alla sussistenza dei parametri indicati espressamente dall'art. 270 cod. proc. pen (vedi da ultimo Cass. Sez. 6, sentenza n. 50261 del 25/11/2015).

Dal che consegue che, nel caso di specie, deve dichiararsi di non doversi procedere in ordine ai predetti reati, sia per La Corte che per Brega Massone perché detti reati sono estinti per prescrizione.

21. *Il trattamento sanzionatorio.*

All'esito del giudizio di appello, l'argomento del trattamento sanzionatorio riguarda esclusivamente i chirurghi Brega Massone e Presicci.

La responsabilità di Brega è stata affermata per la seconda operazione nei confronti di tre pazienti che avevano conseguito dall'intervenuto pericolo di vita, vale a dire Fornetti (secondo intervento), De Vecchi e Colonna, e i quattro casi di omicidio volontario Dalto, Schiavo, Vailati Canta e Scocchetti.

Giudicato di potersi conformare alla decisione di primo grado che ha individuato nell' omicidio Dalto il reato più grave, questa Corte non ritiene di poter riconoscere a Brega Massone le circostanze attenuanti generiche a causa della sistematicità delle condotte gravemente lesive dei pazienti affidatigli, per avere poi cercato di fuorviare le indagini nei suoi confronti (vedi attività di favoreggiamento attuata dalla La Corte su sua richiesta in merito alla cancellazione dei dati dal computer dell' unità di chirurgia toracica), per l' assenza di elementi positivamente valutabili nel comportamento processuale, per la finalità di lucro cui era orientata l' attività risultata omicida.

Stante la previsione della pena dell' ergastolo, in ragione della sussistenza della circostanza aggravante di cui all' art. 61 n. 2 cod. pen, attesa l' ulteriore responsabilità di Brega per altri reati comportanti la pena dell' ergastolo, oltre quelli puniti con pene temporanee, alla pena principale ergastolo va aggiunta quella dell' isolamento diurno.

Quest' ultima, in forza della molteplicità dei delitti per i quali è stata dichiarata la prescrizione, può essere ora contenuta in anni uno e mesi sei.

Per Presicci, resta confermata la condanna per le lesioni aggravate anche dal pericolo di vita nel caso del paziente Colonna e per gli omicidi Schiavo e Vailati Canta.

Giudicato il reato più grave nell' omicidio commesso ai danni della Vailati Canta in cui Presicci era stato primo operatore, la Corte non ritiene di poter attribuire maggior valore alle già riconosciute circostanze attenuanti generiche rispetto alla circostanza aggravante contestata, in buona sostanza per le stesse argomentazioni svolte per il primario Brega, esclusa l' attività di occultamento di prove.

In questo caso, ferma la pena edittale minima di anni 21 per l' omicidio citato e fermo l' aumento di pena di anni tre di reclusione per l' ulteriore omicidio e di mesi quattro di reclusione per il caso superstite di lesioni aggravate anche dal pericolo di vita, la pena finale è di anni 24 e mesi 4 di reclusione.

Restano le pene accessorie inflitte ai due chirurghi e le ulteriori statuizioni contenute nella sentenza impugnata, ad eccezione di quelle specificamente revocate o modificate.

Seguono infine le condanne alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili liquidate come in dispositivo.

PQM

Visti gli artt. 157,160 cod. pen. e 129, 530,2° comma, 578, 605 cod.proc.pen.;

in parziale riforma della sentenza emessa dalla Corte d'Assise di Milano in data 9 aprile 2014;

dichiara

di non doversi procedere nei confronti di:

Brega Massone Pier Paolo, perché i reati sono estinti per intervenuta prescrizione, con riferimento ai residui delitti di cui al capo A) e per quelli di cui ai capi,B),C),D),E),F), nonché per i residui delitti di cui ai capi G) ed H) ed ancora per i delitti di cui ai capi 3),4),6),7),11),12),13),16), 17),18), 20), 21),26),28),33),34) limitatamente ai residui episodi, 35),36),37), 38),39), 40),41), 42),43),44),45);

Presicci Pietro Paolo Fabio, perché i reati sono estinti per intervenuta prescrizione, con riferimento ai residui delitti di cui al capo A), e per i delitti di cui ai capi B),C),D),E),F),1),2),3),4),5),6),7),8),9),10), 11),12),13), 14),15),16), 17),18),19),20), 21), ai residui fatti di cui ai capi 22) e 23) - in ragione della già riconosciuta equivalenza fra circostanze di opposto segno - 24),26),28),33),34) -limitatamente ai residui episodi - 43),44),45);

Pansera Marco, perché i reati sono estinti per intervenuta prescrizione, con riferimento ai residui delitti di cui al capo A) e per i delitti di cui ai capi,B),E),F),1),2),3),4),5),7),8),9),10),11),12),13),14),15),18),19),20),21), 24),26), 28), 34)- limitatamente ai residui episodi - 36),38), 39),40),41),42),51);

Scarponi Renato, perché i reati sono estinti per intervenuta prescrizione, con riferimento ai residui delitti di cui ai capi G), H),I),I);

Di Terlizzi Giuseppe Sergio, in ordine al reato di cui al capo 48 bis) c.p. perché estinto per prescrizione;

Bona Gianandrea, in ordine al reato di cui al capo 48 bis) c.p. perché estinto per prescrizione;

La Corte Enza, in ordine ai reati di cui ai capi 50) e 51) perché estinti per prescrizione.

Assolve

Pansera Marco dal delitto di cui al capo 48), perché il fatto non costituisce reato ex art. 530, 2° comma c.p.p.;

Conferma

la penale responsabilità, come ritenuta nella sentenza impugnata, di:

Brega Massone Pier Paolo, limitatamente all' intervento in data 11 novembre 2005 di cui al capo 22), e per i delitti di cui ai capi 23),31),46),47),48),49), ferma la pena dell' ergastolo con isolamento diurno ridotto ad anni uno e mesi sei.

Presicci Pietro Fabio, per i reati di cui ai capi 31), 46),47), irrogandogli la pena di anni ventiquattro e mesi quattro di reclusione.

Revoca

l' interdizione dall' esercizio della professione medica disposta nei confronti di Pansera Marco e Scarponi Renato.

Quanto alle statuizioni civili dispone come segue.

Revoca

le statuizioni in favore della parte civile Bergamo Michele per cessata materia del contendere a seguito di intervenuta transazione fra le parti.

Revoca

la condanna nei confronti di Di Terlizzi e Bona al risarcimento dei danni e alla rifusione delle spese sostenute delle parti civili Regione Lombardia, ASL di Milano e Medicina Democratica, Movimento di lotta per la salute O.N.L.U.S.

Revoca

le statuizioni in favore delle parti civili Marco Vantini e Graziana Vedovi, eredi Vedovi, Sandra e Marco Sipioni, eredi Muraroli, Luis Armando e Marcos Antonio e Alessandra Beatriz e Katuskha Lorena Cruzatto Saltos, eredi Saltos, essendo cessata la materia del contendere per intervenute transazioni.

Revoca

le statuizioni a carico di ICCS in favore di Emanuele e Maddalena Rosanna Trombetta, eredi di Farina Luigi, essendo cessata la materia del contendere per intervenuta transazione, revocando altresì la pubblicazione della sentenza di condanna ex art. 543 cod.proc.pen., disposta su richiesta della parte civile Trombetta.

Revoca

la condanna del responsabile civile Eukos s.p.a. al risarcimento dei danni e alla rifusione delle spese in favore della parte civile Simona Zito per cessazione della materia del contendere in conseguenza di intervenuta transazione fra le parti.



Conferma

le residue statuizioni nei confronti di Brega Massone, Presicci, Pansera, Scarponi, e del responsabile civile I.C.C.S in favore della Regione Lombardia, condannando i predetti alle ulteriori spese sostenute dalla predetta parte civile, che si liquidano in complessivi euro 8.000,00 oltre accessori di legge.

Conferma

le residue statuizioni nei confronti di Brega Massone, Presicci, Pansera, Scarponi e del responsabile civile I.C.C.S. in favore di ASL Milano, condannandoli alla rifusione delle spese di sua proseguita difesa, che si liquidano in complessivi euro 8.000,00 oltre oneri accessori di legge.

Conferma

le residue statuizioni nei confronti di Brega Massone, Presicci, Pansera Scarponi e del responsabile civile ICCS in favore dell' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Milano, condannandoli alla rifusione delle spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8.000, oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le residue statuizioni nei confronti di Brega Massone, Presicci, Pansera, Scarponi e del responsabile civile ICCS in favore di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute ONLUS, condannandoli alla rifusione delle spese di sua proseguita difesa che si liquidano in euro 8.000,00, oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni nei confronti di Brega e Presicci in favore di Eukos Spa, condannandoli alla rifusione delle spese di sua proseguita difesa, che si liquidano in euro 8.000, oltre accessori di legge.

Conferma

le statuizioni nei confronti di Presicci e Pansera in favore della parte civile Stefano Corti ed Ernestina Argenti,eredi di Mario Corti, condannandoli a rifondere le loro spese di proseguita difesa, che si liquidano in euro 8.000, oltre accessori di legge.

Conferma

le statuizioni nei confronti di Brega, Presicci e Pansera e del responsabile civile ICCS in favore della parte civile Giovanni Garlaschi, condannandoli a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore della parte civile Fiorentini Maria Caterina, erede di Bossi Maria Giovanna e condanna gli imputati Brega, Presicci, Pansera a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore delle parti civili Grazia Giovanna Colonna e Antonia Cavallo, eredi di Pasquale Colonna, Giovanna e condanna gli imputati Brega e Presicci ed il responsabile civile ICCS a rifondere le spese di loro proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore della parte civile Belloni Emiliana e condanna gli imputati Brega, Pansera ed il responsabile civile ICCS a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore della parte civile Gaibotti Oriana e condanna gli imputati Brega e Pansera a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore della parte civile Zito Simona nei confronti di Brega e Presicci e li condanna a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

le statuizioni in favore della parte civile Huayana Quijiano Mario Honorato e condanna gli imputati Presicci e Pansera a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 6.995,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma

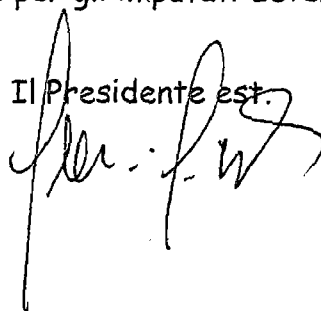
le statuizioni in favore della parte civile Schiavo Mirella, erede di Schiavo Antonio, e condanna gli imputati Brega e Presicci ed il responsabile civile ICCS a rifondere le spese di sua proseguita difesa, che liquida in euro 8.000,00 oltre spese forfettarie ed accessori di legge.

Conferma nel resto la sentenza impugnata, respingendo l' appello di Lolli Andrea in ordine al delitto di cui al capo 47 bis) c.p. e lo condanna al pagamento delle spese processuali del presente grado di giudizio.

Indica in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione della presente sentenza e dispone per egual periodo la sospensione del termine di fase della custodia cautelare per gli imputati detenuti.

Milano, 21 dicembre 2015.

Il Presidente est.



INDICE

1. Le indagini di primo grado.....	pag. 1
2. Gli appelli degli imputati e dei responsabili civili.....	pag. 96
3. Osservazioni preliminari sulle sentenze di primo e secondo grado e sui rapporti con talune parti civili.....	pag. 156
4. Le questioni sollevate dal responsabile civile ICCS: difetto di giurisdizione del giudice ordinario in merito alla richiesta risarcitoria della Regione Lombardia nei suoi confronti; difetto di legittimazione passiva per assenza di sua vocatio in ius ad opera delle parti civili Belloni e Ordine Provinciale dei Medici e Chirurghi. La contestazione della legittimazione di alcune parti civili.....	pag. 159
5. La richiesta di recupero della diminuzione del rito abbreviato.....	pag. 162
6. La contestazione dell' ordinanza del 3 giugno 2013 sulla dedotta inammissibilità ed utilizzabilità delle principali consulenze tecniche del PM. La loro inattendibilità soggettiva ed oggettiva.....	pag. 164
7. L' eccezione delle difese circa la necessità di una rinnovazione dell' istruzione dibattimentale per procedere a perizia a norma dell' art. 603 cod.proc.pen.....	pag. 166
8. Una premessa di carattere generale.....	pag. 168
9. Il contesto della vicenda e il "sistema Santa Rita".....	pag. 178
10. L' eccezione della difesa del dott. Brega Massone circa il silenzio definito "clamoroso" sulla casistica dell' imputato nel suo apprendistato all' Istituto dei Tumori come prova di continuità nell' approccio chirurgico, rilevante quantomeno ai fini del dolo sia nei reati di lesione, sia a maggior ragione nei delitti di omicidio. Le analoghe eccezioni di altre difese.....	pag. 190
11. Gli interventi al seno.....	pag. 193
12. I casi di TBC.....	pag. 211

13. I traumi toracici.....	pag. 216
14. Pazienti con versamenti correlati ad una patologia cardiologica.....	pag. 229
15. I casi di bullectomia.....	pag. 239
16. Malati con neoformazioni sospette oncologicamente.....	pag. 243
17. I casi di omicidio volontario.....	pag. 273
.1 Gustavo Dalto.....	pag. 274
.2 Antonio Schiavo	pag. 282
.3 Maria Luisa Scocchetti.....	pag. 287
.4 Giuseppina Vailati Canta.....	pag. 300
18. Il tema del dolo eventuale dopo la sentenza delle SS.UU. della Cassazione del 24 aprile 2014, n. 38343.....	pag. 307
19. I delitti di truffa aggravata e falsità in atto pubblico. Le contestazioni relative a Renato Scarponi.....	pag. 311
20. I reati contestati ad Enza La Corte, anche in concorso con Brega.....	pag. 317
21. Il trattamento sanzionatorio.....	pag. 318