

UOC Affari Generali

**Il dirigente della UOC Affari Generali
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 637 del 04/07/2022

OGGETTO: Rimborso al Dirigente Medico F.F. matr. 2471 delle spese legali e peritali relative al giudizio rgn 13581/2015.

Esercizi/o 2022 - 20.20.20.201 Centri/o di costo 2003000

- **Importo presente Atto: € 16.275,73**

- **Importo esercizio corrente: € 16.275,73**

Budget

- **Assegnato: € -**

- **Utilizzato: € -**

- **Residuo: € -**

Autorizzazione n°: 2022/143511.1681

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Affari Generali Proposta n° DT-281-2022

L'estensore

Graziano Fronteddu

Il Responsabile del Procedimento

Eleonora Allocca

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Gianluca Moretti

La presente determinazione si compone di n° 4 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

Il Dirigente della UOC Affari Generali

- VISTI** il D. Lgs. 30/12/1992 n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
il D. Lgs. 16 ottobre 2003, n° 288;
- VISTA** la L.R. 23 gennaio 2006 n°02;
l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n° 153 del 19/02/2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n° U00248 del 02/07/2019, modificato e integrato con la delibera n° 1254 del 02/11/2020, n° 46 del 21 gennaio 2021 e n° 380 del 25.03.2021 approvato dalla Regione Lazio con determinazione del 30.03.2021 n° G03488;
- PREMESSO** che gli eredi della Sig.ra M.G.M. hanno intentato un procedimento penale presso il Tribunale di Roma rg 13581/2015 e 3502/2018 nei confronti del prof. F.F., dipendente di questi Istituti, teso ad ottenere la responsabilità diretta dello stesso a seguito del decesso della predetta sig.ra M.G.M.;
che il dipendente F.F., ai sensi di quanto disposto dall'art. 25 del CCNL 2000 Dirigenza Medica, si è avvalso della facoltà ivi prevista di usufruire della tutela legale tramite avvocato di fiducia dell'Ente;
che gli Istituti sono titolari di una polizza assicurativa per il rimborso delle spese legali sostenute dai propri dipendenti in controversie aventi ad oggetto l'espletamento di attività istituzionale;
che, pertanto, questa Unità Operativa ha trasmesso detta richiesta alla Compagnia di Assicurazioni per il tramite della G.B.S. spa, Società di brokeraggio di questi Istituti, ai fini dell'attivazione del relativo sinistro;
che, successivamente, la Compagnia di Assicurazioni, ha comunicato l'accettazione nella fattispecie della manleva assicurativa;
- CONSIDERATO** che il giudizio si è concluso con l'assoluzione in formula piena del predetto dipendente;
che il prof. F.F., matr.2471, ha, quindi, richiesto il ristoro delle spettanze del proprio legale incaricato nella causa in parola, Avv. Carlo Zaccagnini, iscritto all'albo aziendale, per un importo complessivo pari ad € 24.302,40, di cui alla notula allegata;

che, inoltre, il dipendente ha inviato la relazione, che si allega alla presente determinazione, relativa all'attività svolta dal proprio legale;

ATTESO

che la documentazione agli atti è stata inoltrata alla Compagnia di Assicurazioni dell'Ente che, effettuata la verifica, ha comunicato la propria disponibilità a corrispondere agli IFO la somma di € 8.026,67, come previsto dalle condizioni contrattuali;
che la Compagnia sopra citata ha corrisposto agli IFO l'importo di € 8.026,67, di cui alla quietanza n° 2267 del 17.03.2022 che si allega alla presente determinazione;

RAVVISATO

che, ai sensi dell'art. 25 del C.C.N.L. della Dirigenza Medica e Veterinaria 2000, gli IFO assumono, a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale;
che, pertanto, la restante somma pari a € 16.275,73, stante la complessità della causa in parola e dell'attività svolta dal legale a difesa del dipendente in parola e della assoluzione in formula piena dello stesso, dovrà essere corrisposta dagli I.F.O. al dipendente matr.2471;

RITENUTO

pertanto, necessario corrispondere al dipendente in parola la somma complessiva di euro 24.302,40, di cui € 16.276,13 a carico degli I.F.O., ed € 8.026,27 quale somma corrisposta dalla Compagnia di Assicurazioni per le motivazioni come in premessa indicate;

che il dipendente matr. 2471 dovrà fornire entro 15 giorni dal versamento in suo favore, copia quietanzata della fattura emessa dal predetto legale

ATTESTATO

che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. 14/1/1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della L. 7/8/1990, n. 241, come modificata dalla L. 11/2/2005, n. 15.

DETERMINA

Per i motivi esposti in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- di rimborsare al dipendente di questi Istituti, matr. 2471, la somma di euro 24.302,40 in ordine alle spese sostenute nel giudizio avanti al Tribunale Penale di Roma intentato dagli eredi della sig.ra M.G.M. rgn 13581/2015 e 3502/2018;
- che detto importo dovrà essere accreditato nel prossimo cedolino stipendiale del dipendente in parola;
- che il dipendente matr. 2471 dovrà fornire entro 15 giorni dall'accREDITAMENTO in suo favore, copia quietanzata della fattura emessa dal predetto legale;
- di imputare il solo importo di € 16.275,73 al fondo 20.20.20.201, poiché la restante somma di € 8.026,27 è stata rimborsata dalla Compagnia di Assicurazioni e introitata dagli I.F.O. come in narrativa indicato.

La U.O.C. Risorse Umane curerà i provvedimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

La UOC Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Gianluca Moretti

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Dettaglio provvisorio 0002267

Tipo provvisorio	Entrata	Numero riferimento ente 0	
Conto Corrente	0000100	Tipo conto	Ordinario
Descr. stipendi/delegazioni		Codice operazione	51
Data caricamento	17/03/2022	Forma di Pagamento	INCASSO/PAGAMENTO
Tipo imputazione	1 FRUTTIFERE	Conto Banca Italia	0000000
Importo Provvisorio	8.026,67 EUR	Valuta Ente	17/03/2022
Importo cliente	8.026,67 EUR	Valuta Cliente	-
Bollo	50 BOLLO ESENTE	Importo bollo	0,00 EUR
Spese	50 SPESE ESENTE	Importo spese	0,00 EUR
Commissioni	50 COMMISSIONI ESENTE	Importo commissioni	0,00 EUR
Causale	0 DMALOBSA-IR6-2015-000630018,PO L:766100353IFO ISTITUTI FISIOT ERAPICI OSPITALI 2022031500503	Tipo Codice	
Codice cliente		Lingua	
Anagrafica	Generali Italia S.p.A.		
Cod. Fiscale/P.IVA			
Indirizzo	0 ()		
Coordinate IBAN	0 0		
Imp. da regolarizzare	8.026,67 EUR	Data regolarizzazione	-
Bolletta Num.	2267		
Data incasso	17/03/2022		
Distinta	0		

Chiudi



Le inviamo il presente atto di quietanza che avrà valore liberatorio solo successivamente all'avvenuto pagamento della somma indicata sullo stesso, segnalandoLe che provvederemo al pagamento, secondo le modalità sotto indicate, una volta che l'atto stesso sarà debitamente sottoscritto e restituito a: Generali Italia S.p.A. (Via Leonida Bissolati n° 23 - 00187 Roma).

“SPESE LEGALI E PERITALI” -- ATTO DI QUIETANZA

...sottoscritt **IFO IST. FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

dichiara..... di ricevere dalla Soc. **GENERALI ITALIA S.p.A.**, in esecuzione del contratto **332/44/14806** ed in dipendenza del sinistro **2015/801310**, l'importo di **€. 8.026,67 (euro ottomilazerosei/67)**

....sottoscritt..... dichiara..... inoltre di accettare tale somma in transazione e comunque a completo saldo e tacitazione di ogni danno presente e futuro nessuno escluso ed ecettuato e, comunque, di tutto quanto potesse competere in relazione al sinistro in oggetto e ne rilascia..... la presente ampia e liberatoria quietanza, non avendo più nulla a pretendere da chicchessia, rinunciando ad ogni eventuale azione sia civile che penale. **La presente quietanza acquisterà valore liberatorio solo successivamente all'avvenuto pagamento delle somme indicate.** *L'atto va datato al momento della sottoscrizione.*

TIPO PAGAMENTO: Acconto Totale Saldo **X**

Note: *Rimborso Spese peritali Avv. Zaccagnin Carlo - fattura n° 28/2022 – per posizione dott. FF - procedimento penale n° 13581/2015 – a saldo -*

Atto redatto in.....il..... Firma per accettazione

Cod. Ag. di Competenza **332** Es. Rubricazione **2015** N.di Danno **801310** Numero di Polizza **332/44/14806**
Contraente/Assicurato **IFO IST. FISIOTERAPICI OSPITALIERI**

Spazio riservato al BENEFICIARIO:

Intestatario del c/c..... C.F./P.I.

Banca e filiale.....

N.c/c..... ABI..... CAB..... CIN.....

IBAN: IT _____

Firma

Generali Italia S.p.A.

Prof. Dott. F F

PREAVVISO DI FATTURA RELATIVO AL PROCEDIMENTO PENALE N. 13581/2015 R.G.N.R E N. 3502/2018 R.G.DIB. A CARICO DI F F

Preavviso di fattura - redatto adottando i valori medi tabellari del D.M. 55/2014 - per l'attività legale protrattasi dal **16 gennaio 2016**, (richiesta del certificato *ex art.* 335 c.p.p. alla Procura della Repubblica di Roma), al **20 ottobre 2021**, (ultima udienza avanti al Tribunale Monocratico di Roma).

In occasione dell'epigrafato procedimento penale avanti al Tribunale Penale di Roma plurime sono state le attività di assistenza legale espletate sin dalla fase delle indagini preliminari: **studio della controversia, redazione di atti e partecipazione ad udienze:**

- a) redazione memoria *ex art.* 121 c.p.p. con richiesta di archiviazione *ex art.* 408 c.p.p. ed istanza di autorizzazione all'estrazione di copia degli atti contenuti nel fascicolo *ex art.* 116, comma 1, c.p.p. **del 17 ottobre 2016;**
- b) partecipazione all'udienza *ex art.* 409 c.p.p. **del 27 marzo 2017** e contestuale redazione e deposito di memoria a sostegno della richiesta di archiviazione;
- c) partecipazione all'udienza preliminare del **24 ottobre 2017;**
- d) partecipazione al giudizio di primo grado (**dall'8 maggio 2018 al 21 ottobre 2021**): redazione lista testi, memorie *ex art.* 121 c.p.p. e note d'udienza.

L'attività legale espletata ha comportato lo studio di numerose e complesse questioni giuridiche, l'esame di copiosi documenti e perizie d'alto tasso tecnico.

In virtù dell'attività legale prestata così descritta, si liquida quanto segue:

Competenza: **Indagini preliminari**

Fase	Compenso
Fase di studio della controversia, valore medio:	€ 810,00
Fase introduttiva del giudizio, valore medio:	€ 720,00

Fase istruttoria e/o dibattimentale, valore medio:	€ 990,00
Fase decisionale, valore medio:	€ 1.350,00
Compenso tabellare (valori medi)	€ 3.870,00

Aumento del 50 % per particolare complessità o gravità, pregio dell'opera prestata, risultati ottenuti, particolari circostanze (<i>art. 12, comma 1</i>)	€ 1.935,00
Compenso tabellare con aumenti ex art. 12, comma 1	€ 5.805,00

Competenza: **GUP**

Fase	Compenso
Fase di studio della controversia, valore medio:	€ 810,00
Fase introduttiva del giudizio, valore medio:	€ 720,00
Fase istruttoria e/o dibattimentale, valore medio:	€ 990,00
Fase decisionale, valore medio:	€ 1.350,00
Compenso tabellare (valori medi)	€ 3.870,00

Aumento del 50 % per particolare complessità o gravità, pregio dell'opera prestata, risultati ottenuti, particolari circostanze (<i>art. 12, comma 1</i>)	€ 1.935,00
Compenso tabellare con aumenti ex art. 12, comma 1	€ 5.805,00

Competenza: **Tribunale monocratico**

Fase	Compenso
Fase di studio della controversia, valore medio:	€ 450,00
Fase introduttiva del giudizio, valore medio:	€ 540,00
Fase istruttoria e/o dibattimentale, valore medio:	€ 1.080,00
Fase decisionale, valore medio:	€ 1.350,00
Compenso tabellare (valori medi)	€ 3.420,00

Aumento del 50 % per particolare complessità o gravità, pregio dell'opera prestata, risultati ottenuti, particolari circostanze (<i>art. 12, comma 1</i>)	€ 1.710,00
Compenso tabellare con aumenti ex art. 12, comma 1	€ 5.130,00

PROSPETTO FINALE

Compenso tabellare	€ 16.740,00
---------------------------	--------------------

Totale	Euro 16.740,00
Spese generali (15%)	Euro 2.511,0
Cassa Avvocati (4%)	Euro 669,60
IVA (22 %)	Euro 4.382,40
Totale	Euro 24.302,40

Roma, li ottobre 2021

(Avv. Carlo Zaccagnini)



Sent. n. 12243/2021
R.G.N.R. n. 13581/2015
R.G. Dib. n. 3502/2018

Repubblica Italiana

In nome del Popolo Italiano

IL TRIBUNALE DI ROMA

Sezione IX penale

in composizione monocratica, nella persona del dott. Fabrizio SURIANO, all'esito dell'udienza del giorno 20 ottobre 2021, ha pronunciato e pubblicato, mediante lettura del dispositivo, la seguente

SENTENZA

nel procedimento penale iscritto al n. 3502 del Ruolo Generale del Dibattimento dell'anno 2018, celebrato con rito ordinario, nei confronti di **F F** n. S C (CZ) il 20 luglio 1953, con domicilio dichiarato in Roma, via di ViG, n. 29, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 161, c.p.p.,

LIBERO PRESENTE

assistito e difeso, di fiducia, dall'avv. Carlo Zaccagnini, del Foro di Roma, con studio in Roma, via Zanardelli, n. 23, e dall'avv. Fabio Grassini, del Foro di Roma, con st. in Roma, via della Giuliana, n. 68, nominati, ai sensi dell'articolo 96, c.p.p.,

IMPUTATO

delitto di cui all'art. 589, c.p., perché, quale primario del reparto di "Chirurgia Toracica" dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, per colpa consistita in imprudenza, negligenza ed imperizia, in particolare ometteva di sottoporre la paziente M G M, ricoverata in data 2.10.2014 con diagnosi di adenocarcinoma polmonare sinistro con linfadenopatia della FAP Pet-positiva, ad intervento chirurgico tempestivo che avrebbe impedito la

morte della paziente, sopraggiunta invece il 3.4.2015, programmando invece l'intervento il 10.11.2014, quando la paziente era diventata non più operabile a causa dell'aggravamento della patologia.

In Roma, tra il 6 ed il 15.10.2014.

Nel presente procedimento risultano, inoltre, costituite

PARTI CIVILI

- ✓ **Me C.** da ritenersi elettivamente domiciliato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 100, comma 5, c.p.p., in Roma, via Carlo Alberto Racchia n. 2, presso lo studio del proprio difensore; assistito e difeso dall'avv. Mara Locoro, del Foro di Roma, in virtù di nomina e procura speciale alla stessa rilasciate a verbale all'udienza del 20 ottobre 2021 nonché del deposito di atto di costituzione nel corso dell'udienza del 24 ottobre 2017 e di conseguente provvedimento di ammissione emesso dal giudice in pari data.
- ✓ **A D C** da ritenersi elettivamente domiciliato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 100, comma 5, c.p.p., in Roma, via Carlo Alberto Racchia n. 2, presso lo studio del proprio difensore; assistito e difeso dall'avv. Mara Locoro, del Foro di Roma, in virtù di nomina e procura speciale alla stessa rilasciate a verbale all'udienza del 20 ottobre 2021 nonché del deposito di atto di costituzione nel corso dell'udienza del 24 ottobre 2017 e di conseguente provvedimento di ammissione emesso dal giudice in pari data.

CONCLUSIONI

All'esito della discussione, nell'udienza del 20 ottobre 2021, le parti hanno proposto le seguenti conclusioni:

Pubblico Ministero: assolvere F F dal reato a lui ascritto, ai sensi dell'articolo 530, comma 2, c.p.p., perché il fatto non sussiste; Difensore della parte civile: affermare la responsabilità penale dell'imputato e condannarlo alla pena ritenuta di giustizia, nonché al risarcimento, in favore delle parti civili costituite, di tutti i danni dalle stesse subiti, in misura pari a 500.000,00 €, con clausola di immediata esecutività, o nella diversa misura



equitativamente ritenuta di giustizia, con concessione, in caso di mancata liquidazione del danno, di una provvisionale; condannare, inoltre, l'imputato, alla rifusione delle spese di costituzione e difesa.

Difensore di F F: assolvere F F dal reato a lui ascritto, ai sensi dell'articolo 530, c.p.p., perché il fatto non sussiste.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO●

Con decreto emesso in data 24 ottobre 2017, depositato in pari data e ritualmente notificato, il giudice per l'udienza preliminare di questo tribunale ha disposto il rinvio a giudizio di F F per rispondere del reato di omicidio colposo meglio descritto nell'imputazione, dinanzi a questo tribunale in composizione monocratica per l'udienza dell'8 maggio 2018. Nell'udienza di comparizione, il giudice, verificata la regolarità delle notificazioni, ha disposto procedersi in assenza dell'imputato, sussistendone i requisiti di cui all'art. 420-bis, c.p.p., in quanto libero, non comparso, risultava informato del processo avendo dichiarato domicilio, avendo nominato due difensori di fiducia ed avendo ricevuto personalmente la notificazione dell'avviso dell'udienza, e ha rinviato il processo all'udienza del 15 novembre 2018 essendone tabellarmente preclusa la trattazione al G.O.P., trattandosi di procedimento proveniente da udienza preliminare.

Analogo provvedimento di rinvio è stato assunto dal G.O.P. anche all'udienza del 15 novembre 2018.

All'udienza del 3 aprile 2019, il giudice ha dichiarato, in assenza di questioni preliminari, l'apertura del dibattimento e ha pronunciato, ai sensi dell'art. 495, c.p.p., ordinanza di ammissione delle prove testimoniali e documentali articolate dalle parti, fatta eccezione per la relazione di consulenza tecnica ed i CD prodotti dalla parte civile, di cui ha riservato la decisione sull'ammissibilità all'esito della testimonianza di A D C. Ha infine rinviato all'udienza del 19 giugno 2019 per l'esame dei primi due testi della lista del pubblico ministero.

All'udienza del 19 giugno 2019, è stata assunta la testimonianza di A D Ce (figlio di M G M); all'esito, il

pubblico ministero ha rinunciato all'escussione dell'altro teste indicato nella propria lista, M C (figlio di M G M) ed il giudice, nulla opponendo il difensore dell'imputato, ne ha preso atto. Su accordo delle parti, è stata disposta l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento, con valenza probatoria ai sensi degli artt. 493, comma 3, e 500, comma 7, c.p.p., di atti contenuti nel fascicolo del pubblico ministero, in particolare la relazione dei dottori A F e L C, consulenti tecnici del pubblico ministero, unitamente agli atti ad essa allegati, di cui il pubblico ministero riservava la materiale produzione all'udienza del 5 febbraio 2020, cui il processo è stato rinviato.

Alla successiva udienza del giorno 5 febbraio 2020, revocata ai sensi dell'art. 420-bis, comma 4, c.p.p., l'ordinanza emessa in data 8 maggio 2018, che disponeva procedersi in assenza dell'imputato, essendo quest'ultimo comparso, rilevata la mancata comparizione dei consulenti tecnici, regolarmente citati dal pubblico ministero, che hanno fatto pervenire giustificazione, il processo è stato rinviato all'udienza del 5 novembre 2020.

All'udienza del 5 novembre 2020, rigettata l'istanza di rinvio del processo avanzata dal difensore della parte civile, si è proceduto all'esame dei consulenti tecnici del pubblico ministero (F e C), dei quali è stata acquisita la relazione ed i documenti alla stessa allegati, e, con il consenso delle parti all'inversione dell'ordine di assunzione delle prove, dell'imputato.

Su accordo delle parti, è stata disposta l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento, con valenza probatoria ai sensi degli artt. 493, comma 3, e 500, comma 7, c.p.p., di atti contenuti nel fascicolo del pubblico ministero, in particolare i documenti allegati alla querela presentata dalle odierne parti civili.

All'udienza del 10 dicembre 2020, è stata assunta la testimonianza di G S, B V ed E M.

All'udienza del 18 marzo 2021, il giudice, su richiesta del difensore dell'imputato, ha con ordinanza rinviato all'udienza del 20 ottobre 2021.



sancendo la sospensione del corso della prescrizione ai sensi dell'art. 159, comma 1 n. 3), c.p., per l'intero periodo di rinvio.

All'udienza del 20 ottobre 2021, preso atto della rinuncia ai testi da parte del difensore dell'imputato, alla quale nessuna delle parti si è opposta, esaurita, quindi, l'assunzione delle prove, il giudice, dichiarati utilizzabili gli atti legittimamente acquisiti nel corso dell'istruzione, ivi compresi la memoria presentata dal difensore dell'imputato, unitamente ai documenti ad essa allegati, ed il CD prodotto dalla parte civile in sede di richieste istruttorie, ha invitato alla discussione finale le parti, che hanno formulato ed illustrato le rispettive conclusioni nei termini in epigrafe riportati; esaurita la discussione, dichiarato chiuso il dibattimento, dopo essersi ritirato in camera di consiglio, ha deciso come da dispositivo della sentenza letto in udienza, riservandosi il deposito della motivazione nei termini di legge.

MOTIVI DELLA DECISIONE

A F F si contesta di aver cagionato, in qualità di primario del reparto di "Chirurgia Toracica" dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, la morte di G M M per colpa generica, in particolare per aver ommesso di sottoporre detta paziente – ricoverata in data 2 ottobre 2014 con diagnosi di adenocarcinoma polmonare sinistro con linfadenopatia della FAP Pet-positiva ad intervento chirurgico tempestivo che ne avrebbe impedito la morte, sopraggiunta il 3 aprile 2015, programmando invece l'intervento il 10 novembre 2014, quando la paziente era diventata non più operabile a causa dell'aggravamento della patologia.

Appare chiaro che all'imputato si addebita, in estrema sintesi, un approccio terapeutico che sarebbe stato troppo attendista, ossia di avere "omesso di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico tempestivo" che ne avrebbe impedito la morte.

L'imputazione è costruita come relativa ad un reato omissivo improprio o commissivo mediante omissione, quel reato cioè che richiede per la sua configurabilità che l'evento si verifichi e che si verifichi proprio in conseguenza dell'omissione.

Secondo l'imputazione, la condotta colposa ascritta all'imputato si sarebbe verificata nel periodo temporale compreso fra il 6 ed il 15 ottobre 2014 e la colpa sarebbe consistita nell'aver programmato l'intervento il 10 novembre 2014 quando la paziente era diventata non più operabile a causa dell'aggravamento della patologia. A causa di detto ritardo nell'intervenire, l'imputato cagionava la morte della paziente, sopraggiunta in data 3 aprile 2015.

Ciò premesso, sulla base dei dati certi emersi all'esito dell'espletata istruttoria dibattimentale, in particolare delle prove orali, della documentazione sanitaria acquisita e della relazione dei consulenti tecnici del pubblico ministero acquisita in atti, la vicenda sanitaria di G M M può essere brevemente ricostruita nei termini che seguono.

Nel **periodo luglio/agosto 2014**, a G M M, all'esito di alcuni esami di routine effettuati a causa di una persistenza febbricola dalla quale la stessa risultava afflitta già da qualche giorno, veniva consigliato di fare ulteriori approfondimenti.

Il referto relativo alla TAC cranio, torace ed addome con e senza contrasto eseguita il **6 agosto 2014** presso il presidio ospedaliero di Serra San Bruno restituiva il seguente esito: *"in campo medio-superiore del polmone sin si conferma la presenza di formazione tondeggianti, disomogenea, a pareti irregolari, con dimensioni max 4 cm circa da riferire verosimilmente a eteroplasia"*.

In data **7 agosto 2014** M G M veniva quindi dimessa dal già menzionato presidio ospedaliero con la seguente diagnosi: *"neoplasia in campo medio-superiore del polmone sinistro. Ipertensione arteriosa"*. Alla stessa veniva consigliata *"valutazione in chirurgia toracica e valutazione oncologica"*.

Recatasi a Roma, nel pomeriggio dell'**11 agosto 2014**, il dott. F.F già sensibilizzato il giorno prima a valutare il caso della signora M dal collega dell'Ospedale di Serra San Bruno, dott. Cesare Regio, presa visione della TAC, constatato trattarsi di una neoplasia del lobo

superiore del polmone di sinistra, rassicurava la paziente prospettandole, ai fini della guarigione, un intervento di lobectomia (cfr. testimonianza di C A D: *“lei tonerà a fare la vita di prima, io ne opero centinaia al giorno di queste cose, le assicuro che lei è operabilissima”*) e, contestualmente, dopo averle rappresentato altresì che la neoplasia doveva essere stadiata e tipizzata, disponeva che la stessa fosse sottoposta l'indomani mattina ad una broncoscopia in anestesia locale, all'esito della quale valutare la programmazione dell'intervento chirurgico (cfr. testimonianza di C AD: *“l'unica cosa che dobbiamo fare, domani le faccio fare un esame che si chiama Broncoscopia, per fare dei prelievi su questa macchia che vediamo dalla TAC, dopodiché programmò l'intervento”*).

In data **12 agosto 2014**, quindi, G M M effettuava presso l'ambulatorio di endoscopia toracica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena una broncoscopia in regime di anestesia locale. Tale esame descriveva:

“nel lobo superiore si osserva slargamento degli speroni dei rami segmentari B1-B2 e B3-B4 come da compressione estrinseca, in assenza di segni di infiltrazione neoplastica; in questa sede si eseguono prelievi multipli per esame istologico e lavaggio per citologia”. L'esito istologico dei prelievi biotipici, inviati in anatomia patologica in data 13 agosto 2014, perveniva in data **19 agosto 2014** (cfr. referto n. 7207/I/2014 U.O.C. Anatomia Istologia Patologica e Citodiagnostica indicante la seguente diagnosi: *“lambi di mucosa bronchiale sede di modesta flogosi cronica della tonaca propria. Non riconoscibili atipie”*). Detto esame dava, quindi, esito negativo per localizzazione neoplastica (cfr. testimonianza dott. M: *“non c'erano cellule tumorali nel prelievo eseguito sulla tonaca propria che ripeto è lo stato profondo della mucosa bronchiale”*).

Ritenuto assolutamente necessario procedere alla tipizzazione della lesione, il dott. F F disponeva quindi l'effettuazione di un secondo esame broncoscopico. In data **27 agosto 2014** a M G Ma veniva rilasciata certificazione nella quale si dava atto *“da due mesi comparsa di febbre*

persistente. Ricoverata presso Ospedale di Vibo Valentia è stato diagnosticato un addensamento polmonare sin di n.d.d. Eseguita FBS in an. Locale (presso IRE Dr M) (no diagnosticata) 12.8.2014. Ripete FBS in sedazione profonda il 2.9.2014 EIADC”.

In data **2 settembre 2014** G M M veniva dunque sottoposta a “fibrobroncoscopia con prelievi” in sedazione profonda (cfr. relativo referto “...a sinistra restringimento...per compressione estrinseca concentrica ricoperto da mucosa apparentemente priva di caratteri patologici all’interno del quale oltre la porzione visibile si pratica n. 12 biopsie e brush reg. per es....broncolavaggio per es...nulla da rilevare a destra”).

L’esito dell’esame istologico della biopsia transbronchiale perveniva in data **5 settembre 2014** (cfr. referto n. 7498/I/2014 U.O.C. Anatomia Istologia Patologica e Citodiagnostica indicante la seguente diagnosi: “*frammenti di mucosa bronchiale sede di adenocarcinoma scarsamente differenziato*”).

È in detta data, dunque, che si aveva evidenza di adenocarcinoma primitivo del polmone di cui si imponeva la stadiazione, esigenza che lo stesso giorno veniva comunicata alla signora. A tal fine veniva così organizzata tomoscintigrafia (PET) TAC in regime di day service presso l’istituto Regina Elena (un percorso interno dell’istituto tumori per stadiare velocemente i pazienti), ma la signora preferiva effettuare l’esame vicino casa, presso il Policlinico Germaneto di Catanzaro.

In data **18 settembre 2014** G M M eseguiva l’esame prescritto (tomoscintigrafia PET con misure quantitative) presso il Policlinico di Germaneto che evidenziava “*intenso e patologico incremento del metabolismo glucidico si rileva in corrispondenza della nota formazione presente al segmento apico posteriore del polmone di sinistra (SUV max 15.9) che sembra estendersi fino all’ilo omolaterale; dell’ilo polmonare di sinistra (SUV max 12.0); di minute linfadenopatie in corrispondenza della finestra aorto-polmonare (SUV max 4.9); di minute linfadenopatie al mediastino anteriore. Negativi, nei limiti di risoluzione della metodica, i*

rimanenti distretti corporei esaminati. Quadro PET come da localizzazioni di malattia ad elevato metabolismo glucidico di significato eteroplastico".

Reso edotto del risultato, il dott. F F poneva dunque indicazione di intervento chirurgico di "mediastinotomia anteriore sinistra" (cfr. biglietto di ricovero n. 1490 Istituto Regina Elena del **23 settembre 2014**).

La sig.ra M dal 2 all'8 ottobre 2014 veniva quindi ricoverata presso l'istituto Regina Elena (reparto 1301 IRE Chirurgia Toracica) dove in data **6 ottobre 2014** veniva sottoposta ad intervento di "biopsia mediastinica a cielo aperto e asportazione radicale dei linfonodi periaortici" che, personalmente condotto dal dott. F F, veniva così descritto: "incisione margino-sternale sinistra a livello della seconda cartilagine costale. Si incide il muscolo grande pettorale divaricando le fibre del muscolo stesso. Condrectomia subpericondriale della seconda cartilagine costale. Si accede al mediastino dove conferma la presenza di alcuni linfonodi mediastinici centimetrici. Si procede a linfoadenectomia della finestra aorto-polmonare. Controllo dell'emostasi. Chiusura per piani, cute in agraphes".

Nel corso di detto ricovero, in data **7 ottobre 2014**, la sig.ra M veniva sottoposta a RX torace che forniva il seguente esito: "...grossolana opacità a margini polilobulati di circa 75 mm. Nel lobo superiore sinistro indissociabile dalle strutture dell'ilo, da valutare con esame TC...clip chirurgiche in sede mediastinica anteriore".

All'esito dell'esame istologico sui linfonodi prelevati (ove si evidenziava che tre linfonodi erano esenti da neoplasia e sede di iperplasia reattiva), che perveniva in data **15 ottobre 2014**, la sig.ra M veniva dichiarata operabile ed il dott. F ne programmava il ricovero per l'esecuzione di intervento chirurgico di lobectomia superiore polmone sinistro e linfoadenectomia ilomediastinica per il giorno **10 novembre 2014**.

In data **10 novembre 2014**, l'RX torace e la TAC torace cui la sig.ra M veniva sottoposta evidenziavano un nuovo aumento della massa tumorale, segnatamente da 75 a 86 mm. (referto RX torace: "confronto con



precedente esame eseguito in data 7 ottobre 2014. Aumento dimensioni della voluminosa opacità a margini polilobulati (da 75 a 86 mm) localizzata nel lobo superiore del polmone sinistro...”; referto TAC torace: “l’indagine mette in evidenza in corrispondenza dell’ilo polmonare di sinistra, estesa prevalentemente al lobo polmonare superiore con estensione trans scissurale a livello del segmento apicale del lobo inferiore, di voluminosa formazione a densità solida disomogenea di significato patologico. La suddetta formazione non appare distinguibile da formazioni linfonodali di grandezza patologica in sede ilare e presenta un diametro di centimetri 8 per centimetri 7,2. Essa determina infiltrazione delle strutture bronchiali e vascolari dell’ilo polmonare di sinistra con particolare riguardo del ramo di sinistra dell’arteria polmonare fino a livello della sua diramazione dal tronco principale. Infiltrazione del pericardio. Altre formazioni linfonodali di grandezza patologica si osservano in sede paratracheale inferiore di sinistra del diametro massimo di centimetri 1,7. Modesto versamento pleurico a sinistra. Esiti di linfadenectomia in sede mediastinica a livello della finestra aorto polmonare. Assenza di lesioni nodulari a livello del restante parenchima polmonare a sinistra e del polmone di destra”).

All’esito di detti accertamenti, in base ai quali la paziente si trovava in uno stadio di malattia IIIA, in data **11 novembre 2014** il dott. F comunicava alla sig.ra Mi che non era più possibile eseguire l’intervento programmato. La TAC eseguita il giorno stabilito per l’intervento di lobectomia aveva infatti mostrato un avanzamento della malattia che dava indicazione per l’asportazione dell’intero polmone (pneumonectomia sinistra). Lo stadio della malattia ed il tipo di intervento chirurgico per cui vi era indicazione (demolitivo) avevano perciò indotto il dott. F a modificare il programma terapeutico e ad indirizzare la sig.ra M verso un percorso oncologico eventualmente preoperatorio (ossia trattamento chemioterapico ed eventuale intervento chirurgico previa rivalutazione delle condizioni della paziente e nuova stadiazione della malattia).



In particolare, il dott. F verso le 15:00 riferiva alla M ed ai prossimi congiunti di quest'ultima che l'intervento non poteva più essere effettuato perché la *"situazione è un po' cambiata"* (cfr. testimonianza di C A D). Riferiva, in particolare, che il tessuto necrotico intorno alla massa tumorale si era ingrandito, che non aveva senso procedere con la lobectomia e che dovevano provare la chemioterapia per poi rimuovere l'intero polmone.

L'**11 novembre 2014** la sig.ra M veniva così sottoposta a consulenza oncologica (dott. M. R) all'esito della quale, dato atto della malattia (adenocarcinoma polmone III stadio), veniva certificato: *"può essere utile chemioterapia neoadiuvante e rivalutazione per chirurgia o radioterapia...la paziente chiede di essere trattata vicino casa. Si propone dott.ssa A Ospedale di Tropea"*.

In data **12 novembre 2014** Giuseppina M M veniva, dunque, dimessa dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena con diagnosi di *"neoplasia del polmone sinistro parailare. La paziente era già stata sottoposta ad intervento di mediastinotomia anteriore sinistra e linfadenectomia stazione 5 a scopo di stadiazione nel sospetto di malattia N2, successivamente esclusa dall'esame istologico. Per tale motivo veniva nuovamente ricoverata presso la nostra U.O.C. per rivalutazione e preoperatoria ed eventuale intervento chirurgico con intento radicale. La TC Total Body eseguita in data 10 novembre 2014 mostrava impegno ilare (bronchiale e vascolare) da parte della lesione nota confluyente con linfadenopatie ilari (N1) con coinvolgimento del ramo arterioso lobare superiore a ridosso della sua origine dall'arteria polmonare. Per tale motivo veniva richiesta consulenza specialistica oncologica (dottor MR, Oncologia Medica B di questo istituto) che poneva indicazione ad eventuale chemioterapia di induzione, suggerendo altresì nuova consulenza specialistica presso centro oncologico più vicino alla residenza della paziente (Regione Calabria). In ragione di quanto riportato si dimette la paziente con appuntamento fissato per visita specialistica oncologica con la dottoressa V in data 17*



novembre 2014 presso il Campus Universitario di Germaneto” (cfr. relazione clinica di dimissione rilasciata in data 12 novembre 2014 presso l’Istituto Regina Elena di Roma).

La paziente, quindi, veniva successivamente trattata con chemioterapia in regime neo-adiuvante in Calabria ed in data **3 aprile 2015** muore a Serra San Bruno per arresto cardiocircolatorio (cfr. certificato di morte).

Sulla scorta di tali premesse in punto di fatto, alcun rilievo censorio causalmente rilevante rispetto all’exitus letale pare possibile muovere alla condotta tenuta dall’imputato nella cura e nella gestione del caso sanitario della sig.ra G M M né in punto di diagnosi né in punto di tempistica delle decisioni e degli interventi terapeutici eseguiti.

Invero, in tema di responsabilità medica per omissione, l’accertamento del nesso causale e, in particolare, il giudizio controfattuale necessario per stabilire l’effetto salvifico delle cure omesse, deve essere effettuato secondo un giudizio di alta probabilità logica, tenendo conto non solo di affidabili informazioni scientifiche ma anche delle contingenze significative del caso concreto e, in particolare, della condizione specifica del paziente (In applicazione di tale principio la Corte di Cassazione ha annullato senza rinvio la sentenza d’appello che, in riforma della sentenza assolutoria di primo grado, aveva condannato, per il reato di omicidio colposo, un medico di pronto soccorso e un pediatra per la tardiva diagnosi di occlusione intestinale di un bambino, riconoscendo il nesso causale sulla base di una legge statistica relativa alle possibilità di sopravvivenza all’intervento chirurgico che avrebbe potuto essere eseguito in caso di diagnosi tempestiva, riferita al caso di intervento in fase iniziale di shock, senza tener conto della specifica condizione del paziente che, al momento dell’accesso al pronto soccorso, presentava indicatori della seconda fase dello shock ipovolemico, incidente sul rischio di mortalità connesso all’intervento chirurgico) (cfr. Cass. pen. Sez. IV Sent., 06/07/2021, n. 28182 (rv. 281737-01)).

In materia di causalità omissiva nell’attività medico-chirurgica, inoltre, vale la regola di giudizio della ragionevole, umana certezza e tale apprezzamento va

compiuto tenendo conto, da un lato, delle informazioni di carattere generalizzante afferenti al coefficiente probabilistico che assiste il carattere salvifico delle misure doverose appropriate, e, dall'altro, delle contingenze del caso concreto. Ne consegue che non può rispondere di omicidio colposo il medico che non ha proceduto ad un tempestivo intervento chirurgico se non vi è assoluta certezza che con le condotte terapeutiche omesse l'evento non si sarebbe verificato (cfr. Cass. pen. Sez. IV, 04/11/2014, n. 49707).

Nella fattispecie, i consulenti tecnici del pubblico ministero, sentiti in dibattimento, hanno entrambi dato ampiamente conto della correttezza dell'operato dell'imputato e, in particolare, hanno confermato la correttezza della diagnosi e del percorso diagnostico intrapreso dal dott. F F presso il nosocomio romano finalizzato alla stadiazione e alla conseguente attivazione di un percorso terapeutico adeguato alla patologia da cui la sig.ra M risultava affetta.

Il comportamento complessivamente tenuto dal sanitario che ebbe in cura la paziente, sin dalla prima fase della storia clinica della stessa, secondo le valutazioni dei consulenti tecnici, che questo giudice condivide, è apparso corretto ed adeguato. Nessun rilievo censorio si può muovere in relazione all'asserito ritardo temporale nella programmazione dell'intervento di lobectomia.

In particolare, pur di fronte all'apparente negatività del primo esame istologico condotto su materiale prelevato in data 12 agosto 2014 dal dott. E M mediante brushing e lavaggio bronchiale (che aveva restituito esito negativo per localizzazione neoplastica: *“non c'erano cellule tumorali nel prelievo eseguito sulla tonaca propria che ripeto è lo stato profondo della mucosa bronchiale”*, cfr. testimonianza del dott. M), il dott. F decise di effettuare una seconda broncoscopia con prelievi biotici che, in data 5 settembre 2014, effettivamente ebbe ad evidenziare la presenza di un adenocarcinoma. Invero, solo i prelievi biotici eseguiti nel corso di detta seconda broncoscopia si rivelavano risolutivi ai fini della formulazione della

diagnosi, con ciò dimostrando la correttezza dell'insistenza diagnostica del sanitario, giustificata peraltro dal sospetto clinico.

È in data 5 settembre 2014, dunque, che si è avuta per la prima volta evidenza di adenocarcinoma primitivo del polmone e, circa il non aver sottoposto la paziente sin da detto momento all'intervento chirurgico prospettato di lobectomia, tale determinazione è risultata giustificata dalla necessità di procedere alla stadiazione della lesione rilevata, esigenza che lo stesso giorno veniva comunicata alla signora (*"quando si trova un adenocarcinoma del polmone...bisogna fare una stadiazione, perché ci sono, secondo le linee guide dell'AIOM, per altro vigenti nel 2015...la stadiazione è necessaria non solo per vedere a che punto sta la malattia, ma è necessaria per verificare l'operabilità...con quali rischi e con quali esiti, a un tentativo di eradicazione chirurgica della malattia, che può essere fatta o direttamente ovvero dopo una terapia"*); *"il 5 settembre 2014 si aveva diagnosi di adenocarcinoma scarsamente differenziato, di una massa allora di 4 cm. (quindi un T2B) non è che puoi andare a togliere la massa, perché se la massa è contornata da linfonodi patologici, non puoi toglierla, perché basta che lasci un linfonodo ed è come se non avessi fatto l'intervento"*).

La stadiazione è un modo per descrivere in maniera schematica quanto è grande un tumore e quanto si è esteso rispetto alla sede originale di sviluppo. Le cellule tumorali, infatti, hanno un comportamento molto diverso dalle cellule sane: esse crescono e si moltiplicano in maniera disordinata, non vanno incontro a morte come e quando dovrebbero e formano così una massa tumorale che, a differenza di un tessuto sano, tende a crescere di volume e le cui cellule possono staccarsi e migrare, attraverso il sistema linfatico e/o il flusso sanguigno, in altre parti del corpo, generando metastasi.

La stadiazione definisce in quale fase di questo processo si trova il tumore ed è quindi un aspetto fondamentale della diagnosi, poiché da queste caratteristiche può dipendere la prognosi della malattia e il tipo di trattamento più appropriato da adottare.

Correttamente, quindi, veniva intrapreso un percorso diagnostico volto alla stadiazione della neoplasia polmonare mediante l'esecuzione di una tomografia a emissione di positroni (P.E.T.) (effettuata in data 18 settembre 2014) che – evidenziando, oltre alla formazione principale, minute linfadenopatie in corrispondenza della finestra aorto-polmonare e del mediastino anteriore, con un quadro come da localizzazione di malattia di significato etero plastico – poneva indicazioni circa l'ulteriore necessità di procedere alla caratterizzazione istologica dei linfonodi mediante mediastinotomia, al fine di verificare se anch'essi dovessero essere rimossi.

Va incidentalmente evidenziato che rilevante rispetto ai tempi di esecuzione della P.E.T., troppo dilatati secondo quanto allegato dalla parte civile, appare la circostanza che detto esame, pur organizzato, una volta acquisiti gli esiti dell'esame istologico, in regime di day service presso l'istituto Regina Elena, attraverso cioè un percorso interno all'istituto tumori per stadiare velocemente i pazienti, la paziente aveva preferito effettuarlo vicino casa, presso il Policlinico Germaneto di Catanzaro.

Solo all'esito della mediastinotomia, conosciuto dall'imputato in data 15 ottobre 2014, che aveva evidenziato la presenza di linfonodi sede di linfadenite reattiva, la paziente era stata giudicata operabile mediante intervento di lobectomia superiore polmone sinistro.

Quanto al lasso temporale intercorso fra l'esito della P.E.T. (eseguito in data 18 settembre 2014) e l'intervento di mediastinotomia (eseguito in data 6 ottobre 2014), anche in questo caso esso è stato giudicato dai consulenti tecnici non anomalo attesa l'assenza di ragioni di urgenza che imponessero una tempistica più stringente rispetto a quella calibrata alla mera urgenza biologica ravvisata nel caso della sig.ra M.

Circa l'ulteriore intervallo temporale fra l'esecuzione della mediastinotomia (6 ottobre 2014) e la disponibilità del referto dell'esame istologico (15 ottobre 2014), anche in questo caso i consulenti tecnici ne hanno apprezzato la congruità in relazione ai tempi di esecuzione dell'analisi (*“per il semplice fatto che l'esame istologico necessita che il pezzo che è stato prelevato durante*



l'intervento chirurgico, venga fissato in formalina, quindi si mette dentro un liquido che lo fissa, cioè impedisce che vada incontro a putrefazione e diciamo per un linfonodo, due o tre giorni almeno ci vogliono, dopodiché questo pezzo deve essere lavorato dal laboratorio di istologia, cioè deve essere incluso in paraffina, cioè si mette in una specie di cera che viene scaldata, liquida e ci si mette dentro questo pezzo, in una cassetta...in una cassetta piccola di plastica, si mette dentro questo pezzo dentro questa cera fusa chiamiamola, questa paraffina fusa; questa paraffina poi si deve solidificare, una volta che si è solidificata il tecnico di istopatologia con il microtomo fa delle fettine che sono estremamente sottili, che variano da 2 a 5 micron e li mette su un vetrino istologico, che è quello che poi si guarda con il microscopio...i tempi di questa procedura sono almeno di una settimana, dieci giorni, perché poi questi vetrini devono essere colorati con delle colorazioni particolari, che sono quelle di base e quindi si prende questo vetrino, si immerge in una soluzione dove ci sono questi coloranti e ci deve stare due giorni... anzi, guardi, per quello che si vede nelle cartelle cliniche, questo esame istologico è arrivato anche presto. P.M. – quindi undici giorni sono un tempo congruo? CONSULENTE DOTT. C – no, sono un tempo breve”).

Congrua rispetto alla data del 15 ottobre 2014 è stata altresì valutata la decisione di programmare l'intervento di lobectomia in data 10 novembre 2014 in ragione dei tempi di ripresa della paziente e per consentire alla stessa, in considerazione dell'elevata invasività dell'intervento di mediastinotomia

subito (“...gli hanno aperto il torace, sono state sezionate delle costole, cioè è stata fatta una finestra...si è andati dentro il mediastino, che è una regione corporea delicatissima, sono stati tolti questi linfonodi, quindi stiamo parlando di un grosso intervento chirurgico...aspettare un mese prima di operare una paziente di un altro intervento chirurgico ancor più demolitivo, in assenza di un'urgenza clinica, a cui lei faceva riferimento...urgenza clinica intendo quello “se non lo opero entro due ore muore”, ecco...”), di riprendersi

prima di subire un nuovo intervento, parimenti significativo in punto di invasività.

Va a tale riguardo altresì osservato che il Decreto n. U00419 del 4 settembre 2015, n. 419, di attuazione del documento “Rete assistenziale tumore del polmone nel Lazio”, prevede per l’esecuzione dell’intervento in parola un termine di trenta giorni dalla decisione di eseguirlo.

Nella fattispecie la decisione di eseguire la lobectomia in data 10 novembre 2014 veniva assunta dal dott. F in data 15 ottobre 2014, una volta acquisito l’esito dell’esame istologico sui linfonodi prelevati nel corso dell’intervento di mediastinotomia eseguito in data 6 ottobre 2014, nel rispetto delle indicazioni contenute nel documento innanzi citato.

Inoltre, il citato Decreto prevede un termine non superiore a 15 giorni dall’intervento di mediastinotomia per il rilascio degli esiti dell’esame istologico.

Appare, dunque, evidente come la fase di studio della paziente condotta a partire dal momento della diagnosi era certamente necessaria ai fini della caratterizzazione della neoplasia stessa.

In particolare, gli approfondimenti istologici, quelli strumentali e quelli chirurgici (mediastinotomia) erano necessari ai fini della corretta caratterizzazione dell’evoluzione della patologia, dovendosi altresì ritenere che, nel caso di specie, sia stato adottato un protocollo diagnostico adeguato e descritto dalla letteratura scientifica di riferimento.

Anche il giudizio di operabilità, alla luce dei risultati degli esami istologici eseguiti da materiale prelevato in corso di mediastinotomia, appare corretto ed adeguato al quadro sino a quel momento presentato dalla paziente.

Non si può poi far a meno di evidenziare che, secondo le linee guida AIOM 2015, la fase diagnostica e la successiva stadiazione clinica richiedono l’impiego razionale delle metodiche attualmente disponibili. Un approccio di tipo sequenziale prevede, infatti, l’esecuzione del radiogramma toracico, il confronto con eventuali radiogrammi precedentemente effettuati, l’esame obiettivo, la tac del torace con mezzo di contrasto, l’esecuzione della



broncoscopia (con accertamento dell'eventuale estensione endobronchiale della lesione), la definizione di natura dell'addensamento toracico tramite l'esame citoistologico e la valutazione dell'entità dell'estensione intratoracica od extratoracica della lesione.

In particolare, la broncoscopia rappresenta una metodica fondamentale nella diagnosi e nella stadiazione del carcinoma polmonare.

La P.E.T. permette uno staging più accurato del cancro del polmone. Per il parametro T consente di differenziare con maggior accuratezza rispetto alle metodiche morfologiche la presenza di tessuto neoplastico rispetto ad alterazioni non neoplastiche.

La mediastinoscopia con prelievo istologico è l'indagine che consente di accertare la presenza di invasione neoplastica dei linfonodi mediastinici, soprattutto quelli che sono più frequentemente coinvolti e con maggiore impatto terapeutico. La mediastinoscopia è una procedura chirurgica altamente specialistica che si esegue in anestesia generale e richiede una breve ospedalizzazione; deve pertanto essere eseguita in ambienti chirurgici specialistici. La mediastinoscopia trova le maggiori indicazioni nella stadiazione dei pazienti candidabili ad intervento chirurgico, quando è necessario escludere un coinvolgimento linfonodale, dopo una tac o una pet tac positiva o dubbia.

Nel carcinoma polmonare il ruolo della chirurgia radicale poi è estremamente importante, in quanto rappresenta la terapia di scelta in grado di mirare ad una guarigione completa o di migliorare significativamente la prognosi, mentre ad una resezione non radicale consegue una sopravvivenza sovrapponibile a quella dei casi non operati.

La chirurgia rappresenta il trattamento elettivo nel carcinoma del polmone non a piccole cellule (NSCLC) in stadio I, II e IIIa minimo. Gli stadi IIIa non minimo, IIIb e IV sono il più delle volte oncologicamente non operabili e i risultati di studi randomizzati di confronto fra chemio-radioterapia versus trattamento trimodale non hanno evidenziato alcun vantaggio a favore

dell'impiego della chirurgia. La chemio-radioterapia deve pertanto rappresentare lo standard terapeutico nei NSCLC localmente avanzati.

Nel caso in esame, la condotta tenuta dal dott. F. in particolare la decisione di programmare l'intervento di lobectomia in data 10 novembre 2014, oltre ad essere risultata conforme a tutte le indicazioni riportate dalle sopra indicate linee guida, non ha avuto alcuna incidenza causale rispetto al decesso di Giuseppina Maria M.

Va poi conclusivamente considerato che dall'istruttoria dibattimentale non è emerso alcun elemento utile al fine di affermare oltre ogni ragionevole dubbio che l'evento morte non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in epoca sensibilmente successiva qualora nel caso concreto fosse stata anticipata al 15 ottobre 2014 la scelta di intervenire chirurgicamente.

P.Q.M.

visto l'art. 530, c.p.p., assolve F F dal delitto a lui ascritto perché il fatto non sussiste.

Visto l'art. 544, comma 3, c.p.p., fissa in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione della sentenza.

Così deciso in Roma il 20 ottobre 2021.

IL GIUDICE

dott. Fabrizio Suriano



Depositato in Cancelleria
Roma, li...3...01/2022...

IL FUNZIONARIO GIUDIZIARIO
Dott.ssa Maria Esposito

**Studio Legale
Zaccagnini Grassini**

RELAZIONE SULLA COMPLESSITÀ E SUL SUCCESSO OTTENUTO NELLA CAUSA F-M, OMICIDIO COLPOSO GIUDICE DOTT. SURIANO, SEZ. 9 PENALE, R.G.N.R. 13581/2015, R.G. DIB. 3502/2018.

Il Fo risponde di omicidio colposo per aver determinato il decesso della paziente M G M, affetta da tumore al polmone sinistro, omettendo di sottoporla tempestivamente ad intervento lobectomia, la quale decedeva, per tale omissione il 3.4.2015. La difficoltà del processo era dovuta, *in primis*, al fatto che l'imputazione ometteva di specificare la legge di copertura scientifica che avrebbe determinato ed individuato il ritardo nell'eseguire l'intervento ad opera del F. Lo Studio si è trovato dunque a difendere un imputato da un'accusa generica, a maglie larghe, cosa che ha reso il processo sin da subito di difficile gestione. Altro elemento deteriore sulla scelta defensionale, che ha reso il processo compromesso e di gestione intricata, era dovuto alla qualifica di *avvocati* dei figli della *de cuius* i quali strumentalizzavano la propria veste di eredi a fini squisitamente risarcitori ; tale pernicioso situazione era annichilita con abile controesame condotto dalla scrivente difesa che faceva emergere - nella **udienza 19 giugno 2019** - la faziosità e partigianeria nella narrazione sottesa al decesso della genitrice ad opera di uno de figli della deceduta, **A D C**. Con decreto del **24 ottobre 2017** il G.U.P. ha disposto il rinvio a giudizio del Prof. F. F per rispondere, come detto, del delitto di omicidio colposo dinanzi al Tribunale in composizione monocratica per l'udienza dell'**8 maggio 2018**. Il processo, c.f.a.

**Via Francesco Denza n. 16/d
00197 Roma
Tel. 06.68803339
Fax 06.68308636
Via della Moscova n. 40/1
20121 Milano**

poi rinviato all'udienza del **15 novembre 2018** ; poi ancora rinviato all'udienza del **15 novembre 2018** . All'udienza del **3 aprile 2019** il Giudice dichiarava l'apertura del dibattimento. Come detto, all'udienza del **19 giugno 2019** era espletato l'esame dei primi due testi della lista del Pubblico Ministero : era assunta la testimonianza di **A D C** (figlio di M G M); all'esito, il Pubblico Ministero, su istanza della difesa dell'imputato, rinunciava all'escussione dell'altro teste indicato nella propria lista **M Ce** (figlio di M G M), essendo stato condotto con successo il controesame del primo erede, nel corso del quale lo Studio riusciva a far emergere la pretestuosità della causa. Indirizzata in tale guisa la traiettoria della istruzione dibattimentale, la scrivente difesa prestava il proprio consenso all'acquisizione al fascicolo per il dibattimento, con valenza probatoria *ex artt.* 493, comma 3, comma 5 e comma 7. c.p.p., di atti contenuti nel fascicolo del P.M.. Anche la consulenza tecnica del P.M. era acquisita su impulso della scrivente difesa al plico dibattimentale . In particolare, la relazione dei Prof.ri A.F e L. C, consulenti tecnici del P.M., apriva spazi difensivi che erano coltivati incessantemente nel corso dell'esame dei consulenti. Lo Studio valorizzava la aggressività del tumore e la impossibilità da parte del Sanitario di prevederne gli sviluppi letiferi. La difesa del F riusciva poi ad escludere l'esame del consulente tecnico della difesa M, regolarmente citato, ma inserito in lista testi come semplice testimone, non utilizzando la qualifica di consulente tecnico . L'apposita eccezione sul punto - raccolta dal giudicante - permetteva di neutralizzare i rilievi tecnici del sanitario all'uopo citato dalla difesa M. Grande cura è stata dedicata - dalla scrivente difesa - alla preparazione dell'esame dell'imputato il quale

Via Francesco Denza n. 16/d
00197 Roma
Tel. 06.68803339
Fax 06.68308636
Via della Moscova n. 40/1
20121 Milano

ha reso un esame brillante, una volta che è stato indirizzato rispetto ai *vulnera* dell'accusa, il processo era rinviato all'udienza del **5 novembre 2020**, ove questa difesa si opponeva vibratamente all'istanza di rinvio del processo avanzata dalla parte civile M , istanza che veniva, di fatti rigettata, dal Decisore . All'udienza del **10 dicembre 2020** era assunta la testimonianza dei testi della difesa S, B Ve ed E. M che - all'uopo escussi dalla scrivente difesa - corroboravano con grande credibilità, gli assunti difensivi. All'udienza del **18 marzo 2021** era disposto rinvio. All'udienza del **21 ottobre 2021**, la difesa dell'imputato, avendo istruito con grande efficacia il dibattimento, rinunciava ai propri testi residui. La scrivente difesa redigeva memoria difensiva depositata prima della discussione finale ove citava le fonti normative e le buone pratiche mediche sanitarie (Decreto n. U00419 del 4.9.2015n 419 di attuazione del Doc. Rete assistenziale Tumore nel Lazio e Linee Guida Aiom di Milano del 2015), che escludevano il ritardo e la omissione che erano astrattamente dedotti nella imputazione . Il Decisore nelle ultime pagine della sentenza assolutoria poneva a fondamento della scelta liberatorie quelle fonti normative (Decreto n. U00419 del 4.9.2015n 419 di attuazione del Doc. Rete assistenziale Tumore nel Lazio e Linee Guida Aiom di Milano del 2015).

La difficoltà del processo, in relazione alla genericità della imputazione e alle altre complicanze sopra descritte posta in relazione al successo ottenuto, assoluzione con la formula più ampia possibile, fanno propendere per ritenere l'attività svolta dai legali come decisiva e di assoluto pregio tecnico ed umano.

(Avv. Fabio Grassini)

(Avv. Carlo Zaccagnini)

Via Francesco Denza n. 16/d
00197 Roma
Tel. 06.68803339
Fax 06.68308636
Via della Moscova n. 40/1
20121 Milano