

N° 93/18 Dib.

N° 1179/20

Reg. Sent.

emessa in data 1.10.2020

N° 1699/17 R.n.r.

Depositata in Cancelleria il

9.12.2020

N° R.Es.

Data di irrevocabilità

N° Campione

Redatta scheda il

Inviato estratto al P.M. il



TRIBUNALE ORDINARIO DI TIVOLI  
COMUNICATA LA SENTENZA  
ALLA PROCURA GENERALE

IN DATA 09.12.20

L'INCARICATO

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale ordinario di Tivoli

Sezione penale

in composizione monocratica, nella persona del giudice dr.ssa Chiara Pulicati, il giorno 1 ottobre 2020 ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nei confronti di:

[REDACTED]

presente

Difeso di fiducia dall'avv. Francesco Prota, del foro di Roma

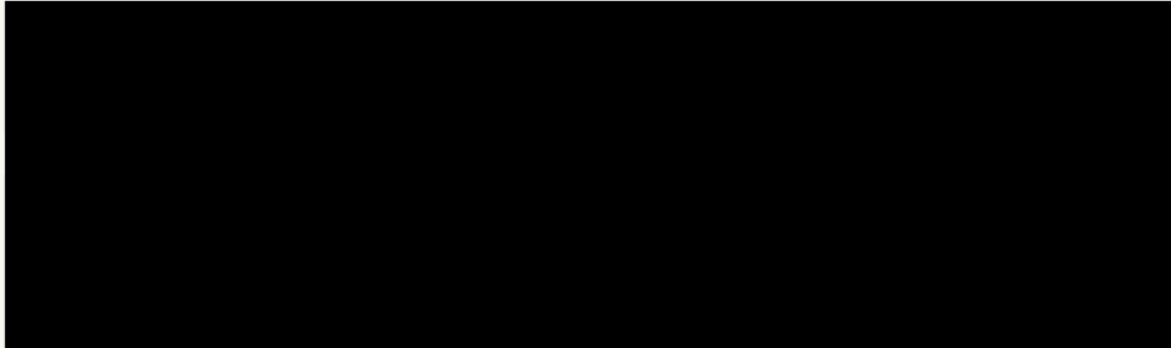
**IMPUTATO:**

del reato di cui all'art. 610 c.p. perché, quale medico anestesista in servizio presso l'ospedale di Tivoli, praticava una emotrasfusione sulla paziente [REDACTED] che poi decedeva lo

stesso giorno), nonostante il dissenso espresso comunicato ai medici dell'ospedale dall'amministratore di sostegno della paziente, [REDACTED], nominato dal Tribunale di Velletri.

In Tivoli, il 4.4.2013

Con la costituzione nel processo delle seguenti parti civili:



#### **CONCLUSIONI:**

Il P.M. conclude chiedendo l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non sussiste.

La parte civile [REDACTED] conclude chiedendo dichiararsi la colpevolezza dell'imputato con contestuale condanna al risarcimento dei danni cagionati, nella misura indicata nelle conclusioni depositate unitamente alla nota spese, ovvero la concessione di una provvisionale.

Le parte civili [REDACTED] concludono chiedendo dichiararsi la colpevolezza dell'imputato con contestuale condanna al risarcimento dei danni cagionati, nella misura indicata nelle conclusioni depositate unitamente alla nota spese, ovvero la concessione di una provvisionale.

La difesa conclude chiedendo l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non sussiste.

#### **Motivi della decisione**

1. Con decreto dell'8 settembre 2017 il P.M. presso il Tribunale di Tivoli, a seguito dell'ordinanza del G.i.p. emessa ex art. 409 co. 5 c.p.p. in data 11 febbraio 2017, citava a giudizio [REDACTED] come sopra generalizzato, per rispondere del reato di cui in epigrafe.

All'udienza del 5 febbraio 2018 si procedeva in assenza dell'imputato e veniva ammessa la costituzione delle parti civili; il Giudice dichiarava dunque aperto il dibattimento e ammetteva le prove come richieste dalle parti, con l'esclusione dei testi di cui al n.6 della lista della difesa dell'imputato e contestuale riduzione della lista a quattro testi, esclusi dal numero di testimoni così ridotto i testi comuni al P.M.

All'udienza del 24 settembre 2018, comparso l'imputato, si procedeva, in presenza di quest'ultimo, all'escussione della persona offesa [REDACTED].

La successiva udienza del 10 dicembre 2018 veniva rinviata in ragione dell'impedimento del Giudice.

All'udienza del 4 aprile 2019 si procedeva all'escussione del teste [REDACTED] e a quella delle persone offese [REDACTED].

A seguito di alcuni rinvii dovuti all'impedimento del giudice, all'udienza del 15 luglio 2020, mutata la persona del Giudicante, rinnovata la dichiarazione di apertura del dibattimento, confermato il provvedimento di ammissione dei mezzi istruttori e dichiarata l'utilizzabilità degli atti compiuti, venivano sentiti i consulenti tecnici delle parti civili, prof. [REDACTED] prof. [REDACTED] e dott. [REDACTED].

All'udienza del 14 settembre 2020 venivano escussi i testi [REDACTED] [REDACTED].

All'udienza del 28 settembre 2020 si procedeva, su accordo delle parti al diverso ordine di assunzione delle prove, all'esame dell'imputato e all'escussione dei testi [REDACTED] e [REDACTED].


All'udienza del 1 ottobre 2020 il Giudice dichiarava chiusa l'istruttoria e le parti concludevano come in epigrafe. Il Giudice dunque pubblicava la sentenza mediante lettura del dispositivo.

2. Dal quadro istruttorio emerso risulta provato che l'imputato abbia posto in essere la condotta contestata per i motivi che si vanno ad esporre.

2.1 Al fine di stabilire la penale responsabilità dell'imputato deve innanzitutto appurarsi se la condotta posta in essere sia riconducibile, sotto un profilo oggettivo, alla fattispecie criminosa di cui all'art. 610 c.p.

È necessario, a questo punto, procedere nell'indagine con una preliminare ricostruzione degli eventi, così come emersi all'esito dell'attività istruttoria espletata nel corso del dibattimento.

Ebbene, secondo le evidenze processuali, [redacted] precedentemente ricoverata presso l'ospedale di Colleferrro, giunse presso il centro di anestesia e rianimazione del presidio ospedaliero San Giovanni di Tivoli in data 13 marzo 2013 con una diagnosi di "polmonite atipica bilaterale e relativa insufficienza respiratoria". Alla paziente, lucida al momento del ricovero, venne poco dopo indotto il coma farmacologico. In data 20 marzo 2013, senza che i medici fossero messi a conoscenza del credo religioso della [redacted] dunque della volontà, ad esso strettamente legata, di non subire emotrasfusioni, la paziente venne trasfusa per la prima volta. In data 21 marzo 2013 vennero inserite nella cartella clinica della paziente le d.a.t. dalla stessa sottoscritte, da cui emergeva la volontà di non essere sottoposta a emotrasfusioni; tali d.a.t. vennero giudicate non vincolanti dal personale medico in ragione dell'assenza di un provvedimento dell'autorità giudiziaria che le avvalorasse. Sul punto ha deposto il teste [redacted], padre di [redacted] quale ha riferito che furono i medici a far presente che era necessario rivolgersi a un giudice per essere investiti del potere decisionale circa il rifiuto alle emotrasfusioni e che nessun valore poteva essere dato, in assenza di un decreto, alle d.a.t.. Pertanto, in data 23 marzo 2013, fermo lo stato di incoscienza della paziente dovuto al coma farmacologico indotto, la stessa venne nuovamente trasfusa poiché, nonostante le volontà di [redacted] fossero state comunicate al personale medico (anche tramite la consegna delle predette d.a.t., inserite nella cartella clinica), non risultava fosse stato emesso alcun provvedimento da parte del giudice competente che consentisse di dare seguito a dette disposizioni. E infatti, il giudice tutelare di Velletri nominò, su richiesta dei parenti, un amministratore di sostegno per [redacted] solo in data 29 marzo 2013; nel predetto provvedimento veniva stabilito che: *"l'amministratore di sostegno avrà il potere di prestare il consenso alle cure mediche e/o chirurgiche ritenute necessarie per la salute della beneficiaria, facendo rispettare la volontà espressa dalla medesima nel documento denominato "direttive anticipate relative alle cure mediche con contestuale designazione di un amministratore di sostegno" sottoscritto in data 13 marzo 2013 che deve ritenersi parte integrante del presente provvedimento"*.



Ebbene, è ampiamente provato, sulla base del contenuto della cartella clinica agli atti, delle dichiarazioni testimoniali nonché delle dichiarazioni rese dallo stesso dott. [redacted] in sede di esame, che la mattina del 4 aprile 2013, giorno del decesso di [redacted], il provvedimento del Giudice tutelare, unitamente alle d.a.t. ad esso allegate, era stato inserito nella cartella clinica. L'imputato, proprio in ragione di ciò, nell'urgenza contattò per le vie brevi l'amministratore di sostegno al fine di acquisire, in ragione delle condizioni critiche della paziente, il consenso a praticare un'emotrasfusione. L'amministratore di sostegno

██████████ espresse un esplicito dissenso, poi ribadito nell'immediatezza via fax, in cui si legge testualmente: "... rifiuto il consenso al trattamento emotrasfusionale come da vostra richiesta del 4 aprile 2013. Pertanto personalmente e nell'interesse di ██████████ sollevo da ogni responsabilità derivante dal rifiuto al predetto trattamento terapeutico sia i sanitari che l'ospedale".

In tale quadro degli eventi, l'imputato decise di procedere ugualmente alla trasfusione, al termine della quale ██████████ morì.

Così illustrato lo svolgimento dei fatti salienti, si deve a questo punto procedere a verificare, come premesso, la riconducibilità della condotta tenuta dall'imputato alla fattispecie di cui all'art. 610 c.p.

Un fondamentale punto di riferimento nel condurre questa indagine è offerto dalla Suprema Corte a Sezioni Unite con la nota sentenza "Giulini" n. 2437 del 18/12/2008 (dep. 21/01/2009; Rv. 241752 - 01). Premette infatti la Suprema Corte che la liceità del trattamento sanitario trova il proprio fondamento nell'art. 32 della Carta costituzionale, senza che si renda necessario ricorrere ad una scriminante che lo riconduca di volta in volta all'ambito del penalmente lecito. Afferma infatti la Corte: *"come, quindi, l'attività del giudice che adotti, secondo legge, una misura cautelare personale non potrà integrare il delitto di sequestro di persona, e ciò non perché la sua condotta è "scriminata" "semplicemente" dall'art. 51 cod. pen., ma in quanto direttamente "coperta" dall'art. 13 Cost., allo stesso modo può dirsi "garantita" dalla stessa Carta l'attività sanitaria, sempre che ne siano rispettate le regole ed i presupposti"*. Tali regole e presupposti sono da rinvenire nella stessa Costituzione, e, segnatamente, negli artt. 2, 13 e 32 co. 2 Cost. che esprimono il principio, definito fondamentale dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 438 del 2008), del consenso informato (inteso anche come diritto di rifiutare la terapia sino alla fase terminale della malattia). Viene dunque sconfessata quella che poteva essere definita una sorte di "potestà curativa" del medico in favore piuttosto di un'"alleanza terapeutica" tra medico e paziente, basata appunto sul consenso informato e sul conseguente divieto di trattamenti sanitari obbligatori; ciò, proprio nell'ottica della valorizzazione della libertà di autodeterminazione dell'individuo. Il principio, ricorda la Suprema Corte, è affermato anche dall'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176; dall'art. 5 della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001,



n. 145; infine, dall'art. 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000.

In sostanza, il principio da individuare quale punto fermo e necessaria premessa nell'esame della struttura della fattispecie è quello a mente del quale *“dal divieto di trattamenti sanitari obbligatori, salvo i casi previsti dalla legge, secondo quanto previsto dall'art. 32, secondo comma, Cost. e dal diritto alla salute, inteso come libertà di curarsi, discende che il presupposto indefettibile che “giustifica” il trattamento sanitario va rimvenuto nella scelta, libera e consapevole —salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere — della persona che a quel trattamento si sottopone”*; la Suprema Corte si esprime in questo senso per poi giungere alla conclusione che *“in presenza di un documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona»*. *Ferma restando, dunque, la sicura illiceità, anche penale, della condotta del medico che abbia operato in corpore vili “contro” la volontà del paziente, direttamente o indirettamente manifestata, e ciò a prescindere dall'esito, fausto o infausto, del trattamento sanitario praticato, trattandosi di condotta che quanto meno realizza una illegittima coazione dell'altrui volere”*.

Deve dunque affermarsi la responsabilità, sotto il profilo penale, del medico che operi il paziente contro la volontà di quest'ultimo (cfr. anche Cass. pen. 20/4/2010, n. 21799 Ud. dep. 08/06/2010, fattispecie di intervento di chirurgia correttiva della vista con esito infausto, per il quale il consenso del paziente era stato carpito, prospettandogli una metodologia esecutiva non invasiva).

A seguito di questo fondamentale passaggio della sentenza, la Corte passa poi a valutare la liceità penale della condotta di mutamento dell'operazione chirurgica, con esito fausto, in assenza del consenso del paziente, rispetto alla quale esclude possa applicarsi l'ipotesi di reato di cui all'art. 610 c.p. (escludendo inoltre, in un successivo passaggio, anche la riconducibilità all'art. 582 c.p. per mancanza di dolo). Trattasi tuttavia di una condotta del tutto differente da quella oggetto del presente procedimento sia sotto il profilo del consenso (poiché il dissenso esplicito non può essere equiparato alla mera assenza di consenso) sia sotto il profilo dell'esito (infausto, nel caso in esame).

Stabilito dunque che il trattamento sanitario eseguito contro la volontà della paziente è penalmente rilevante laddove il dissenso è stato legittimamente manifestato, ciò che deve valutarsi è se la condotta sia riconducibile all'alveo dell'art. 610 c.p.

Il dissenso intanto è la premessa strutturale della "costrizione" che il soggetto che l'ha espresso subisce rispetto alla condotta e che, appunto, ne denota l'illiceità. Dunque, passaggio logicamente necessario nell'indagine che in questa sede si conduce è quello di stabilire la validità o meno del dissenso manifestato dall'amministratore di sostegno in luogo della paziente incosciente, posto che, come già evidenziato, l'assenza di consenso non equivale ad esplicito dissenso e che deve attribuirsi sicura illiceità penale alla sola condotta del medico che abbia operato contro la volontà espressa dal paziente (ci si esime, in questa sede, dal vaglio circa la liceità penale o meno del trattamento sanitario con esito infausto eseguito dal medico in assenza di consenso poiché inconferente rispetto al caso concreto per i motivi appena esposti).

Ebbene, deve a questo punto tenersi in considerazione il principio, enunciato dalla Suprema Corte con la nota sentenza n. 21748/2007, a mente del quale i doveri di cura della persona in capo al tutore (a cui deve essere equiparato l'a.d.s. laddove il provvedimento del giudice tutelare gli conferisca i relativi poteri, come nel caso che ci occupa) *"si sostanziano nel prestare il consenso informato al trattamento medico avente come destinatario la persona in stato di incapacità"* e che, pertanto *"si tratta di stabilire i limiti dell'intervento del rappresentante legale"* con la conseguenza che *"il carattere personalissimo del diritto alla salute dell'incapace comporta che il riferimento all'istituto della rappresentanza legale non trasferisce sul tutore, il quale è investito di una funzione di diritto privato, un potere incondizionato di disporre della salute della persona in stato di totale e permanente incoscienza. Nel consentire al trattamento medico o nel dissentire dalla prosecuzione dello stesso sulla persona dell'incapace, la rappresentanza del tutore è sottoposta a un duplice ordine di vincoli: egli deve, innanzitutto, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del best interest, deve decidere non "al posto" dell'incapace né "per" l'incapace, ma "con" l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche"*.

Alla luce del summezionato principio, premesso che nel caso di specie l'amministratore di sostegno era stato espressamente investito dal giudice tutelare del potere di assumere decisioni riguardanti i trattamenti sanitari a cui sottoporre [REDACTED], si tratta di stabilire se il dissenso espresso fosse stato determinato sulla base dell'interesse della paziente



e della corretta ricostruzione delle sue volontà, e, dunque, "con" la paziente. Si tenga a questo punto in considerazione che [REDACTED] professava il culto dei Testimoni di Geova dall'età di sedici anni e che all'interno della comunità ricopriva il ruolo di ministro di culto, come documentato dalla parte civile mediante produzione di un certificato proveniente dalla congregazione. Come noto, in base a tale credo religioso non possono essere accettate emotrasfusioni in quanto pratica sanitaria contrastante con le convinzioni proprie del credo predetto. [REDACTED] aveva inoltre manifestato la volontà di non essere sottoposta a emotrasfusioni in più occasioni e non solo ai propri familiari, ma anche allo stesso amministratore di sostegno [REDACTED], a cui era legata da un rapporto di amicizia. Queste circostanze hanno concorso a formare il logico convincimento in capo all'amministratore di sostegno della volontà di [REDACTED] di non ricevere alcuna trasfusione. Al completamento della ricostruzione delle volontà della paziente devono naturalmente essere tenute in considerazione le d.a.t. agli atti, sottoscritte da [REDACTED] che dichiarava di non voler ricevere sangue nel caso in cui si fosse verificata la necessità clinica di procedervi.

Alla luce di quanto sopra, deve ritenersi che il dissenso manifestato dall'a.d.s. coincida con le volontà dell'amministrata in relazione alla situazione che concretamente si è presentata in data 3 aprile 2013. A ciò si aggiunga, come meglio si riferirà in seguito, che il trattamento eseguito non comportava alcuna utilità terapeutica per la paziente, che infatti decedeva all'esito della trasfusione dell'ultima sacca di sangue.

Il dissenso manifestato da [REDACTED] deve intendersi prestato, si ribadisce, in riferimento alla concreta situazione e deve dunque qualificarsi non solo come espresso e inequivoco, ma anche attuale e informato. Esso ha, cioè, espresso una volontà non astrattamente ipotetica ma concretamente accertata (Cass. Civ. sez. III, sentenza 23676/2008). Il dissenso manifestato, dunque, si intende espresso con riguardo a quello specifico trattamento sanitario sulla base di un processo di formazione della volontà basato su elementi attuali, quali quelli sopra esposti.

Sempre con riguardo alla componente costringitiva della fattispecie, si osserva che, per citare nuovamente le predette Sezioni Unite "Giulini", *"il concetto di costrizione, postula, ... il dissenso della vittima, la quale subisce la condotta dell'agente e per conseguenza di essa è indotta a fare, tollerare od omettere qualche cosa, in contrasto con la propria volontà"*. Tuttavia, nel caso specificamente affrontato nella sentenza delle Sezioni Unite il dissenso del paziente non era stato manifestato, versandosi pertanto nella diversa ipotesi di "assenza del consenso". Si trattava, inoltre, di una condotta consistente in un'operazione chirurgica e

dunque con profili esecutivi parzialmente differenti rispetto a quella in esame, cosicché la Suprema Corte ha concluso, come già anticipato, per una impossibilità di ricondurre la condotta al perimetro dell'art. 610 c.p.

Nel caso che ci occupa, al contrario, il dissenso, per i motivi sopra esposti, è stato esplicitamente e legittimamente manifestato.

Accertata la sussistenza del dissenso quale indispensabile presupposto della configurazione del reato di violenza privata, si evidenzia che la condotta costrittiva, per rifarsi al principio sopra citato, deve avere come effetto quello di cagionare una compressione della libertà di autodeterminazione della persona. Più precisamente, ha recentemente evidenziato la Suprema Corte che *“ai fini dell'integrazione del delitto di violenza privata è necessario che la violenza o la minaccia realizzino la perdita o, comunque, la significativa compressione della libertà di azione o della capacità di autodeterminazione del soggetto passivo, essendo, invece, penalmente irrilevanti, in virtù del principio di offensività, i comportamenti che, pur astrattamente condizionanti, si rivelino in concreto inidonei a limitare la libertà di movimento o a condizionare il processo di formazione della volontà altrui. (Fattispecie in cui la Corte ha escluso la sussistenza del reato nella condotta dell'imputato che, avendo avvicinato il figlio, che si trovava su uno scooter, per esprimergli rimostranze, aveva posizionato la propria bicicletta in modo da impedire allo stesso di allontanarsi, in considerazione la facile amovibilità del mezzo e per la possibilità della vittima di allontanarsi in una diversa direzione)”* (Cass. Sez. 5, Sentenza n. 40485 del 01/07/2019 Ud. dep. 03/10/2019 Rv. 277748 – 01). È chiaro dunque che la costrizione, affinché possa dirsi tale, deve impedire alla persona offesa di autodeterminarsi. Nel caso appena citato, la Corte ha escluso la sussistenza del reato in ragione del permanere in capo alla persona offesa della libertà di determinarsi diversamente, senza precludere dunque la concreta possibilità di decidere, nel caso di specie, dove condursi. Al contrario, nel caso che ci occupa, la trasfusione eseguita non ha lasciato alcuno spazio di autodeterminazione in capo a [REDACTED], la quale ha subito la trasfusione senza la possibilità di evitare diversamente la costrizione.

Procedendo nell'esame della struttura del reato, la condotta costrittiva deve qualificarsi violenta. Si versa, segnatamente, nell'ipotesi di violenza impropria, piuttosto che di violenza propria. E infatti, *“l'elemento della violenza nel reato di cui all'art. 610 cod. pen. si identifica in qualsiasi mezzo idoneo a privare coattivamente l'offeso della libertà di determinazione e di azione, potendo consistere anche in una violenza "impropria", che si attua attraverso l'uso di mezzi anomali diretti ad esercitare pressioni sulla volontà altrui, impedendone la libera*

determinazione. (In applicazione del principio, la S.C. ha stabilito che integra il reato di violenza privata la condotta di chi - il marito nei confronti della moglie, nella specie - impedisce l'esercizio dell'altrui diritto di accedere ad un locale o ad una delle stanze di un'abitazione, chiudendone a chiave la serratura)" (Cass. Sez. 5, Sentenza n. 4284 del 29/09/2015 Ud. dep. 02/02/2016 Rv. 266020 - 01). Nel caso di specie, l'imputato introduceva del sangue nel corpo della paziente tramite l'applicazione del tubo di raccordo all'ago cannula, con ciò compiendo un atto idoneo a incidere, come detto, sul diritto ad autodeterminarsi della paziente. Sebbene non possa definirsi l'atto propriamente violento esso è comunque idoneo a comprimere la libertà fisica e la volontà della persona offesa.

Quanto infine alla sussistenza dell'evento, concordemente alla struttura del reato di cui all'art. 610 c.p., deve partirsi dalla premessa di fatto che [REDACTED] al momento dell'atto costrittivo fosse incosciente. La condotta dunque, inevitabilmente, non avrebbe potuto essere pretensiva di un *agere* ulteriore rispetto a quello del dover tollerare; ciò, appunto, proprio in ragione dello stato di incoscienza in cui la paziente si trovava. Il "tollerare qualcosa" si traduce, in sostanza, nel "subire qualcosa", che costituirebbe l'evento richiesto dalla norma. Deve a questo proposito richiamarsi quanto affermato dalla Suprema Corte (nel caso di un incapace che aveva subito un taglio di capelli) ossia che, se in ipotesi di questo tipo non si ritenesse integrata la fattispecie di cui all'art. 610 c.p., "si dovrebbe giungere alla paradossale conclusione che, nei confronti di una persona in stato di incapacità, un soggetto - e per di più un soggetto rivestente una particolare posizione di garanzia (quale è certamente l'insegnante di sostegno) - possa assumere iniziative ad libitum poiché l'handicappato non è in grado di esprimere una sua volontà e/o di opporsi alla volontà altrui" (Cass. sez. 5, Sentenza n. 13538 del 10/02/2015 Ud. dep. 30/03/2015 Rv. 263274 - 01; la Corte ha ritenuto sussistente il reato di violenza privata nel caso dell'insegnante di sostegno che, approfittando dello stato di soggezione e di incapacità di un minore portatore di handicap, aveva costretto questi, senza autorizzazione del genitore, a subire un taglio di capelli). Il principio ben si attaglia al caso in oggetto, in cui un soggetto in posizione di garanzia rispetto alla cura e tutela della persona (quale il medico) ha praticato un trattamento su una persona in stato di incoscienza contro la volontà di quest'ultima, la quale ha passivamente subito la condotta illecita.

L'evento del reato, dunque, come detto, deve essere ravvisato in una condotta passiva piuttosto che attiva. Più precisamente, lo svolgimento dell'azione deve essere scomputato in due momenti distinti: da un lato, la condotta costrittiva e violenta dell'immissione del sangue nel sistema cardiocircolatorio della paziente tramite l'introduzione del raccordo nell'ago

cannula e, dall'altro, il tollerare la ricezione di sangue da parte di quest'ultima. Si evidenzia che la trasfusione è stata sopportata dalla persona offesa per circa due ore, mentre la condotta attiva dell'imputato si era in effetti esaurita con l'introduzione del raccordo nell'ago cannula. Dunque, per un lasso di tempo di due ore, [REDACTED] ha ricevuto sangue contro la sua volontà mentre l'imputato restava inoperoso (eccetto che nel momento del cambio della sacca di sangue).

Alla luce di quanto sopra esposto, ricorrendone tutti i presupposti, deve ritenersi provato l'elemento oggettivo del reato.

2.2 È altresì provato l'elemento soggettivo del fatto di reato, premesso che, per giurisprudenza di merito e di legittimità consolidata, nel reato di violenza privata *"è sufficiente la coscienza e volontà di costringere taluno, con violenza o minaccia, a fare, tollerare od omettere qualcosa, senza che sia necessario il concorso di un fine particolare: il dolo è, pertanto, generico"* (Cass. ez. 5, Sentenza n. 4526 del 03/11/2010 Ud., dep. 08/02/2011, Rv. 249247 - 01).

2.2.1 Va in primo luogo esclusa l'applicabilità di scriminanti al caso di specie.

Preme sul punto svolgere una prima osservazione. Come osservato dalle Sezioni Unite con la succitata sentenza "Giulini", l'attività sanitaria troverebbe ordinariamente la propria copertura di liceità nell'art. 32 Cost., sicché non si paleserebbe in ogni caso la necessità di dover far ricorso ad un istituto previsto dalla legge ordinaria, quale quello dello stato di necessità, per rendere appunto lecita la condotta. Ciò, *"salvo i casi di necessità e di incapacità di manifestare il proprio volere"* e, dunque, salvo i casi in cui non sia stato possibile acquisire un esplicito consenso; ciò comporta che nel caso di assenza di consenso la condotta possa essere resa lecita proprio dalla ricorrenza di una causa di giustificazione. Nel caso di specie, si è detto, la persona sottoposta al trattamento era in stato di incapacità a manifestare il proprio volere, che veniva tuttavia in suo luogo lecitamente espresso dall'amministratore si sostegno con un esplicito diniego. Si dovrebbe a questo punto discutere circa l'astratta applicabilità o meno delle scriminanti dello stato di necessità o dell'adempimento di un dovere, posto che il trattamento nel caso *de quo* è stato praticato nei confronti di chi, per tramite del legale rappresentante, aveva esplicitamente espresso un dissenso. E infatti, per i motivi appena esposti, non appare scriminabile la condotta del medico che abbia agito contro un espresso dissenso del paziente, dissenso che, come ribadito più volte, non può essere equiparato all'assenza di consenso. In questo senso deve dunque essere interpretato il passaggio delle sentenza "Giulini" in cui la Corte afferma *"la sicura illiceità, anche penale, della condotta del*

*medico che abbia operato in corpore vili "contro" la volontà del paziente, direttamente o indirettamente manifestata".*

Sul punto la Suprema Corte ha nuovamente avuto modo di esprimersi, in un caso peraltro del tutto analogo a quello in esame, affermando che *"integra il reato di violenza privata la condotta dell'infermiere il quale sottoponga a trattamento terapeutico un paziente che in relazione ad esso abbia, invece, manifestato un libero e consapevole rifiuto, non potendosi ritenere applicabili, in tale ipotesi, neppure le scriminanti dell'adempimento di un dovere o dello stato di necessità, condizioni esimenti che cedono il passo rispetto al diritto all'inviolabilità della libertà personale, intesa anche come libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica. (Fattispecie in cui l'operatore sanitario, in presenza di espresso e consapevole rifiuto all'apposizione di catetere, procedeva egualmente all'intervento sanitario nei confronti del paziente in ricovero, ricorrendo a violenza fisica per vincere la sua opposizione, picchiandolo sulle mani ed immobilizzandolo)"* (Cass. Sez. 5, Sentenza n. 38914 del 18/03/2015 Ud. dep. 24/09/2015 Rv. 265511 - 01).

Anche ammettendo che, nel caso del presente trattamento sanitario, siano astrattamente applicabili le cause di giustificazione dello stato di necessità o dell'adempimento di un dovere, si evidenzia brevemente, per mera completezza motivazionale in relazione all'espletamento dell'istruttoria, che nel momento in cui l'imputato ha eseguito la trasfusione la paziente si trovava in uno stato definito di premorte, qualificato come tale sia dai c.t.p. della parte civile sia dalla teste dott.ssa [REDACTED] medico in servizio presso il reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Tivoli) sulla base del tasso di acidità del sangue che presentava [REDACTED], pari a 6.7. Sia i consulenti di parte che la teste hanno infatti affermato che al di sotto della soglia di acidità del sangue di 7-6.8 deve parlarsi di stato di premorte, ossia di un quadro clinico ormai inevitabilmente compromesso rispetto al quale nessun intervento presenta *chance* di salvare il paziente. Tale quadro clinico era, nel caso di [REDACTED] ulteriormente aggravato dall'insufficienza multiorgano che la stessa presentava già antecedentemente alla trasfusione (come accertato dallo stesso dott. [REDACTED] nella cartella clinica). In tale situazione ormai compromessa, l'imputato decideva, nonostante il dissenso manifestato nelle forme suddette, di praticare l'emotrasfusione. Ebbene, tale trattamento, già in una prospettiva prognostica in relazione al momento della decisione assunta, non era appunto idoneo a salvare la vita della paziente. Come illustrato dai consulenti tecnici di parte, e, sebbene con meno dovizia di particolari, anche dalla teste [REDACTED] a trasfusione di sangue non è una terapia idonea ad aumentare l'ossigeno nell'organismo, carenza che causa appunto

l'acidosi respiratoria e, dunque, la morte. Ciò in quanto il predetto trattamento ha come unici effetti quello di aumentare l'emoglobina, proteina globulare presente nei globuli rossi che ha la funzione di trasportare l'ossigeno nel sangue (e non di aumentarne la quantità), nonché di incidere positivamente sull'anemia. Dunque, si ribadisce, nel quadro clinico che la paziente presentava, il trattamento emotrasfusionale non era idoneo a salvarle la vita e, infatti, all'esito, [REDACTED] decedeva.

La circostanza che l'imputato, sulla base di quella che può definirsi come una mera valutazione soggettiva, stante il quadro obiettivo sopra descritto che si presentava al momento della scelta di procedere in ogni caso alla trasfusione, si sia determinato ad agire ugualmente, non può essere ricondotta all'ipotesi della cosiddetta scriminante putativa, posto che *"in tema di cause di giustificazione, l'allegazione da parte dell'imputato dell'erronea supposizione della sussistenza dello stato di necessità deve basarsi non già su un mero criterio soggettivo, riferito al solo stato d'animo dell'agente, bensì su dati di fatto concreti, tali da giustificare l'erroneo convincimento in capo all'imputato di trovarsi in tale stato"* (Cass. Sez. 4 - , Sentenza n. 2241 del 16/10/2019 Ud. dep. 22/01/2020 Rv. 277955 - 01). Tali dati di fatto, come sopra ampiamente illustrato, non ricorrevano nel caso di specie.

2.2.2 Escluso che possano trovare applicazione le scriminanti dello stato di necessità o dell'adempimento di un dovere, deve a questo punto considerarsi che l'imputato era consapevole di agire nonostante il dissenso al trattamento, legittimamente manifestato dall'amministratore di sostegno conformemente alla volontà della paziente.

Si ricorda che era presente nella cartella clinica della paziente la nomina ad amministratore di sostegno di [REDACTED] con esplicito conferimento del potere di assumere decisioni in relazione ai trattamenti sanitari da eseguire su [REDACTED] conformemente alle volontà da essa manifestate nelle d.a.f., qualificate dal giudice tutelare parte integrante del provvedimento di nomina. L'imputato era a conoscenza di tale provvedimento tant'è che nel momento di prendere una decisione sul da farsi, conoscendo il credo della paziente, contattava l'a.d.s., che manifestava il dissenso all'emotrasfusione dapprima verbalmente e poi con una tempestiva comunicazione scritta (inviata su richiesta del medico stesso, come riferito dal teste [REDACTED]). La circostanza che l'imputato abbia poi contattato il Pubblico Ministero di turno non incide sulla attuale consapevolezza di agire contro la volontà della paziente, considerato che non solo il magistrato non prendeva posizione in relazione al quesito posto dal dott. [REDACTED] rimandando al medico il compito di decidere secondo "scienza e coscienza", ma allo stesso non veniva nemmeno rappresentata la circostanza della presenza di un

amministratore preposto e del dissenso opposto. Lo stesso deve dirsi con riguardo al parere legale di cui l'imputato era in attesa la mattina del decesso, e che avrebbe ricevuto solo nel pomeriggio, ossia che tale attesa non incide sulla piena consapevolezza da parte dell'imputato del dissenso opposto legittimamente sulla base di un provvedimento del giudice. Deve al contrario evidenziarsi che, nei giorni antecedenti, furono gli stessi medici dell'*equipe* di terapia intensiva a suggerire ai parenti di [REDACTED] di far nominare un amministratore di sostegno. All'interno dell'*equipe* medica, dunque, nell'ambito della quale i medici operavano in modo coordinato e sotto la direzione del primario (come riferito dai testi [REDACTED] ma anche dallo stesso imputato), c'era consapevolezza della necessità che il dissenso fosse manifestato da un amministratore di sostegno. Il dott. [REDACTED] inoltre, si ripete, era a conoscenza tanto delle d.a.t. quanto del credo religioso professato dalla paziente.

Né assume alcun valore in questo quadro la circostanza che sulle d.a.t. la data della firma di [REDACTED] non coincidesse con la data della sottoscrizione dei testimoni, successiva di un giorno. Non solo non è stata contestata la genuinità della firma, ma il documento, a seguito del provvedimento del giudice tutelare, era ormai da considerarsi parte integrante dello stesso, circostanza assolutamente chiara perché formalmente esplicitata dal giudice, cosicché ogni irregolarità delle d.a.t. doveva in ogni caso dirsi ormai sanata perché contenutisticamente incorporate nel decreto di nomina.

Deve dunque ritenersi provato che l'imputato abbia agito nella piena rappresentazione del dissenso della paziente al trattamento e che, ciò nonostante, si determinava consapevolmente nell'operare comunque l'emotrasfusione.


Alla luce di quanto sopra esposto risulta pertanto integrata la fattispecie criminosa contestata.

3. Venendo al trattamento sanzionatorio, si riconosce in primo luogo l'applicabilità delle circostanze attenuanti generiche per aver l'imputato agito per motivi tutt'altro che biasimevoli e tenendo conto dell'incensuratezza dello stesso, nonché della necessità di meglio graduare la pena.

Alla luce dei criteri indicati dall'art. 133 c.p. si applica una pena base di tre mesi di reclusione, viene dunque ridotta la pena di un terzo per effetto dell'applicazione delle circostanze attenuanti generiche, e si condanna l'imputato alla pena di due mesi di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Sussistendone i presupposti di legge e ritenuto che l'imputato si asterrà dal commettere ulteriori reati, si concedono i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione nel casellario giudiziale.

4. Attese le risultanze probatorie, e, in particolare, la testimonianza del consulente di parte dott. [REDACTED], considerato inoltre che la condotta tenuta dall'imputato ha segnato le parti civili costituite, che con [REDACTED] condividevano il credo religioso, ritenuto tuttavia che si renda necessaria una più approfondita istruttoria che consenta in maniera più completa l'acquisizione della prova sul punto, nel contraddittorio tra le parti, si riconosce una provvisoria in favore delle parti civili, liquidata come segue sulla base di un criterio equitativo: 5.000,00 euro in favore di [REDACTED] 5.000,00 euro in favore di [REDACTED]; 10.000,00 euro in favore di [REDACTED]. Oltre interessi dalla sentenza al soddisfo.

Si condanna inoltre l'imputato alla rifusione delle spese del giudizio in favore delle arti civili, liquidate in euro 2.475,00 in favore di [REDACTED] e 2.250,00 euro in favore di [REDACTED], oltre il 15% di spese generali, i.v.a. e c.p.a. come per legge. 

5. In ragione della complessità delle questioni trattate il termine per il deposito della motivazione della sentenza è indicato in novanta giorni.

**P.Q.M.**

visti gli artt. 533 e 535 c.p.p., 62 bis c.p.

**DICHIARA**

[REDACTED] colpevole del reato ascrittogli, e, concesse le circostanze attenuanti generiche, lo condanna alla pena di due mesi di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Pena sospesa e non menzione.

Visto l'art. 538 c.p.p.

**CONDANNA**

l'imputato al risarcimento del danno cagionato alle parti civili [REDACTED] da liquidarsi in separata sede civile e assegna alle stesse una provvisoria, immediatamente esecutiva, così quantificata: 5.000,00 euro in favore di [REDACTED]

[redacted] 5.000,00 euro in favore di [redacted] ; 10.000,00 euro in favore di [redacted]  
[redacted]

Visto l'art. 541 c.p.p.,

CONDANNA

l'imputato alla rifusione delle spese processuali sostenute dalla parte civile, che liquida nella somma complessiva di euro 2.475,00 in favore di [redacted] ed euro 2.250,00 in favore di [redacted], oltre il 15% per spese generali, I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Fissa in giorni novanta il termine pe il deposito della motivazione.

Tivoli, 1 ottobre 2020

Il Giudice

Dot.ssa Chiara Pulicati  
*Chiara Pulicati*

TRIBUNALE ORDINARIO DI TIVOLI  
DEPOSITATO IN CANCELLERIA  
Li. 9.12.2020  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  
*ORSOLINA LORI*