

## **Colpa Medica - Errore nella Valutazione Anestesiologica e nella Scelta del Ricovero in Regime di Day Surgery**

**Cassazione Penale – Colpa medica - Errore nella valutazione anestesiologica e nella scelta del ricovero in regime di day surgery.** La Corte di Cassazione ha affermato che il caso in esame è caratterizzato dalla contestuale presenza di condotte commissive e di condotte omissive. Le prime riferentisi alla scelta del tipo di ricovero in ragione dell'erronea attribuzione della classe di rischio ASA II anziché ASA III, e del tipo di anestesia, le seconde alla non tempestiva diagnosi circa l'ingravescenza delle condizioni del paziente nel corso dell'intervento chirurgico. (Sentenza 1832/2015)

**FATTO:** Con sentenza del 23.05.2011 il Tribunale di Torino riteneva V. L. e R.F. responsabili, condannandoli alle pene di giustizia, del delitto di cui all' art. 589 c.p. , perché il primo, quale medico chirurgo operatore, il secondo, quale medico anestesista rianimatore, per colpa, consistita in imperizia, imprudenza, negligenza, cagionavano il decesso del paziente B. G., tenendo la seguenti condotte: entrambi decidevano di sottoporre (in data ---- ad intervento chirurgico di vitrectomia il B. in regime di day surgery, senza adeguato studio delle condizioni cliniche, con particolare riguardo al rischio di danno d'organo correlato alla presenza di diabete, o, comunque, dopo una valutazione imprudente delle condizioni di salute del paziente, giungendo alla errata classificazione del caso secondo la classe di rischio ASA II, anziché come ASA III, classe che avrebbe imposto il ricovero in regime ordinario; sottoponevano, quindi, il paziente al predetto intervento chirurgico in condizioni tali per cui si producevano fenomeni di aritmia cardiaca e di instabilità emodinamica, cui seguì un arresto cardiocircolatorio; diagnosticavano tardivamente l'insorgenza delle precitate complicanze, sicché si determinava anossia e successivamente stato di coma atossico. Cosicché il paziente, uscito in stato di coma dall'intervento operatorio, non ne usciva più, sino a giungere a morte il ----. La Corte d'Appello locale, adita dagli imputati confermava, la sentenza impugnata, e, nel ritenere infondati i motivi di appello, evidenziava come l'istruzione dibattimentale (in primis la perizia medico-legale effettuata nel corso delle indagini, in sede di incidente probatorio) avesse confermato l'esistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico eseguito in data --- ed il decesso di B.G., sopraggiunto il ----. Inoltre, la stessa istruzione dibattimentale, secondo la Corte del merito, imponeva di ritenere provato che fu l'intervento chirurgico a determinare l'arresto cardiocircolatorio a causa di una gestione anestesiologica del paziente non immune da censure, ovvero, in ragione di un percorso assistenziale anestesiologico non sufficientemente "tutelante" per un ammalato le cui condizioni generali erano compromesse dalla patologia di base. In particolare, la Corte torinese, nell'analizzare i profili di colpa contestati agli imputati sulla base dell'accertamento peritale e rimasti provati all'esito della discussione delle relative risultanze, avvenuta nel secondo grado di giudizio, in contraddittorio tra le parti, ha evidenziato che due sono i momenti nei quali è stato possibile muovere un rimprovero all'operato dei medici: la fase preoperatoria e quella intraoperatoria. Ricorrono per cassazione entrambi gli imputati.

**DIRITTO:** La sentenza impugnata appare caratterizzata da un convincente apparato argomentativo, sulle questioni di interesse ai fini del giudizio di responsabilità e non presenta, peraltro, neppure errori di diritto, con precipuo riguardo ai principi applicabili in tema di colpa e di nesso di causalità. Relativamente all'accertamento della sussistenza del nesso causale la Corte torinese ritiene che l'istruttoria dibattimentale di primo grado e quella rinnovata in secondo grado abbiano confermato l'esistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico ed il decesso del B., evidenziando che, nel corso di tale intervento di vitrectomia, sopraggiunse l'arresto cardiocircolatorio che determinò il coma post-anossico del paziente che, a sua volta, portò ad una progressiva insufficienza multi organica, sviluppatasi in un soggetto affetto da diabete mellito tipo 1, complicato da insufficienza renale cronica acuitasi sino al decesso. Premesso che, nel caso di specie, fatto del tutto pacifico, non si censura affatto l'intervento di vitrectomia in sè, eseguito perfettamente, ma la scelta del tipo di

anestesia e di ricovero in ospedale, in fase preoperatoria, e la omessa tempestiva ed adeguata assistenza sanitaria, nel momento in cui si verificarono le complicanze, in fase operatoria, è necessario verificare se è stata ben individuata la causa ultima che determinò l'arresto circolatorio e se essa è dipesa proprio da quelle condotte addebitate ai sanitari. Quanto alla causalità della condotta, va precisato che il caso in esame è caratterizzato dalla contestuale presenza di condotte commissive e di condotte omissive. Le prime riferentisi alla scelta del tipo di ricovero in ragione dell'erronea attribuzione della classe di rischio ASA II anzichè ASA III, e del tipo di anestesia, le seconde alla non tempestiva diagnosi circa l'ingravescenza delle condizioni del paziente nel corso dell'intervento chirurgico. Sotto il primo profilo, quello dell'accertamento della causa dell'arresto cardiocircolatorio, è rimasto incontestato che, come accertato dagli specialisti incaricati in sede di incidente probatorio e da essi confermato in appello in contraddittorio con i consulenti di parte, che lo stress fisico e psicologico cui fu sottoposto il paziente dipese dalla erronea scelta di ricoverare il B. in day surgery e di praticargli l'anestesia locale. Tutte le critiche prospettate con gli odierni ricorsi dai ricorrenti in ordine a tali scelte sono state già puntualmente esaminate dalla Corte torinese e la relativa valutazione è decisamente condivisibile. Significativa è la chiarezza con cui le linee guida per l'assistenza anestesiológica dell'American Society of Anesthesiology individuano le classi di rischio anestesiológico per i pazienti che debbono subire un intervento, laddove nella classe ASA II, quella indicata dal R., rientrano i pazienti con malattie lievi, e nella classe ASA III, quella indicata dai periti di ufficio, rientrano i pazienti con malattie sistemiche severe ma non invalidanti. Ebbene, il B. portatore di quelle patologie già ampiamente indicate, tra cui l'insufficienza renale che lo costringeva a sottoporsi a dialisi ben tre volte la settimana (per altro in lista di attesa per il trapianto rene-pancreas), non poteva certo definirsi un paziente con malattie lievi (ASA II). I giudici del gravame, andando oltre nell'esame di tale aspetto, chiariscono, in conformità della giurisprudenza di questa Corte, che, in tema di responsabilità medica, sussiste una responsabilità del medico titolare dell'intervento anche quando abbia chiesto un consulto ad un collega, eventualmente di maggiore esperienza, e di tale consulto si sia fidato senza porre in essere ulteriori accertamenti. Ma nel caso di specie non vi fu alcun consulto ed il R. si è limitato a richiamare una preliminare valutazione anestesiológica compiuta dal primario del reparto alcuni giorni prima, da lui integralmente recepita e condivisa la mattina dell'intervento. I periti hanno ampiamente spiegato che tale erronea indicazione sul rischio anestesiológico comportò il conseguente inadeguato ricovero temporaneo del paziente con la scelta dell'anestesia locale, che pose il paziente in una situazione di stress psico-fisico (al B., come hanno evidenziato i periti, è stata effettuata una anestesia loco-regionale senza nemmeno la cautela di una previa minima sedazione volta a togliere la componente dello stress) che determinò la sindrome di "bassa portata", a sua volta causa dell'arresto cardiocircolatorio. Quanto al secondo aspetto ritiene il Collegio che nel caso di specie ricorre una responsabilità da equipe sia con riferimento alla parte preoperatoria che a quella operatoria. In ordine alla prima, è ben posto in evidenza in sentenza che, secondo le linee guida, richiamate dai periti, con riferimento alla posizione del chirurgo V., questi avrebbe dovuto concordare con il collega anestesista una scelta meditata sul percorso anestesiológico da seguire. In effetti è il chirurgo che deve fornire una serie di indicazioni sul tipo di intervento e sulle possibili interferenze e implicazioni di quella chirurgica su altre patologie o condizioni del paziente; rileva la Corte del merito che il chirurgo e l'anestesista assumono, entrambi, una posizione di garanzia sul paziente, ed entrambi avrebbero dovuto verificare la correttezza della scelta anestesiológica. In ordine alla seconda il chirurgo avrebbe dovuto richiedere che il collega non abbandonasse la sala tanto più che il paziente era stato male sin dall'inizio dell'intervento. E' rimasto accertato che il R. tornò in sala operatoria, chiamato dalle infermiere, quando le condizioni del paziente erano diventate critiche, dopo che il monitor aveva dato l'allarme relativo alla desaturazione, e dovette procedere alle pratiche rianimatorie. La Corte di Cassazione ha annullato la sentenza impugnata per essere il reato contestato estinto per prescrizione

**Cassazione Penale Sez. 4 Sentenza Num.1832 Anno 2015**  
**Presidente: BRUSCO CARLO GIUSEPPE**  
**Relatore: D'ISA CLAUDIO**  
**Omissis**

### **RITENUTO IN FATTO**

Con sentenza del 23.05.2011 il Tribunale di Torino riteneva V. L. e R.F. responsabili, condannandoli alle pene di giustizia, del delitto di cui all' art. 589 c.p. , perché il primo, quale medico chirurgo operatore, il secondo, quale medico anestesista rianimatore, per colpa, consistita in imperizia, imprudenza, negligenza, cagionavano il decesso del paziente B. G., tenendo la seguenti condotte: entrambi decidevano di sottoporre (in data -- -- ad intervento chirurgico di vitrectomia il B. in regime di day surgery, senza adeguato studio delle condizioni cliniche, con particolare riguardo al rischio di danno d'organo correlato alla presenza di diabete, o, comunque, dopo una valutazione imprudente delle condizioni di salute del paziente, giungendo alla errata classificazione del caso secondo la classe di rischio ASA II, anziché come ASA III, classe che avrebbe imposto il ricovero in regime ordinario; sottoponevano, quindi, il paziente al predetto intervento chirurgico in condizioni tali per cui si producevano fenomeni di aritmia cardiaca e di instabilità emodinamica, cui seguì un arresto cardiocircolatorio;

diagnosticavano tardivamente l'insorgenza delle precitate complicanze, sicché si determinava anossia e successivamente stato di coma atossico. Cosicché il paziente, uscito in stato di coma dall'intervento operatorio, non ne usciva più, sino a giungere a morte il ----.

La Corte d'Appello locale, adita dagli imputati confermava, la sentenza impugnata, e, nel ritenere infondati i motivi di appello, evidenziava come l'istruzione dibattimentale (in primis la perizia medico-legale effettuata nel corso delle indagini, in sede di incidente probatorio) avesse confermato l'esistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico eseguito in data --- ed il decesso di B.G., sopraggiunto il ----. Inoltre, la stessa istruzione dibattimentale, secondo la Corte del merito, imponeva di ritenere provato che fu l'intervento chirurgico a determinare l'arresto cardiocircolatorio a causa di una gestione anestesiologicala del paziente non immune da censure, ovvero, in ragione di un percorso assistenziale anestesiologicalo non sufficientemente "tutelante" per un ammalato le cui condizioni generali erano compromesse dalla patologia di base. In particolare, la Corte torinese, nell'analizzare i profili di colpa contestati agli imputati sulla base dell'accertamento peritale e rimasti provati all'esito della discussione delle relative risultanze, avvenuta nel secondo grado di giudizio, in contraddittorio tra le parti, ha evidenziato che due sono i momenti nei quali è stato possibile muovere un rimprovero all'operato dei medici: la fase preoperatoria e quella intraoperatoria.

Nella prima vengono in rilievo:l'errore nella valutazione anestesiologicala e la classificazione di rischio ASA II; la scelta di praticare l'anestesia loco-regionale ed il ricovero in regime di day surgery.

Nella seconda fase, quella intraoperatoria, le condotte tenute che la Corte distrettuale, alla luce del confronto tra i periti ed i consulenti di parte, ha ritenuto di dover rimproverare agli imputati sono due, tra loro correlate: a) la mancata costante presenza dell'anestesista per tutta la durata dell'intervento in sala operatoria; b) la sottovalutazione dei primi sintomi manifestati dal paziente premonitori dell'insorgenza dell'arresto cardiaco e la prosecuzione

dell'atto chirurgico in anestesia loco-regionale, omettendo di procedere alla conversione in anestesia generale.

### **Ricorrono per cassazione entrambi gli imputati.**

V.L. denuncia vizio di motivazione, con riferimento al c.d.principio dell'affidamento, particolarmente trattato dalla giurisprudenza proprio in materia di interventi chirurgici effettuati da una equipe medica; evidenza che la stessa giurisprudenza ha posto dei limiti a tale principio, nel senso che ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento appunto sul fatto che altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie. Nel caso di specie non è possibile affermare che eventuali errori riguardanti la classificazione anestesiologicala, ovvero riguardanti la scelta di un inconsueto ricovero ordinario che comportasse l'interruzione del normale collaudato percorso assistenziale dialitico in cui il paziente era inserito presso l'ospedale di (OMISSIS), ovvero ancora inerenti la decisione di convertire l'anestesia locale a generale in corso di intervento, possano essere considerati propri del chirurgo, in quanto non evidenti e settoriali e come tali non rilevabili e non emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio.

La valutazione anestesiologicala, effettuata per altro da ben tre anestesisti (e tra questi un primario), non comportava, in linea di principio, in ossequio a regole prudenziali di diligenza e perizia nel settore della chirurgia oculistica, a linee guida nazionali di chirurgia oculistica ed alle raccomandazioni della Società Oftalmologia Italiana e del Gruppo Italiano di chirurgia vitroretinica, nè un regime di ricovero, nè una modalità anestesiologicala diverse da quelle prescelte. Pertanto, per la difesa del ricorrente, l'eventuale scelta di modificare il regime di ricovero e, ancor più, la scelta della conversione dell'anestesia da loco regionale a generale non poteva essere ipotizzabile e prevedibile dal chirurgo, in quanto scelta demandata all'anestesista.

Pertanto, di tale contestata omessa condotta non può essere chiamato a rispondere il chirurgo. La carenza di motivazione dell'impugnata sentenza viene individuata laddove non sono stati indicati i motivi clinici che avrebbero dovuto indurre il V. a discostarsi, non soltanto dalle direttive della SOI e del GIVRE, ma anche dal parere dei nefrologi esperti che avevano in cura il B. per la patologia di base, nonché della valutazione complessiva di carattere anestesiologicalo di ben tre anestesisti che, in prossimità ed in vista dell'intervento, avevano classificato il rischio anestesiologicalo e valutato la situazione clinica generale ed in particolare la situazione cardiologica e pneumonologica del paziente.

Nessun rimprovero può muoversi al chirurgo circa la gestione e la conduzione dell'intervento chirurgico, nè gli si può addebitare di nulla aver fatto per garantire la presenza costante dell'anestesista durante l'intervento stesso. Per altro, dalle risultanze istruttorie (vengono riportate sul punto le dichiarazioni di diversi testimoni a vario titolo presenti nella sala operatoria) emerge la costante presenza di tale sanitario ed, inoltre, il chirurgo, intento ad operare con l'ausilio del microscopio con la luce concentrata solo sul campo operatorio, non poteva certo accorgersi dell'eventuale allontanamento dell'anestesista. In sostanza, si denuncia che il principio di diritto indicato dalla giurisprudenza di legittimità in tema di corresponsabilità del chirurgo o del capo equipe sia stato applicato dalla Corte d'appello in termini contraddittori ed estremamente forzati. Ed invero, esaminando la posizione del chirurgo, si dà atto della non evidenza degli errori altrui e, soprattutto, della loro incidenza sulle scelte preventivamente fatte nella gestione

chirurgica, nè su eventuali scelte di modifica del percorso anestesiologicalo in corso di intervento.

Segue il richiamo a specifici passaggi motivazionali della sentenza ritenuti contrastanti con le acquisizioni probatorie in particolare con le dichiarazioni degli stessi periti di ufficio e dei consulenti di parte.

R.F. denuncia, con il primo motivo, violazione di legge nella specie dell'art. 468, 5 comma, cod. proc. pen.. Si premette che il Tribunale non aveva disposto, in violazione della norma citata, la citazione del Perito nominato nell'incidente probatorio, nè aveva consentito l'audizione dei Consulenti di parte indicati nella lista testi. La Corte d'appello, ritenendo la nullità a regime intermedio, la sanava disponendo la rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale con la citazione dei periti e consulenti. Resta la violazione del principio del contraddittorio essendo stata la difesa privata nella forma e nella sostanza di quella doppia valutazione di merito sulle risultanze delle escussione dei periti e consulenti, che le sarebbe spettata ove l'audizione fosse stata disposta in primo grado.

Con il secondo motivo si denuncia vizio di motivazione in punto di individuazione dell'intervento chirurgico quale causa dell'arresto cardiocircolatorio che determinò il coma post atossico dal quale è derivata la morte del B..

La Corte d'appello ha omesso di confutare la con conclusione del consulente G. il quale ha evidenziato che, nel caso di specie, non c'è alcun elemento certo di carattere scientifico da cui possa evincersi il nesso causale tra l'intervento e la morte del paziente, per cui non potendosi individuare in termini di certezza la causa dell'arresto cardiaco risultava impossibile affermare, con elevato grado di probabilità logico-razionale, la rilevanza dei comportamenti colposi contestati. Tale carenza di motivazione ha comportato, a dispetto della validità scientifica degli argomenti addotti a contrario, l'adesione alla tesi prospettata dai periti di ufficio, cioè quella sindrome di bassa portata, consistente in un calo della funzionalità del cuore con conseguente diminuita ossigenazione dei tessuti e della perfusione cerebrale, che della sequenza colposa ipotizzata costituiva l'ideale conclusione.

Con il terzo motivo si denuncia altro vizio di motivazione in punto di individuazione dei profili di colpa ascrivibili al ricorrente.

Innanzitutto la Corte del merito, pur avendo correttamente ricordato che la prima erronea valutazione anestesiologicala con classificazione ASA II venne effettuata in data ---- da altro anestesista (il primario della clinica), ha tuttavia finito per considerarla come irrilevante, attesa la natura indipendente di quella ufficiale effettuata dal R. il giorno dell'intervento stesso. Quando la Corte ha dato risalto all'erronea classificazione iniziale che determinò una serie di condotte colpose successive avrebbe dovuto osservare che l'adottato percorso di assistenza e cura già era stato impostato dal primario il ----, tanto che il paziente giunse in sala operatoria senza preventivo ricovero.

Si eccepisce la nullità della sentenza di appello per violazione del principio del contraddittorio durante l'audizione dei periti, laddove gli stessi non sono stati, ex officio, investiti del compito di prendere visione degli atti dell'intera istruttoria dibattimentale.

Si rileva che ai periti, escussi soltanto avanti alla Corte d'appello, in conseguenza della nullità già esposta con il primo motivo, fu esibita per la prima volta documentazione

medica relativa al paziente di cui non poterono tener conto nell'espletamento della perizia nel corso dell'incidente probatorio. A fronte di una così macroscopica lacuna la Corte del merito ha, comunque, illogicamente, accordato netta preferenza alle "impressioni" dei periti secondo le quali i dati clinici del paziente, di cui essi stessi non avevano avuto piena contezza, non potevano dirsi idonei a farlo ritenere compensato la mattina dell'intervento. Nel senso, invece, di un ragionato consapevole e corretto affidamento sul fatto che il paziente fosse del tutto compensato, cioè stabilizzato, la mattina dell'intervento si evidenzia: l'inserimento del paziente nei percorsi di dialisi e trapianto che davano certezza che non c'erano problemi da un punto di vista dei vari apparati, non c'erano problemi né respiratori, né cardiologici, né del sistema scheletrico, né dell'apparato gastroenterico. La teste M., capo sala di reparto operatorio, d'altronde, aveva affermato che al paziente B., prima di scendere in sala operatoria, venne misurata la glicemia, riscontrata al di sotto della soglia limite, poichè, in caso contrario, neppure sarebbe stato condotto nella sala. Dunque, l'illogicità circa l'errore della valutazione delle condizioni del paziente è manifesta, risultando interamente ricostruito il percorso che condusse il B. all'intervento: segnalazione dell'unità nefrologia di (OMISSIS), consulenza dell'oculista A., visita specialistica da parte del chirurgo V., per cui non poteva essere avanzato il dubbio che i medici ignorassero le condizioni cliniche del paziente. Inoltre, la Corte ha omesso di valutare l'inserimento in lista d'attesa trapianti del B., la quale, lungi dal certificare una mera idoneità astratta al trapianto, attestava quella concreta rispetto all'intervento in esame di ovvia e minore importanza.

Quanto all'errore di aver disposto le modalità di day surgery, con la quale, oltretutto si era già intervenuti in precedenza per ben due volte sul paziente, l'aver connotato come colposo un comportamento di integrale adesione alle linee guida più accreditate di settore, appare, non soltanto illogico, ma anche in contrasto con la pluralità di insegnamenti giurisprudenziali recepiti tra l'altro nella legge n. 189 del 2012 .

Relativamente al contestato errore di praticare l'anestesia loco- regionale, anzichè quella generale, si premette che il paziente doveva essere sottoposto ad intervento urgente di tipo oculistico, in particolare di chirurgia retinica non invasiva, privo di implicazioni sui muscoli oculari e, quindi, non suscettibile di rischio di stimolazioni cardiache, l'anestesia locale è stata eseguita con farmaci infiltranti intorno all'occhio, e non si sono verificate complicanze sistemiche. La Corte d'appello, genericamente richiamando le condizioni del paziente, ha omesso di dare risposta in ordine al rilievo degli esperti del settore alla preferenza accordata all'anestesia locale, laddove proprio per le condizioni del paziente la anestesia generale appariva molto più rischiosa.

Quanto alla contestata mancata costante presenza dell'anestesista nella sala operatoria, trattasi di un dato assunto come dimostrato dalla sentenza impugnata ma che, oltre a non esser stato specificamente contestato, si fonda su di un parziale apprezzamento del dato derivato dall'audizione del personale infermieristico in sala. La Corte avrebbe dovuto tener presente come l'anestesista fosse presente al momento dell'arresto cardiaco, che non vi fu alcun ritardo nel trattamento della complicanza, tanto che le manovre rianimatorie condotte in sequenza articolate e complesse di ventilazione, massaggio cardiaco, intubazione, iniezione di farmaci, defibrillazione, furono efficacemente condotte a termine.

In ordine alla ritenuta sottovalutazione dei primi sintomi manifestati dal paziente con la conseguente mancata conversione del tipo di anestesia, non è stata verificata l'incidenza

causale di tale condotta omissiva. I consulenti, Ba. e Ma., hanno evidenziato che i riscontrati parametri di pressione, frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno erano rimasti nella norma sino al momento dell'arresto e così per altre due ore, lo stato sveglio e cosciente del paziente, derivante dal tipo di anestesia scelto, ha consentito una continua iterazione con il personale di sala. I sintomi furono tutti farmacologicamente trattati.

Con il quarto motivo il ricorrente denuncia altra violazione di legge e vizio di motivazione in punto di diniego di sostituzione della pena detentiva inflitta in quella corrispondente pecuniaria.

Con memoria depositata il 20.10.2014, le costituite parti civili, contestando la fondatezza dei motivi posti a base del ricorso, ne chiedono la dichiarazione di inammissibilità e/o rigetto.

### **CONSIDERATO IN DIRITTO**

**La sentenza va annullata per essere il reato contestato estinto per prescrizione, essendo perento il relativo termine (anni sette e mesi sei).**

E' principio acquisito che la presenza di una declaratoria di improcedibilità per intervenuta prescrizione del reato preclude alla Corte di Cassazione un riesame dei fatti finalizzato ad un eventuale annullamento della decisione per vizi attinenti alla sua motivazione, a meno che risulti l'evidenza di una causa di non punibilità così come previsto *dall'art. 129, 2 comma, c.p.p.*

Esclusa per il caso sottoposto all'esame della Corte l'applicazione della norma ora richiamata, comunque, stante la costituzione di parte civile, va analizzata la fondatezza dei motivi posti a base dei ricorsi.

I motivi adottati dai ricorrenti, alcuni dei quali inammissibili, in quanto non sono consentiti in sede di legittimità, perché concernono differenti valutazioni di risultanze processuali ed allegazioni in fatto, sono comunque infondati, sicché i ricorsi, ai fini civili, devono essere rigettati.

Procedendo per ordine logico va affrontata, preliminarmente, la questione, posta dal ricorrente R., oggetto del primo motivo del suo ricorso, essendo essa, in ragione della natura processuale, estensibile anche alla posizione processuale dell'altro imputato, in ordine alla dedotta violazione dell'art. 468, 5 comma, c.p.p., per omessa citazione nel giudizio di primo grado del perito, nominato nella procedura dell'incidente probatorio, escusso solo in grado di appello (V. parte narrativa, primo motivo R.).

La censura è palesemente infondata.

Come, per altro già evidenziato dal ricorrente, la Corte d'appello di Torino, accedendo alla richiesta di rinnovazione dibattimentale ed, a sanatoria della nullità eccepita dalla difesa, ha disposto l'audizione dei periti, in contraddittorio.

Sul punto va precisato dal Collegio che la Corte d'appello ha ecceduto, per una sorta di ipergarantismo difensivo, nel ritenere la mancata audizione nel corso del dibattimento di primo grado dei periti nominati dal GIP, integrante una nullità, sebbene a regime intermedio.

I periti, invero, già erano stati escussi, non solo nell'incidente probatorio, in contraddittorio tra le parti e dei loro consulenti, ma anche nel corso dell'udienza preliminare, avendo il GUP avvertita la necessità di un approfondimento in ordine alle conclusioni peritali (all'udienza preliminare tenutasi il 17.09.2009 i periti sono stati nuovamente sentiti in contraddittorio diretto con i consulenti delle difese ed alla presenza degli imputati). In seguito, il Tribunale, sulla richiesta della difesa degli imputati, che aveva depositato due elaborati peritali di altri consulenti, che non avevano partecipato all'acquisizione probatoria anticipata, valutando già ampiamente esperito il contraddittorio in merito alla perizia, ha ritenuto di non citare nuovamente i periti e di non disporre l'audizione dei nuovi consulenti, indicati nella fase preliminare del dibattimento.

Tale decisione, endoprocessuale, era pienamente legittima attinente essa alle modalità di acquisizione della prova e non, certo, integrante una violazione del diritto della difesa, potendo essere, come lo è stato, oggetto di censura in grado di appello per un'erronea e/o insufficiente acquisizione e/o valutazione della prova, ai fini della richiesta di rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale.

L'anticipata acquisizione della prova, a mezzo dell'incidente probatorio, comporta l'utilizzazione della stessa nel dibattimento senza alcuna necessità di rinnovarla, altrimenti verrebbe vanificata la funzione stessa di tale procedura, che è quella, appunto, di precostituire una prova, acquisita nel pieno contraddittorio delle parti. Nel caso, in cui, come quello di specie, la difesa ritenga necessario integrare quella prova o di contestare nuove emergenze processuali al perito che ha svolto il suo mandato nell'incidente probatorio, rientra nel potere discrezionale del giudice del dibattimento, ritenere o meno completa quella prova, salvo poi, il diritto della parte di sottoporre all'esame del giudice del gravame la relativa decisione.

Anche se non è del tutto conferente il richiamo della parte civile (V. memoria) alla giurisprudenza di legittimità, di cui alla sentenza di questa quarta sezione n. 36613 del 4.11.2006, esso, comunque, conferma quanto poc'anzi si è affermato. Difatti, nella richiamata pronuncia oggetto dell'esame di legittimità era stata la eccepita nullità dell'incidente probatorio per essere stata acquisita, in quell'ambito, la sola relazione peritale senza essere stata disposta l'audizione del perito. La Corte ha affermato che, anche in caso di perizia assunta con incidente probatorio, costituiscono momento indefettibili del procedimento di formazione della prova l'esposizione orale del parere del perito in udienza e il successivo eventuale esame del perito ad opera delle parti, e ciò si desume dal richiamo, contenuto nell'art. 401, 5 comma, c.p.p. , alle "forme" di assunzione delle prove stabilite per il dibattimento. Qualora il giudice dell'incidente probatorio abbia irrisolvemente differito la fase orale alla sede dibattimentale (pur non essendo stato tale differimento concordemente convenuto dalle parti), si verifica una mera irregolarità improduttiva di conseguenze e si è solo in presenza di una prova incompleta, che può e deve essere completata in dibattimento con il contraddittorio orale tra le parti, senza che da tale irrisolutezza possa farsi discendere una nullità per violazione del diritto di assistenza delle parti di cui all'art. 178 c.p.p. , lett. c), e art. 180 c.p.p. E, dunque, se non è stata ritenuta integrare nullità la omessa audizione del perito nel corso dell'incidente probatorio, a maggior ragione, non integra nullità la mancata audizione del perito nel dibattimento di primo grado quando questa sia già avvenuta nell'ambito dell'incidente probatorio.

Altrettanto infondata è l'ulteriore eccezione di nullità processuale opposta dal ricorrente R. per violazione del principio del contraddittorio durante l'audizione dei periti, laddove gli

stessi non sarebbero stati, ex officio, investiti del compito di prendere visione degli atti dell'intera istruttoria dibattimentale.

In sostanza, la Difesa si lamenta del fatto che i periti, che svolsero il loro mandato nel corso dell'incidente probatorio, e sentiti, a seguito della rinnovazione dell'istruttoria dibattimentale, solo nel giudizio di appello, non sarebbero stati messi a conoscenza delle ulteriori evenienze istruttorie acquisite nel dibattimento di primo grado, sicché non sarebbero stati in grado di rivedere il loro giudizio tecnico espresso all'esito dell'incidente probatorio.

La Corte sul punto ha ritenuto, con idonea motivazione, sufficiente quanto accertato dai periti e quanto esposto dai medesimi, tale affermazione rientra nei limiti discrezionali riconosciuti al giudice di merito nella valutazione della prova, legittima se congruamente motivata.

Come vedremo la censura non è aderente alle carte processuali essendo stato posto in evidenza dai giudici dell'appello che le tesi prospettate dai periti di ufficio sono state ampiamente da essi discusse in contraddittorio, per altro, con consulenti della difesa intervenuti solo nella fase di appello, ed all'esito hanno pienamente confermato le conclusioni cui erano pervenuti.

Del resto, la censura non coglie nel segno laddove ritiene violato il diritto al contraddittorio, ben potendo la difesa dell'imputato, nel corso dell'audizione dei periti, sottoporre ad essi le acquisizioni probatorie del primo grado, sicuramente a sua conoscenza; ciò avrebbe comportato una dilatazione temporale della loro audizione ma, solo nel caso in cui fosse stato impedito dalla Corte del merito l'espletamento di tale funzione difensiva, si sarebbe concretizzata la violazione del contraddittorio. Ma di ciò il ricorrente non si è affatto lamentato e, dunque, se ai periti non sono state sottoposte ad esame le ulteriori acquisizioni probatorie, successive alla fase dell'incidente probatorio, ciò va posto anche a carico della difesa.

Passando alla trattazione dei motivi posti a base di entrambi i ricorsi riguardanti la responsabilità, anche in questo caso essa può essere contestuale, atteso che, a parte la censura del ricorrente V. che lamenta un'erronea applicazione in materia di colpa medica del principio dell'affidamento nel rapporto chirurgo- anestesista, tutti sono incentrati nella critica, in punto di vizio motivazionale, al ritenuto errore nella valutazione anestesiológica e alla classificazione di rischio ASA II, alla scelta di praticare l'anestesia loco-regionale ed il ricovero in regime di day surgery, ed a quello di tardiva diagnosi delle insorgenze delle precipitate complicanze che avrebbero condotto il paziente alla morte.

Pur dovendosi apprezzare la ricchezza espositiva dei motivi proposti all'esame del Collegio, essi non possono, però, trovare accoglimento, in quanto la sentenza impugnata appare caratterizzata da un convincente apparato argomentativo, sulle questioni di interesse ai fini del giudizio di responsabilità e non presenta, peraltro, neppure errori di diritto, con precipuo riguardo ai principi applicabili in tema di colpa e di nesso di causalità.

Deve innanzitutto sottolinearsi che con il presente gravame, attraverso la denuncia di asseriti vizi di motivazione, sono state riproposte questioni sostanzialmente di fatto già dibattute nelle precedenti fasi del giudizio, tutte tese a dimostrare che il quadro probatorio (specie con riferimento alle conclusioni cui sono pervenuti i periti di ufficio) esaminato dai giudici di merito non avrebbe fornito sufficiente prova della responsabilità dei ricorrenti.

In proposito, non è inutile ricordare i rigorosi limiti del controllo di legittimità sulla sentenza di merito.

Il vizio di motivazione deducibile in sede di legittimità deve, per espresso disposto normativo, risultare dal testo del provvedimento impugnato e l'illogicità deve essere manifesta, cioè percepibile immediatamente, *ictu ovuli* (v. Sezioni unite, 24 settembre 2003, Petrella). Tanto comporta, quanto al vizio di illogicità, per un verso, che il ricorrente deve dimostrare in tale sede che l'iter argomentativo seguito dal giudice è assolutamente carente sul piano logico e, per un altro verso, che questa dimostrazione non ha nulla a che fare con la prospettazione di un'altra interpretazione o di un altro iter, quand'anche in tesi ugualmente corretti sul piano logico; ne consegue che, una volta che il giudice abbia coordinato logicamente gli atti sottoposti al suo esame, a nulla vale opporre che questi atti si prestavano ad una diversa lettura o interpretazione, munite di eguale crisma di logicità (v., Sezioni unite, 27 settembre 1995, Mannino; tra le altre, Sezione 4, 16 febbraio 2008, Dodi); dedurre tale vizio in sede di legittimità significa dimostrare che il testo del provvedimento è manifestamente carente di motivazione e/o di logica, e non già opporre alla logica valutazione degli atti effettuata dal giudice di merito una diversa ricostruzione, magari altrettanto logica.

E' principio non controverso, infatti, che nell'ipotesi di ricorso per mancanza o manifesta illogicità della motivazione, il sindacato in sede di legittimità è limitato alla sola verifica della sussistenza della esposizione dei fatti probatori e dei criteri adottati al fine di apprezzarne la rilevanza giuridica nonché della congruità logica del ragionamento sviluppato nel testo del provvedimento impugnato rispetto alle decisioni conclusive, sicché resta esclusa la possibilità di sindacare le scelte compiute dal giudice in ordine alla rilevanza ed attendibilità delle fonti di prova, a meno che le stesse non siano il frutto di affermazioni apodittiche o illogiche.

Alla Corte di Cassazione, dunque, non è consentito di procedere ad una rinnovata valutazione dei fatti magari finalizzata, nella prospettiva del ricorrente, ad una ricostruzione dei medesimi in termini diversi da quelli fatti propri dal giudice del merito. Così come non sembra affatto consentito che, attraverso il richiamo agli "atti del processo", possa esservi spazio per una rivalutazione dell'apprezzamento del contenuto delle prove acquisite, trattandosi di apprezzamento riservato in via esclusiva al giudice del merito.

Ciò premesso in termini generali, ritiene il Collegio che i vizi dedotti non sono riscontrabili nella sentenza impugnata con la quale la Corte ha dimostrato di avere analizzato tutti gli aspetti essenziali della vicenda, pervenendo, all'esito di un approfondito vaglio di tutta la materia del giudizio, a conclusioni sorrette da argomentazioni logico-giuridiche.

In definitiva, questa Corte è chiamata a controllare se i giudici del merito, una volta accertata la causa materiale dell'evento, abbiano verificato se l'attività umana abbia interferito sulla produzione dell'evento; se, in particolare, hanno risposto al quesito se la condotta degli imputati abbia avuto efficienza causale sul verificarsi dell'evento (causalità della condotta). La causalità della condotta costituisce, nel complesso accertamento dell'esistenza del rapporto di causalità, il secondo tassello dell'indagine.

Accertata l'esistenza della causalità materiale, l'accertamento della causalità giuridica richiede che si accerti se la condotta dell'uomo abbia contribuito al verificarsi dell'evento. Vedremo più avanti come questa situazione si riproduca nel caso in esame e verrà

vagliata la logicità della risposta data dai giudici di merito ai quesiti posti dai ricorrenti su questo punto.

Relativamente all'accertamento della sussistenza del nesso causale la Corte torinese ritiene che l'istruttoria dibattimentale di primo grado e quella rinnovata in secondo grado abbiano confermato l'esistenza del nesso causale tra l'intervento chirurgico ed il decesso del B., evidenziando che, nel corso di tale intervento di vitrectomia, sopraggiunse l'arresto cardiocircolatorio che determinò il coma post-anossico del paziente che, a sua volta, portò ad una progressiva insufficienza multi organica, sviluppatasi in un soggetto affetto da diabete mellito tipo 1, complicato da insufficienza renale cronica acuitasi sino al decesso.

Premesso che, nel caso di specie, fatto del tutto pacifico, non si censura affatto l'intervento di vitrectomia in sè, eseguito perfettamente, ma la scelta del tipo di anestesia e di ricovero in ospedale, in fase preoperatoria, e la omessa tempestiva ed adeguata assistenza sanitaria, nel momento in cui si verificarono le complicanze, in fase operatoria, è necessario verificare se è stata ben individuata la causa ultima che determinò l'arresto circolatorio e se essa è dipesa proprio da quelle condotte addebitate ai sanitari.

La Corte del merito sul punto ha aderito alla tesi dei periti d'ufficio - D.P. e Gi. - secondo cui l'arresto cardiaco è da attribuire alla sindrome di "bassa portata", intendendosi per questa uno scompenso cardiaco, nel senso che il cuore non riesce a pompare la stessa quantità di sangue e diminuisce la gittata sistolica, determinata, secondo quanto ritenuto dai periti, dal forte stato di stress fisico e psicologico cui venne sottoposto il B..

Sullo specifico rilievo difensivo relativo al nesso causale, oggetto dei motivi dei ricorsi in esame, la Corte distrettuale ha fornito puntuale risposta affermando che se è vero che il consulente della difesa, prof. G., lamenta il fatto che non sia stata accertata con sufficiente grado di certezza la causa che determinò l'arresto cardiologico, è altrettanto vero che lo stesso consulente non è stato in grado di contrapporre una spiegazione scientifica alternativa idonea a spiegare l'accaduto.

Quanto alla causalità della condotta, va precisato che il caso in esame è caratterizzato dalla contestuale presenza di condotte commissive e di condotte omissive. Le prime riferentisi alla scelta del tipo di ricovero in ragione dell'erronea attribuzione della classe di ischio ASA II anzichè ASA III, e del tipo di anestesia, le seconde alla non tempestiva diagnosi circa l'ingravescenza delle condizioni del paziente nel corso dell'intervento chirurgico.

Orbene, le censure rivolte dai ricorrenti aventi ad oggetto vizio motivazionale con riferimento all'analisi delle condotte commissive, sono state già compiutamente analizzate dalla Corte d'appello.

L'apprezzamento della Corte di merito, è stato compiuto, oltre che con specifici accertamenti fattuali attraverso l'analisi critica dei diversi (ed anche contrastanti) apporti medico-legali e delle conclusioni raggiunte dal giudice di primo grado.

Proprio movendo da tali dati, i giudici dell'appello hanno, con adeguata e convincente motivazione, espresso il loro convincimento sui profili di colpa (prima commissiva e poi omissiva) apprezzati a carico dei sanitari, e sulla sussistenza del nesso causale tra detti profili di colpa e evento lesivo.

Sotto il primo profilo, quello dell'accertamento della causa dell'arresto cardiocircolatorio, è rimasto incontestato che, come accertato dagli specialisti incaricati in sede di incidente probatorio e da essi confermato in appello in contraddittorio con i consulenti di parte, che lo stress fisico e psicologico cui fu sottoposto il paziente dipese dalla erronea scelta di ricoverare il B. in day surgery e di praticargli l'anestesia locale. Tutte le critiche prospettate con gli odierni ricorsi dai ricorrenti in ordine a tali scelte sono state già puntualmente esaminate dalla Corte torinese e la relativa valutazione è decisamente condivisibile. Significativa è la chiarezza con cui le linee guida per l'assistenza anestesologica dell'American Society of Anesthesiology individuano le classi di rischio anestesologico per i pazienti che debbono subire un intervento, laddove nella classe ASA II, quella indicata dal R., rientrano i pazienti con malattie lievi, e nella classe ASA III, quella indicata dai periti di ufficio, rientrano i pazienti con malattie sistemiche severe ma non invalidanti. Ebbene, il B. portatore di quelle patologie già ampiamente indicate, tra cui l'insufficienza renale che lo costringeva a sottoporsi a dialisi ben tre volte la settimana (per altro in lista di attesa per il trapianto rene-pancreas), non poteva certo definirsi un paziente con malattie lievi (ASA II).

Del resto, lo stesso imputato R., nel corso del dibattimento di primo grado, non aveva contestato tale dato. Appare, poi, come rileva la Corte del merito, non giustificativo della erronea scelta il rilievo che quella indicazione del rischio operatorio fu in precedenza operata dal primario di anestesia della clinica, in quanto la valutazione finale di tale rischio fu fatta dall'imputato la mattina dell'intervento, quindi a distanza di giorni da quella del primario, in un contesto diverso, laddove l'anestesista incaricato di assistere il paziente avrebbe dovuto effettuare una nuova ed autonoma valutazione sulla base di un accurato esame delle condizioni del paziente e di un approfondito studio dei dati clinici a sua disposizione. I giudici del gravame, andando oltre nell'esame di tale aspetto, chiariscono, in conformità della giurisprudenza di questa Corte, che, in tema di responsabilità medica, sussiste una responsabilità del medico titolare dell'intervento anche quando abbia chiesto un consulto ad un collega, eventualmente di maggiore esperienza, e di tale consulto si sia fidato senza porre in essere ulteriori accertamenti. Ma nel caso di specie non vi fu alcun consulto ed il R. si è limitato a richiamare una preliminare valutazione anestesologica compiuta dal primario del reparto alcuni giorni prima, da lui integralmente recepita e condivisa la mattina dell'intervento.

Il ricorrente R., nel censurare la motivazione sul punto dell'impugnata sentenza, rileva, sulla base di dati clinici, che il paziente, la mattina dell'intervento era pienamente compensato;ebbene emerge dagli atti che quella mattina il B. veniva valutato dallo stesso sanitario i condizioni generali scadenti, presentava tremori, alle ore 9,00, a distanza di solo mezz'ora dall'inizio dell'intervento aveva valori glicemici (320) assolutamente lontani da quelli limite, cioè quelli oltre i quali non si può e non si deve fare accedere il paziente alla camera operatoria.

I periti hanno ampiamente spiegato che tale erronea indicazione sul rischio anestesiológico comportò il conseguente inadeguato ricovero temporaneo del paziente con la scelta dell'anestesia locale, che pose il paziente in una situazione di stress psico-fisico (al B., come hanno evidenziato i periti, è stata effettuata una anestesia loco-regionale senza nemmeno la cautela di una previa minima sedazione volta a togliere la componente dello stress) che determinò la sindrome di "bassa portata", a sua volta causa dell'arresto cardiocircolatorio.

A tal riguardo, la giurisprudenza costante di questa Corte ammette, in virtù del principio del libero convincimento del giudice e di insussistenza di una prova legale o di una graduazione delle prove la possibilità del giudice di scegliere fra varie tesi, prospettate da differenti periti, di ufficio e consulenti di parte, quella che ritiene condivisibile, purché dia conto con motivazione accurata ed approfondita delle ragioni del suo dissenso o della scelta operata e dimostri di essersi soffermate sulle tesi che ha ritenuto di disattendere e confuti in modo specifico le deduzioni contrarie delle parti, sicché, ove una simile valutazione sia stata effettuata in maniera congrua in sede di merito, è inibito al giudice di legittimità di procedere ad una differente valutazione, poiché si è in presenza di un accertamento in fatto come tale insindacabile dalla Corte di Cassazione, se non entro i limiti del vizio motivazionale (Cass. sez. 4 20 maggio 1989 n. 7591 rv.181382).

Orbene, la Corte territoriale, rifacendosi "per relationem" alle argomentazioni svolte dai periti, ivi compresa la parte riguardante i rilievi mossi dai consulenti di parte, ha esposto le ragioni per cui la tesi dei periti d'ufficio sia da condividere rispetto a quella prospettata dai consulenti di parte.

La esclusione, evidenziata dai periti, di altre cause alternative determinanti l'arresto cardiocircolatorio, soddisfa i principi in tema di accertamento del rapporto di causalità, fondato sul criterio della "condicio sine qua non", integrato con riferimento alla c.d. legge scientifica di copertura, desumibile dalle indicazioni fornite dai periti. In particolare, come rileva la Corte del merito, si è tenuto conto delle emergenze ricavabili dai criteri scientifici applicabili in materia, in correlazione al caso concreto, onde, tenuto conto dell'esclusione di fattori alternativi, pervenire con alto grado di credibilità razionale o probabilità logica alla conclusione per cui, qualora l'azione doverosa fosse stata compiuta correttamente, l'evento lesivo non si sarebbe verificato.

In effetti la natura commissiva della condotta esaminata non esclude che, analogamente ai casi di condotte omissive, si debba far ricorso al giudizio controfattuale per la verifica del nesso causale, per stabilire l'effettivo rilievo condizionante della condotta umana, così come puntualmente osservato dal giudice di primo grado.

Sotto il secondo profilo, quello della colpa dei sanitari nel corso dell'intervento operatorio, questa volta estrinsecatasi in una condotta omissiva, il giudice di appello ha posto in evidenza i plurimi addebiti colposi riconducibili agli odierni ricorrenti, laddove ha

evidenziato che i periti - D.P. e Gi. - si esprimono in termini chiari ed incisivi individuando: a) la mancata costante presenza dell'anestesista per tutta la durata dell'intervento in sala operatoria; b) la sottovalutazione di primi sintomi manifestati dal paziente premonitori dell'insorgenza dell'arresto cardiaco e la prosecuzione dell'atto chirurgico in anestesia loco-regionale, omettendo cioè di procedere alla conversione in anestesia generale.

Quanto al primo punto, premesso il rilievo della Corte del merito, secondo cui le linee guida SIA ARTI impongono la presenza costante dell'anestesista durante l'operazione dei pazienti rientranti nel rischio ASA III, diversamente dal rischio ASA II, rilevando che è stata proprio questa erronea indicazione del rischio operatorio a legittimare l'anestesista ad allontanarsi, le censure del ricorrente R., già sottoposte all'esame della Corte d'appello, si risolvono in una diversa valutazione delle risultanze probatorie con riferimento alle testimonianze di coloro che erano presenti in sala operatoria, e come tali si sottraggono al giudizio di questa Corte, apparendo la motivazione della sentenza impugnata pienamente convincente.

Quanto al secondo aspetto ritiene il Collegio che nel caso di specie ricorre una responsabilità da equipe sia con riferimento alla parte preoperatoria che a quella operatoria.

In ordine alla prima, è ben posto in evidenza in sentenza che, secondo le linee guida, richiamate dai periti, con riferimento alla posizione del chirurgo V., questi avrebbe dovuto concordare con il collega anestesista una scelta meditata sul percorso anestesilogico da seguire. In effetti è il chirurgo che deve fornire una serie di indicazioni sul tipo di intervento e sulle possibili interferenze e implicazioni di quella chirurgica su altre patologie o condizioni del paziente; rileva la Corte del merito che il chirurgo e l'anestesista assumono, entrambi, una posizione di garanzia sul paziente, ed entrambi avrebbero dovuto verificare la correttezza della scelta anestesilogica.

In ordine alla seconda il chirurgo avrebbe dovuto richiedere che il collega non abbandonasse la sala tanto più che il paziente era stato male sin dall'inizio dell'intervento. E' rimasto accertato che il R. tornò in sala operatoria, chiamato dalle infermiere, quando le condizioni del paziente erano diventate critiche, dopo che il monitor aveva dato l'allarme relativo alla desaturazione, e dovette procedere alle pratiche rianimatorie.

Sulla base di un giudizio contro fattuale, esposto correttamente in aderenza ai principi giurisprudenziali consolidati, la Corte torinese ha formulato il giudizio di responsabilità di entrambi gli imputati, evidenziando che se avessero tempestivamente posto rimedio ai primi sintomi di sofferenza cardiaca del paziente questa non si sarebbe evoluta nell'arresto, e, dunque, la mancata presenza dell'anestesista, deputato al controllo dei parametri vitali del paziente nel corso dell'intervento, unitamente alla condotta negligente del chirurgo di non aver richiesto la presenza costante del collega, si pongono in diretta correlazione con il verificarsi dell'arresto cardio-circolatorio e, quindi, del decesso del B..

Alla stregua di quanto ora argomentato la tesi del V. circa l'erronea applicazione del principio dell'affidamento perde ogni sua valenza difensiva.

Al rigetto dei ricorsi ai soli fini civili segue la condanna dei ricorrenti alla rifusione delle spese processuali in favore della parti civili che si liquidano come da dispositivo.

**P.Q.M.**

Annulla senza rinvio, ai fini penali, la sentenza impugnata per essere il reato ascritto estinto per prescrizione.

Rigetta i ricorsi ai fini civili e condanna i ricorrenti alla rifusione delle spese in favore della parti civili che liquida in complessivi Euro 4.000,00 oltre accessori come per legge.

Data pubblicazione:15 gennaio 2015