

GIO

N. G.N.R.

N. R.G.

N. SENT.

del

DEPOSITATA il



REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
**TRIBUNALE DI**  
IN COMPOSIZIONE MONOCRATICA PENALE

*IL CANCELLIERE*  
*Umberto Falato*  
Avviso deposito con  
estratto ex art. 548 CPP  
comunicato al P.G.

**Il Giudice, Dott.ssa**

alla pubblica udienza del 9/4/2004, ha pronunciato la seguente

il

N. Reg.Com.Atti

Avviso deposito con  
estratto ex art.548 CPP  
notificato a

**S E N T E N Z A**

nei confronti di :

il

1) nato il i ad a,  
residente a ), via i n. elettivamente domiciliato per le  
notificazioni presso lo studio del proprio difensore di fiducia avv. Umberto  
Levi del foro di Pesaro, difensore di fiducia anche avv. Bruno Aiudi del foro  
di Pesaro con studio in Fano

IRREVOCABILE il

2) , nato l' a , ivi residente in via i  
n. , dove ha dichiarato domicilio per le notificazioni a norma dell'art. 161  
c.p.p.; difensori di fiducia avv. Giovanni Chiarini e avv. Claudia Chiarini del  
foro di Urbino

TRASMESSO ESTRATTO  
ESECUTIVO IL

**LIBERI PRESENTI**

3) , nata il '7 a ), ivi residente. via  
i n. , elettivamente domiciliata per le notificazioni presso lo studio N.  
del difensore di fiducia avv. Umberto Levi del foro di Pesaro

R.ES.P.M

CAMI

SCHEDA IL

4) \_\_\_\_\_, nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), ivi residente, via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ e domiciliata in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, elettivamente domiciliata per le notificazioni presso Bruno \_\_\_\_\_ Francesco, residente in Foggia Via Giustino Fortunato, 164; difensore di fiducia avv. Guido Ubaldini del foro di Pesaro

5) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dove ha dichiarato domicilio per le notificazioni a norma dell'art. 161 c.p.p.; difensore di fiducia avv. Paolo Emilio Comandini del foro di Pesaro.

LIBERI ASSENTI

#### IMPUTATI

Del reato previsto e punito dagli artt. 41 ult. co., 589 cod. pen. perché, in concorso con la condotta colposa indipendente descritta in prosieguo ed ascrivibile a ciascuno nella rispettiva qualità, per colpa consistita in imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di norme, regolamenti, ordini e discipline in particolare il \_\_\_\_\_, quale primario del reparto di Chirurgia dell'Ospedale "San Salvatore di Pesaro, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ quali componenti di équipe chirurgica, rispettivamente in qualità di aiuto e assistente medico presso il citato reparto, \_\_\_\_\_ quale infermiera strumentista, ed inoltre \_\_\_\_\_ quale medico radiologo che ha eseguito le radiografie sul paziente \_\_\_\_\_ in data 7/03/1998, redigendo i relativi referti, ed infine \_\_\_\_\_ quale medico che ha visitato il paziente presso il pronto soccorso in pari data, cagionavano la morte del paziente

\_\_\_\_\_ intervenuta in data \_\_\_\_\_ per "insufficienza cardiaca acuta in

corso di polmonite atelettassica diffusa bilaterale, insorta in stato tossico-settico da lacerazione duodenale, in soggetto laparotomizzato per asportazione di corpo estraneo endoaddominale e fortemente defedato”, verificandosi l’evento in quanto il citato paziente essendo stato sottoposto in data \_\_\_\_\_, dalla équipe formata dai primi quattro imputati nelle rispettive qualità, ad intervento chirurgico di “colecistectomia retrograda e papillosfinterotomia”, in particolare per grave negligenza consistita nell’aver dimenticato nell’addome del paziente una “lunghetta” di garza, dopo soli quattro giorni dalle dimissioni avvenute in data \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ I, accusando forti dolori addominali, si ripresentava al Pronto Soccorso, veniva visitato dal medico del P.S. e veniva sottoposto ad esame radiologico a vuoto dell’addome finalizzato ad evidenziare la presenza di eventuali livelli idro-aerei, il radiologo di turno \_\_\_\_\_ avendo correttamente identificato attraverso la proiezione antero-posteriore, il filo radio-opaco che viene appositamente posto nelle garze chirurgiche e che risultava proiettarsi in ipocondrio destro, ometteva di correttamente eseguire una proiezione latero-laterale prima di esprimere un giudizio definitivo sulla sede di tale garza e indicava nel referto stilato in data 7/03/1998 la “sede cutanea”, ritenendo erroneamente e superficialmente che tale reperto fosse da riferirsi ad una garza posta a piatto sulla parete esterna dell’addome, ed il medico di pronto soccorso dimetteva il paziente senza particolari prescrizioni, né approfondimenti, che invece apparivano necessari, come quello della ispezione della parete addominale ed il confronto fra l’eventuale garza di medicazione superficiale e l’immagine radiologica, accertamento che avrebbe consentito di escludere che quella garza chirurgica era posta all’esterno dell’addome, per cui il

paziente si ripresentava presso il Pronto Soccorso in data  
 accusando forti dolori addominali e, sottoposto ad esame radiologico, si  
 evidenziava e si confermava invariata la permanenza "di struttura metallica  
 filiforme, proiettantesi in ipocondrio destro, in esiti di colecistectomia",  
 venendo sottoposto in data \_\_\_\_\_ ad ulteriore intervento chirurgico di  
 "Relaparatomia mediana", nel corso del quale si evidenziava una peritonite  
 incapsulante da ritenzione di lunghetta di garza nel letto colecistico, si veniva  
 a determinare un quadro tossico-settico da peritonite secondaria a fuoriuscita  
 di liquidi biliare ed enterico da una breccia sulla parete duodenale, questa  
 secondaria all'intervento di relaparatomia per la rimozione di un corpo  
 estraneo situato nel letto colecistico e derelitto nel corso dell'intervento  
 precedente di colecistectomia eseguito in data \_\_\_\_\_, portando a morte il  
 paziente in data \_\_\_\_\_ per "arresto cardio- circolatorio irreversibile in  
 geropaziente operato per peritonite settica da corpo estraneo, fistola biliare,  
 esiti di pancreatite, insufficienza multiorgano.

Reato commesso in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

==°=°=°=

Con l'intervento del Pubblico Ministero dott.ssa \_\_\_\_\_,  
 e dell'avv. B. Aiudi, del foro di Pesaro, difensore di fiducia dell'imputato  
 \_\_\_\_\_, dell'avv. Giovanni Chiarini, del foro di Urbino, difensore di  
 fiducia dell'imputato \_\_\_\_\_, dell'avv. \_\_\_\_\_ in sostituzione dell'avv.  
 Levi, del foro di Pesaro, difensore di fiducia dell'imputata \_\_\_\_\_,  
 dell'avv. P. E. Comandini, del foro di Pesaro, difensore di fiducia  
 dell'imputato \_\_\_\_\_ dell'avv. G. Ubaldini, del foro di Pesaro,  
 difensore di fiducia dell'imputata \_\_\_\_\_.

Tutte le parti si riportano alle conclusioni di cui al verbale d'udienza del 5/4/04:

Il P.M. chiede:

- 1) per l'imputato \_\_\_\_\_ la condanna alla pena di anni uno e mesi sei di reclusione,
- 2) per l'imputato \_\_\_\_\_ a la condanna alla pena di mesi nove di reclusione,
- 3) per l'imputato \_\_\_\_\_ a la condanna alla pena di mesi nove di reclusione,
- 4) per l'imputato \_\_\_\_\_ io la condanna alla pena di anni uno e mesi sei di reclusione,
- 5) per l'imputata \_\_\_\_\_ e la condanna alla pena di mesi nove di reclusione.

L'avv. Comandini, difensore di \_\_\_\_\_ chiede l'assoluzione perché il fatto non costituisce reato.

L'avv. Ubaldini, difensore di \_\_\_\_\_, chiede l'assoluzione per non aver commesso il fatto o perché il fatto non costituisce reato.

L'avv. Chiarini, difensore di \_\_\_\_\_, chiede l'assoluzione per non aver commesso il fatto; in subordine l'assoluzione perché il fatto non costituisce reato; ex art. 523, comma 7° c.p.p. assumere la testimonianza di \_\_\_\_\_ con le forme dell'art. 507 c.p.p..

L'avv. Levi, difensore di \_\_\_\_\_ chiede l'assoluzione per non aver commesso il fatto.

L'avv. Aiudi, difensore di \_\_\_\_\_ chiede l'assoluzione perché il fatto non sussiste; in estrema ipotesi perché il fatto non costituisce reato.

## MOTIVAZIONE

venivano  
rinviiati a giudizio con decreto del Giudice delle indagini preliminari di ) del !.

All'udienza del il Giudice Dott. ,su sollecitazione del difensore dell'imputato ,si asteneva in quanto ,in qualità di Giudice per la Indagini Preliminari ,aveva autorizzato la proroga di indagini nel presente procedimento .

L'astensione veniva accolta con decreto di Presidente del Tribunale in data 1 e il processo veniva assegnato alla scrivente, con rinvio all'udienza del

A quella udienza ,gli imputati contumaci ( contumacia revocata durante il dibattimento ,in quanto tutti si presentavano nel corso dell'istruttoria ) , il Pubblico Ministero chiedeva di essere ammesso a provare i fatti di cui attraverso l'esame dei testi e dei consulenti di cui era stata autorizzata la citazione ,l'esame degli imputati e una produzione documentale , la cui individuazione era indicata in verbale di udienza con deposito di indice .

Analoghe richieste proponevano i difensori ( esame imputati ,audizione di propri testi , consulenti e produzioni documentali) .

Il Giudice ammetteva le prove richieste dalle parti ed esperita l'istruttoria dibattimentale invitava le stesse a discutere il processo e a formulare le loro conclusioni che venivano riportate in verbale.

Ritiene il Giudice che tutti imputati ,ad eccezione del Dottor ) , debbano essere dichiarati responsabili del reato loro ascritto.

La notizia di reato relativa alla morte di avvenuta alle ore sette del 11/10/1998 presso il reparto rianimazione dell'Ospedale San e di o ,veniva trasmessa dalla direzione sanitaria del citato Ospedale in data alla Procura della Repubblica , segnalando di aver richiesto riscontro diagnostico e che il paziente aveva subito altri ricoveri presso quel nosocomio .

*Mhall*

Con decreto di sequestro di data 13/10/1998 veniva disposta l'acquisizione di tutte le cartelle cliniche relative ai ricoveri del deceduto e, segnatamente, di tre cartelle: una per il ricovero nel periodo dall' 8 febbraio al 3 marzo 1998 , la seconda per il ricovero dal periodo 14/9/1998 al 27/9/1998 e ,infine, la terza per il ricovero presso il reparto rianimazione dal 27 settembre all' 11 ottobre 1998 ,data della morte .

Su delega del Pubblico Ministero ,la Polizia Giudiziaria in data 13 /10/1998 individuava negli odierni imputati ( \_\_\_\_\_ ) le persone che ,nelle rispettive qualifiche, avevano operato interventi chirurgici o sanitari nei confronti di \_\_\_\_\_ ) e veniva disposta la iscrizione dei loro nomi nel registro degli indagati per il delitto di omicidio colposo

In data 13/10/1998 veniva disposto un accertamento tecnico non ripetibile ,ai sensi dell'art. 360 c.p.p., nominando come consulente tecnico il Professore Giovanni Novello e ponendo al perito i seguenti quesiti :

“Eseguito l'esame autoptico ,anche con l'ausilio di esami istologici , esaminati gli atti acquisiti, altri elementi documentali e biologici, accerti il consulente le cause della morte di \_\_\_\_\_ li ,evidenziando la serie causale che l'ha determinata e se siano ravvisabili profili di responsabilità professionale dei sanitari che l' hanno avuto in cura nel periodo ricompreso tra il primo ricovero ospedaliero del 8/2/1998 - 3/3/1998 e il decesso .

L'accertamento veniva depositato in data 14/4/1999 e dello stesso era possibile l'utilizzazione tramite lettura ,sia perché già contenuto nel fascicolo del dibattimento , ai sensi dell'art. 431 c.p.p., sia perché, prima del dibattimento, decedeva il consulente e dunque il suo esame non era possibile .

Senza esaminare la parte valutativa dell' accertamento tecnico , che dovrà essere oggetto di esame specifico allorché, in contraddittorio con i risultati degli elaborati dei consulenti ,si dovrà affrontare il problema delle cause della morte del \_\_\_\_\_ , dalla lettura della documentazione sequestrata., arricchita dalla documentazione medica fornita dai parenti del defunto (prodotta dal Pubblico Ministero ed indirizzata alla attenzione del Professor Novello ,cfr. missiva del 24/11/1998), è possibile ricostruire la storia clinica che ha portato al decesso di \_\_\_\_\_

Tale ricostruzione è sicuramente comune anche ad un successivo accertamento peritale ,questo richiesto e ammesso nelle forme dell'incidente probatorio ,in occasione del quale ,nel novero degli indagati erano individuati anche gli imputati e , i cui nomi era stati iscritti solo successivamente nel registro degli indagati ( quest'ultimo - ( - .come si vedrà ,faceva richiesta di rito abbreviato in occasione della udienza preliminare ) .

Veniva richiesto ai periti nominati ,Professor Giuseppe Fortuni e Dott. Alberto Neri , di accertare nel contraddittorio con i consulenti nominati dagli imputati , le cause della morte e le singole responsabilità dei medici intervenuti .

Questi ,dunque, i fatti .

o ,di anni settantanove ,alle ore 15 del 8/2/1998 si ricoverava per accertamenti nella Divisione Chirurgica dell' Ospedale S. S. di o , avendo notato la comparsa di dolori ingravescenti in ipocondrio destro ,senza vomito, da circa tre giorni e per ittero ,comparso il giorno stesso del ricovero .

La diagnosi di ingresso era di " ittero colestatico , colica epatica " .

L'anamnesi patologica rivelava : appendicectomia a venti anni , resezione duodeno gastrica per ulcera peptica ,quaranta anni prima, ernioplastica, trenta anni prima e tbc renale, trenta anni prima, ed, in atto ,bronchite asmatica e ipertrofia prostatica in trattamento farmacologico .

Il paziente veniva sottoposto ad una serie di esami : ematochimici , all' esame radiologico del torace e dell'addome ,endoscopia gastro - duodenale e tac dell'addome .

In esito a tali esami , in data 18/2/1998, i veniva sottoposto ad intervento chirurgico di colicistectomia e papillosfinterotomia ,con biopsia pancreaticata .

Dalla lettura della scheda di intervento si individuava che avevano effettuato l'intervento come primo operatore, , e come altri operatori il Dottor , e i la , anestesista la dottoressa e come infermiera strumentista .

L'intervento è così descritto : "Relaparatomia mediana, lisi di aderenze da pregressa gastroresezione, si accede alla esplorazione della via biliare extraepatica. Colecisti modicamente distesa ;contenente

grossi calcoli. Coledoco dilatato. Si procede a : colecistectomia retrograda e all'esplorazione della via biliare terminale ,dopo mobilizzazione della testa pancreatico secondo

Kocher. Si procede a duodenotomia verticale e a papillotomia esterna per controllo del coledoco intra- murale . Non si repertano in questo contesto quadri di tipo lesionale . Si pratica biopsia su zona di indurimento della testa del pancreas che risulta all'esame istologico :esito di processo pancreatico. Drenaggio sottoepatico. Sintesi parietale in massa . Diagnosi : Colicistopatia litiasica. Scleropapillite . Pancreatite indurativa .

Il decorso post. operatorio non segnalava problemi particolari , tant'è che il 3/3/1998 il paziente veniva dimesso con diagnosi di colecistopatia litiasica , scleropapillite , pancreatite indurativa , bronchite cronica asmatica ,ipertrofia prostatica . “

Il 07.03.1998, \_\_\_\_\_ si recava presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale "S. \_\_\_\_\_" di \_\_\_\_\_ per stipsi e colica addominale. Veniva accolto dal medico del pronto soccorso , \_\_\_\_\_

Questo il referto del pronto soccorso redatto alle ore 21,19 del 7/3/1998 :

Notizie anamnestiche: "Colecistectomizzato di recente, da circa una settimana non evacua".

Accertamenti: es. ematochimici, Rx addome a vuoto. Gli esami di laboratorio mostravano incremento di livelli enzimatici epatocorrelati (y-GT) e cospicua anemia sideropenica.

Diagnosi e prognosi: Costipazione intestinale in colecistectomizzato di recente.

Terapie eseguite: " in bianco".

Consigli e comunicazioni : clisteri evacuativi

Conclusioni: non ritenuto necessario il ricovero ospedaliero. Il medico al Pronto Soccorso:

L'esame radiologico a vuoto dell'addome mostrava: "Non apprezzabili segni Rx di ileo addominale, assenti falde d'aria subfreniche (fili metallici proiettanti in ipocondrio ds da garza posizionata in

sede cutanea ), il referto radiologico ,appena indicato, era firmato dal radiologo Dott.

che aveva visionato la lastra dopo la dimissione del paziente dal Pronto Soccorso )

L'episodio del ricovero al Pronto Soccorso di data 7/3/1998 veniva ricostruito con ulteriori dettagli ,grazie alle testimonianze del figli del \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ , del tecnico di radiologia \_\_\_\_\_ e ,da ultimo, dallo stesso esame del Dottor \_\_\_\_\_ , attuale imputato .

Tale ricostruzione appare di particolare rilievo perché in quella occasione , secondo la prospettazione accusatoria ,sia il medico del Pronto Soccorso \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , che il Medico radiologo , Dottor \_\_\_\_\_ , ritennero, erroneamente ,che la garza chirurgica abbandonata all'interno dell'addome in occasione del primo intervento ,fosse invece collocata in sede in cutanea, sulla parete esterna dell'addome .

\_\_\_\_\_ esaminato, riferiva che ,in occasione della sua assistenza al padre dopo la dimissione dall'Ospedale ,una notte lo aveva visto alzarsi , andare in cucina , aprire un cassetto e dirgli " prendo un coltello, perché c'è qualcosa dentro che devo togliermi " .

Il teste aveva risposto " Ma che cosa ti vuoi togliere, la ferita è appena chiusa !"

Donzelli precisava che si trattava di una ferita "chiusa ,mai vista cicatrizzata in quel modo " e non coperta da alcuna garza (aff 42 ) .

Sabato sette marzo \_\_\_\_\_ , verso sera ,unitamente alla moglie, aveva accompagnato il padre al Pronto soccorso ove era astato accolto dal dottor \_\_\_\_\_ , che aveva richiesto esami ematochimici e una RX ad addome vuoto .

Il teste aveva assistito all'elettrocardiogramma ,al prelievo del sangue per gli esami ematochimici e aveva perso di vista il padre al momento in cui si era allontanato per effettuare la lastra (aff. 58 , 59).

Il medico del Pronto soccorso, dopo aver visionato la lastra , gli aveva detto " suo padre è pieno di cacca ! Lo porti a casa e gli faccia un clistere " .

Il teste ha ricordato che con un biro rossa il medico aveva segnato il numero di un infermiere professionista a cui, in seguito, egli si rivolse perché effettuasse clisteri al padre ( il \_\_\_\_\_ non era in grado di indicare l'identità dell'infermiere ), anche se ben presto fu lo stesso infermiere a segnalare ai parenti che il padre non era costipato.

Rispondendo alle domande del Pubblico Ministero, il teste ha negato che il dottor \_\_\_\_\_ ebbe a consigliarsi di rivolgersi ad un chirurgo per un nuovo controllo del congiunto.

Il figlio del deceduto ha ulteriormente precisato che il Dottor \_\_\_\_\_ non disse mai la parola "garza" e di aver letto soltanto in occasione di un secondo ricovero del padre, nel settembre del 1998, il referto stilato dal radiologo il 7/3/1999 ove appunto, si faceva riferimento ad una garza posizionata in sede cutanea.

Precisava da ultimo il \_\_\_\_\_, che il padre, nel periodo da marzo a settembre 1998, pur lamentandosi di dolori e avendo eliminato dalle sue abitudini alcune attività di cui era solito occuparsi ( caccia, orto ), conduceva una vita normale o, meglio, " tirava a campare " (aff.52).

Non avendo presentato sintomi più allarmanti ( febbre o altro ) non erano stati presi particolari provvedimenti, salvo visite dal medico di base ( Dott. \_\_\_\_\_ ) ,che il padre gestiva personalmente.

Solo a settembre il padre teneva comportamenti preoccupanti " mangiava solo un cucchiaino di minestra, andava a dormire presto, non beveva neppure più", ragioni per le quali, in data 14/9/1998 si erano indotti a ricoverarlo nuovamente.

\_\_\_\_\_ riferiva che il fratello \_\_\_\_\_ aveva accompagnato il padre al pronto soccorso il 7/3 /1998, perché il genitore " stava malissimo ".

Il teste riferiva che quando il padre stava per essere dimesso aveva chiesto al dottor \_\_\_\_\_ se avesse dovuto accompagnarlo nuovamente in ospedale per eliminare i punti chirurgici e la medicazione.

L'interlocutore, alzata la maglia del degente, ebbe a rispondere che erano già stati tolti i punti e che quindi non era necessario rivederlo ( aff. 28) e anche il teste ebbe a riscontrare che la ferita era " scoperta, perfetta, pulita " ( aff. 30 ).

Il teste precisava che quando all'indomani del controllo era andato a ritirare il referto del pronto soccorso e le radiografie effettuate , la documentazione gli fu consegnata da una infermiera , senza che gli fosse data alcuna indicazione se fosse stato necessario consultare un altro medico e mostrare la radiografia ad uno specialista .

figlia della persona deceduta , ha dichiarato che il giorno seguente alla visita presso il pronto soccorso e cioè l'8/3/1998 ,ella chiamò l'infermiere, affinché effettuasse un clistere al genitore .

Nell'occasione vide il padre senza abiti e ha potuto confermare che questi non aveva alcuna garza sull'addome .

A questo punto è necessaria una breve digressione per chiarire la veste processuale con la quale veniva sentito il tecnico di radiologia ,che la sera del sette marzo del 1998 ebbe ad effettuare al lastra radiografica ,successivamente letta dal radiologo Dottor ( nella medesima serata , quando il paziente già era stato dimesso .

I figli del .., come ha avuto modo di sottolineare il Pubblico Ministero di udienza ,non erano mai stati sentiti in occasioni delle indagini e gli stessi, presenti all'udienza preliminare, a fronte delle dichiarazioni del i e del Dottor ,che avevano affermato la presenza di una garza sull'addome del padre, avevano chiesto di essere sentiti, smentendo la circostanza .

Tale nuova emergenza istruttoria aveva indotto il Pubblico Ministero a iscrivere un procedimento penale a carico di per falsa testimonianza , circostanza quest'ultima che imponeva di esaminare il predetto ai sensi dell'art. 210 c.p.p. alla presenza del difensore e con gli avvertimenti di rito , essendo evidente il collegamento probatorio tra quel procedimento e il presente .

ha ricordato che la sera del 7/3/1998 era presente in Ospedale come tecnico di radiologia .

Ha affermato di aver effettuato la radiografia dell'addome in posizione ortostatica del paziente ( in piedi) e di averla effettuata ad addome libero ( senza indumenti ) .

Il paziente presentava una medicazione .

Precisava il Carloni “ io non intendo una medicazione chirurgica ,non ho mai detto che aveva una medicazione chirurgica ,” “ secondo me era una benda sulla ferita , come quelle che mettono di solito appena tolti i punti “ “ io ho visto un affare bianco, che assomiglia molto a queste cose qua , però sono cerotti che si trovano non solo in chirurgia , al Pronto soccorso , ma si trovano anche in farmacia ,credo “( aff. 79 ) “ io non ho visto una medicazione chirurgica : ho visto un cerotto che copriva ,presumibilmente, una ferita” ( aff. 85 ) .

Effettuata la lastra aveva licenziato il paziente ,che tornava nei locali del Pronto Soccorso .

Da un primo esame sul monitor aveva verificato la non necessità di ripetere l'esame e aveva sviluppato la lastra , l'aveva portata personalmente al medico del Pronto Soccorso Dottor chiedendo “ se andava bene così “ .

Ricordava di aver appeso la lastra sul visore e che il medico l'aveva guardata a distanza .

Non ricordava se aveva detto “ mi sembra di sì “ oppure “ Sì, adesso la guardo “

A quel punto se ne era andato .

Il radiologo Dottor , che aveva servizio di reperibilità ,ma doveva essere presente, solo se chiamato ,ebbe a ad arrivare solo più tardi e non per reperire la lastra di ,ma per una “radiografia al rachide cervicale “, che esigeva un suo intervento .

A quel punto il radiologo aveva iniziato a refertare tutte le lastre radioscopiche effettuate nel corso di quella giornata tra cui ,appunto, quella di

Esaminata la lastra del l'aveva accantonata e il teste ricordava che il Dottor aveva riferito la sua intenzione di voler visitare il ,perché gli interessava capire se c'era o meno una garza chirurgica sotto quel cerotto . Gli era infatti venuto il dubbio di chiarire l'origine di questo filamento che si vedeva nella garza e all' immagine radiografica risultava opaco .

Al suo ritorno dal Pronto soccorso il Dottor gli aveva riferito che il dottor aveva già dimesso il paziente e che lo stesso gli aveva assicurato che il paziente aveva una medicazione chirurgica esterna .

Il teste precisava ulteriormente che fu il [ ] ad informare il [ ] a che il [ ] aveva una medicazione chirurgica , circostanza che egli non gli aveva mai riferito, perché ,come già chiarito, per quello che egli aveva visto ,il paziente “aveva una benda , un cerotto bianco” .

L'imputato [ ] rendeva esame .

Il Dottor [ ] riferiva di ricordare che l [ ] si era presentato al Pronto Soccorso lamentando “ un dolorino di pancia “e di non evacuare con regolarità .

Egli aveva visitato il paziente che presentava un addome “trattabile normale , non dolente alla palpazione “

Benché tale sintomatologia potesse essere trattata anche con un analgesico ,poiché da una visita effettuata aveva rilevato una peristalsi intestinale ,aveva ritenuto di richiedere una lastra per verificare se vi erano” falde d'aria nell'intestino “.

Visionata la lastra a lui esibita dal [ ] i ,aveva visto che erano assenti falde di aria subfreniche e aveva notato la presenza di questo filamento ,che alla vista si presentava attorcigliato.

Si era dunque preoccupato di verificare se c'era una medicazione esterna che aveva potuto riscontrare sull'addome del paziente e che descriveva come “ una medicazione a piatto,superficiale“.

A quel punto aveva pensato che ,come era già successo altre volte ,in chirurgia avessero utilizzato per una medicazione esterna ,una garza chirurgica munita di filo metallico .

Precisava che a causa di questo inconveniente molto spesso “ in radiologia bisognava andare a vedere se era “fuori o era dentro “.

Questo utilizzo “improprio” era motivato dal fatto che probabilmente in reparto vi era carenza di materiali ,per cui la medicazione esterna poteva, in assenza di materiale più idoneo, essere effettuata con garze chirurgiche dotate di repere metallico al loro interno .

L'imputato concludeva che in trenta anni di servizio presso il Pronto soccorso non era certo la prima volta che tale circostanza si verificava .

Egli ,nel caso di specie ,aveva cercato di capire se si trattava di un medicazione cutanea, impropriamente effettuata con un garza chirurgica ,ma di non aver aperto la medicazione e di non aver ritenuto necessario chiamare il chirurgo reperibile per scoprire la ferita e fargliela vedere .

Questa condotta era resa oltremodo difficile dalla circostanza che il sabato sera c'era parecchio lavoro e parecchi casi da seguire .

Al momento delle dimissioni si era preoccupato di inviare il paziente dal medico curante e da un chirurgo .

Precisava inoltre “ io avrei dovuto chiamarlo subito il chirurgo, ma non potevo farlo ,perché mi sembrava impossibile che l'equipe del Dottor \_\_\_\_\_ avesse lasciato un garza dentro la pancia di questo signore “ “ Io non ci ho pensato a chiamare il chirurgo “ ( aff. 196 ).

E ancora ,su contestazione del Pubblico Ministero ,che gli chiedeva perché non avesse pensato di aprire la ferita per verificare quale tipo di medicazione era stata effettuata o, in alternativa, non avesse richiesto una radiografia ulteriore,antero laterale, per verificare il posizionamento della garza L'imputato riferiva:“ no, non è che non mi è venuto in mente ,potevo anche farlo, ma era una verifica talmente esagerata per andare a vedere ,perché tacitamente pensavo che fosse una cosa superficiale , tutt' al più potevo pensare che fosse stato uno zaffo ,però avrei dovuto scoprire questa ferita ,per dire che era uno zaffo“

L'imputato giustificava il fatto che dal referto di dimissione non risultava che egli avesse indirizzato il paziente al medico curante e al chirurgo ,in quanto la prescrizione ,seppure digitata a computer, “non è venuta fuori “ ( aff. 200 )” .

Questo referto venne consegnato a parenti la sera stessa .

Pur non ricordando il colloquio con il Dottor \_\_\_\_\_ ,radiologo ,intervenuto solo dopo la dimissione del paziente , riferiva che ,non essendo in grado di escludere lo stesso , l'unica circostanza riferita poteva essere che “ c'era una medicazione superficiale e che il paziente era stato operato di recente “.

A domanda del Pubblico Ministero, se ricordava che tipo di medicazione c'era, egli riferiva: "era tutto incerottato"

Proseguendo nella disamina delle vicende che portarono al decesso di \_\_\_\_\_, dal 13/3/1998 al 14/9/1998, il paziente non eseguiva particolari trattamenti terapeutici, pur lamentando periodicamente episodi colici.

Questa circostanza era confermata anche da alcuni certificati medici, che i familiari ebbero a consegnare alla Procura e posti, come già detto, all'attenzione del Professor Novello, medico autoptico.

Il 13.03.1998, il Dr. Genangeli, medico di famiglia, prescriveva a \_\_\_\_\_ un sedativo da assumere la sera.

Successivamente, il 17.03.1998, veniva prescritta l'assunzione, per due settimane, di un lassativo associato a correttivi della dieta.

Inoltre a partire dal 30.06.1998 e per due volte, il 20.08.1998 ed il 10.09.1998, il predetto sanitario prescriveva un preparato a base di sali di potassio da assumere a cicli di 5/10 gg.

La stessa testimonianza del Dottor Ferdinando Genangeli confermava queste circostanze e, benché non fosse in grado di riferire se il paziente, una volta dimesso dall'ospedale, avesse o meno medicazioni, precisava che, in ogni caso, non gli venne richiesta nessuna medicazione della ferita da parte dei familiari.

Il 14/9/1998 alle ore 12:30, il paziente si ricoverava nuovamente nella Divisione Chirurgica dell'Ospedale "S. \_\_\_\_\_" di \_\_\_\_\_ lamentando coliche mesogastriche a prevalente localizzazione all'epigastrio ed all'ipocondrio dx., che non avevano risentito del trattamento domiciliare con farmaci sintomatici.

La diagnosi di ingresso era di "*costipazione intestinale in colecistectomizzato di recente*".

Un esame radiologico mostrava al torace un quadro di enfisema polmonare, mentre all'addome confermava invariata la permanenza *"di struttura metallica filiforme, proiettantesi in ipocondrio dx, in esiti di colecistectomia"*, per cui si disponeva consulenza chirurgica e successivo ricovero.

In questa fase gli esami di laboratorio mostravano normali parametri biochimici.

All'ingresso in Divisione Chirurgica, l'esame obiettivo evidenziava: sensorio vigile, pressione arteriosa regolare, aritmia extrasistolica, apiressia; l'addome era poco trattabile e dolente, con modica difesa, all'epigastrio ed all'ipocondrio dx.,

L'elettrocardiogramma indicava ritmo sinusale con extrasistolia sopraventricolare e blocco fascicolare anteriore sn. Veniva praticata terapia farmacologica idro-elettrolitica, antalgica, gastroprotettiva.

Il 15.09.1998, l'ecotomografia dell'addome superiore rivelava, oltre ad una epatomegalia di grado medio con diffusa alterazione dell'ecostruttura ed associata lacuna cistica parenchimale, *in corrispondenza del margine anteriore ilare (regione colecistica-letto vescicolare), struttura iperriflettente, a margini irregolari, con diam L.L. di circa 85 mm.*

Il controllo radiologico del torace confermava il quadro enfisematoso e l'endoscopia gastro digiunale evidenziava una intensa stomite.

Alle indagini di laboratorio, persisteva cospicua anemia sideropenica, in assenza di valori patologici dei parametri biochimici.

Il 16/9/ 1998 la TAC addome con m.d.c. forniva i seguenti reperti: *« A livello della presumibile sede anatomica del letto colecistico, in paziente colecistectomizzato, si rileva immagine a densità mista, a prevalente contenuto aereo, con filo metallico interno, che presenta un diametro longitudinale e trasverso di circa . 40x50 mm . Tale lesione contrae stretti rapporti di continuità-contiguità con le pareti duodenali che risultano marcatamente ispessite; marcatamente addensato anche il piano di clivaggio adiposo con la testa del pancreas e con flessura epatica del colon" . Il fegato si presentava lievemente aumentato di volume con formazione cistica del III segmento*

del diam. di ca 2 cm.; vie biliari di calibro sostanzialmente conservato; milza reni e surreni regolari. La conclusione era che «quanto segnalato in ipocondrio d.x è da riferirsi a granuloma da corpo estraneo (verosimile garza chirurgica).

Il 19.09.1998, il . . . era sottoposto, in anestesia generale, ad intervento chirurgico (operatori . . . ; anestesista . . .), così descritto: «Relaparatomia mediana. Si pongono in evidenza: a) pancreatopatia indurativa cefalica; b) modesta dilatazione della via biliare terminale; c), aderenze multiple visceroviscerali e visceroparietali da pregressi interventi (di gastroresezione-colecistectomia e papilloplastica); d) peritonite incapsulante da ritenzione di lunghetta di garza nel letto colecistico. Si procede a: a) adesiolisi, b) esplorazione biliopancreatica, c) biopsie epatiche e pancreatiche, d) asportazione del corpo estraneo".

La diagnosi istologica dei frammenti epatico e peritoneale prelevati era rispettivamente di epatopatia colestatica da ostruzione dei grossi dotti, e di parete ascessuale in evoluzione fibrosclerotica.

Il decorso postoperatorio era caratterizzato da dolori addominali e da agitazione e confusione. Veniva pertanto somministrata terapia antalgica, sedativa, antibiotica, idro-elettrolitica.

Gli esami di laboratorio mostravano invariata la cospicua anemia sideropenica, per cui venivano praticate emotrasfusioni ed infusioni di emoderivati.

Il 20.09.1998, dal drenaggio peritoneo-cutaneo iniziava la fuoriuscita di materiale bilioenterico e biliare, che permaneva giornalmente costante (ml 500/600), aumentando progressivamente (sino a ml 2000) dopo 5 gg.

Il 23.09.1998, il paziente manifestava iperpiressia (38,9°C), che il giorno successivo cessava, per ricomparire nei giorni successivi, in forma . . ., subcontinua (+38°C), nonostante la copertura antibiotica.

L'esame radiologico del torace non evidenziava lesioni polmonari a focolaio.

L'ECG indicava asse elettrico deviato a sn, in associazione a turbe diffuse della ripolarizzazione ventricolare.

Il 26.09.1998, alle ore 22:00, il . . . presentava dispnea, per cui il medico di guardia faceva praticare terapia cardiocinetica infusione ed O2-terapia.

L'ECG, oltre alle persistenti turbe della ripolarizzazione ventricolare rivelava frequenti extrasistoli sopraventricolari.

Il 27.09.1998, alle ore 19:45 il paziente era soporoso e sudato e manifestava un progressivo aggravamento delle condizioni respiratorie, che la somministrazione di cortisonici non dominava.

L'esame radiologico del torace, a letto, mostrava la presenza di opacità confluenti bilaterali interpretabili quali focolai broncopneumonici.

**Essendosi manifestata una insufficienza respiratoria acuta, alle ore 21: 15, i sanitari provvedevano al trasferimento del                      in Rianimazione.**

Sul frontespizio della cartella clinica veniva trascritto: *«Dispepsia flatulenta in gastroresecatto con coliche mesogastriche in portatore di pancreatopatia cronica indurativa sottoposto a colecistectomia per colelitiasi e a papillosfinterotomia per biliostasi da substenosi papillare. Peritonite incapsulante su materiale chirurgico (lunghetta) nell'alveo della colecisti.*

Il 19.09.1998 *Relaparatomia. Riesplorazione del comparto biliopancreatico. Biopsie multiple epatiche e pancreatiche. Asportazione del corpo estraneo.*

Post-operatorio: **Fistola peritoneo-cutanea a rifornimento biliare**".

Il .                      veniva accolto nell'Unità di Terapia intensiva del Servizio di Rianimazione del medesimo Ospedale, in gravi condizioni generali per stato di coma, dispnea, tachicardia e subcianosi diffusa;

Nel reparto di terapia intensiva il paziente permaneva fino all'11/10/1998 quando, alle ore sei del mattino insorgeva una marcata ipotensione resistente alle terapie e alle ore sette si determinava l'exitus per arresto cardiaco irreversibile .

La diagnosi conclusiva era di " arresto cardio -circolatorio irreversibile in geropaziente operato per una peritonite settica da corpo estraneo ,fistola biliare ,esiti di pancreatite , insufficienza multiorgano ( polmone , rene apparato gastroenterico)

## CAUSE DELLA MORTE DI .

### NESSO EZIOLOGICO CON LE CONDOTTE DEI SANITARI OGGI IMPUTATI .

Prima di individuare le cause delle morte di . , questo Giudice è tenuto a dar conto di una impostazione difensiva "radicale" ,che il difensore del Professor . ha sostenuto in sede di discussione finale e indicato nella memoria difensiva, che in quella occasione ha depositato .

Il difensore testualmente sostiene " che manca la prova storica della omissione dell'adempimento che si addebita al Professor . i ,così come manca la prova storica della presenza di una lunghetta nell'addome del " ;

In altre parole: l'equipe chirurgica, di cui l'imputato era primo operatore, non avrebbe abbandonato alcuna lunghetta in occasione dell'intervento del 18/2/1998 e, se qualcosa era stato lasciato, non era una lunghetta ,che comunque poteva essere stata derelitta in occasione di altri interventi .

Poche battute per evidenziare l'infondatezza di tale assunto difensivo , contraddetto da tutti i dati documentali , presenti nel fascicolo del dibattimento ( i referti a riscontro sono in atti , sequestrati, unitamente alle cartelle cliniche ) :

1. l'esame radiologico dell'addome e la Tac dell'addome, effettuate prima dell'intervento del 18/2/1998 , non hanno rilevato alcun corpo estraneo nel letto colecistico ;
2. gli interventi subiti precedentemente : appendicectomia a vent'anni ,resezione duodeno gastrica ( 40 anni prima dei fatti ) e ernioplastica ( trenta anni prima dei fatti ) - non hanno interessato la regione colecistica--letto vescicolare , direttamente investita dell'intervento del 18/2/1998 ;
3. tutti gli accertamenti successivi - esame radiologico del 7/3/1998 ( quello che erroneamente ha indicato la garza in sede cutanea ,pur rilevandola all'immagine radiografica ) , ma soprattutto l'ecotomografia del 16/9/1998 e la TAC del 16/9/1998 - hanno rilevato la presenza del corpo estraneo ;
4. che il corpo estraneo fosse una lunghetta, è lo stesso imputato ad attestarlo nella scheda di intervento del 19/9/1998 in occasione del quale ,nuovamente riaprendo l'addome del paziente

,osserva e descrive “ una peritonite incapsulante da ritenzione di lunghetta di garza in letto colecistico “ , dando atto di aver proceduto alla asportazione del corpo estraneo .

Acquisito come dato certo ,se mai ce ne fosse stato bisogno , che la lunghetta di garza fu abbandonata in occasione dell'intervento chirurgico del 18/2/1998 dalla equipe composta dagli imputati ,quali operatori e in qualità di ferrista ,il Giudice è tenuto ad individuare quali siano state le cause della morte del paziente .

Gli esiti della perizia medico legale effettuata dai periti Neri e Fortuni e l'accertamento effettuato in occasione dell'esame autoptico ,eseguito ai sensi del art.360 c.p.p., che ,come si è visto, ha allargato le considerazioni del consulente anche ad aspetti di valutazione di colpa professionale, sono i seguenti .

Perizia Fortuni –Neri.:

“La morte del paziente è stata determinata da una insufficienza cardiaca acuta in corso di polmonite bilaterale massiva in un quadro tossico –settico da peritonite secondaria a fuoriuscita di liquido biliare ed enterico da una breccia sulla parete duodenale ,questa secondaria ad intervento di re\_laparotomia ( apertura dell'addome ) per la rimozione del corpo estraneo situato nel letto colecistico e derelitto nel corso di un precedente intervento di colicistectomia ,in un paziente già portatore di bronchite cronica ,poliangiosclerosi ,pancreatite indurativa .La morte è dunque evento concausato da cause preesistenti quali le ultime tre indicate e da concause collegate alle complicanze del primo e del secondo intervento .

“Primum movens” nella concatenazione causale degli eventi deve individuarsi nella derelizione della garza nel letto colicistico e ancor più nel suo protratto mantenimento in loco .

Infatti ,se si fosse intervenuti dopo poche settimane e non dopo sei mesi come avvenuto ,nonostante le citate cause preesistenti - oltre a quelle generali anche quelle conseguenti ai ripetuti interventi chirurgici addominali-, l'operatore si sarebbe trovato di fronte ad un quadro più facilmente dominabile : la reazione flogistica sarebbe stata certamente di minore entità e i processi fibroadesivi

sarebbero stati meno tenaci ,anche le condizioni anatomiche del duodeno meno indebolite da detti processi flogistici e quindi le possibilità di perforazione della parete duodenale assai minori “ .

Analoghe le conclusioni del Professor Novello : la morte del \_\_\_\_\_ è stata causata da una insufficienza cardiaca acuta in corso di polmonite atelattasica diffusa bilaterale ,insorta nell'ambito di uno stato tossico settico da lacerazione duodenale ,in soggetto laparatomizzato per asportazione di corpo estraneo endoaddominale “

Le conclusioni dei periti sono state chiarite ed esplicitate in occasione del loro esame dibattimentale e consentono di fissare i seguenti punti del loro iter argomentativo :

1. al momento del secondo intervento il 19/9/1998 , dopo che la lunghetta di garza era rimasta in loco per più di sei mesi ,oltre ad una peritonite incapsulante da ritenzione di lunghetta osservata e descritta dal chirurgo ,vi erano presenti segni di “ intensa flogosi peritoneale con ascessualizzazione ( aff.19 della perizia ) .

Tale dato è riscontrabile oggettivamente attraverso la lettura del referto dei prelievi biotici, effettuati in occasione dell'intervento del 19/9/1998 ove, esaminati i tre frammenti di tessuto peritoneale prelevato , si rileva che gli stessi presentano “ steatonecrosi in evoluzione fibrosclerotica compatibile con parete asessuale “ ( cfr .aff. 9 della perizia e referto biotico in atti )

2. Queste evenienza ,dovuta alla presenza e alla permanenza del corpo estraneo , era idonea a indebolire le pareti duodenali fino lacerarle .

Sul punto il pensiero dei periti è il seguente :

”l'apertura di una breccia è un evento frequentissimo in caso di peritonite massiva secondaria (secondaria- dicono i periti -alla derelizione di un corpo estraneo ) e cioè il fatto che il viscere viene attaccato in genere da organismi , microrganismi e finisce con assottigliare la struttura della sua parete fino a lacerarsi, a fessurarsi ,aprirsi ,in ogni modo a mettere in comunicazione il contenuto intestinale , che è altamente carico di batteri, con l'interno dell'addome che è ,deve essere comunque sterile ,è sterile fisiologicamente ... ma che comunque diventa un serbatoio di

germi incredibile ... che producono un'infezione che è la peritonite " (aff. 8 esame dei periti, che richiamano anche le conclusioni dell'anatomo patologo il quale descrive il " passaggio di materiale enterico dalla parete duodenale al cavo peritoneale come peritonite saccata ,che ha costituito l'inizio di uno stato tossico infettivo, il quale ha cagionato un progressivo deterioramento delle principali funzioni vitali del \_\_\_\_\_ , aff. 24 ) .

Ancora ,efficacemente e sinteticamente i periti si esprimono in questi termini : " la peritonite, che dipende dal corpo estraneo, apre una breccia sugli intestini (duodeno ) ,l'intestino diventa un nuovo serbatoio che alimenta la peritonite (aff. 55)

Prima di esaminare le diverse opinioni dei consulenti Cicognani e Paliaga ,occorre chiarire due aspetti che consentono di ridurre i punti su cui vi è contrasto

Le risultanze istruttorie, consentono di ritenere la lacerazione che l'anatomo patologo Professor Novello osserva e descrive in occasione della autopsia come " lacerazione trasversale completa (mm 8 x 2) della parete intestinale, collocata a circa 8 cm caudalmente dalla papilla duodenale " espressione equivalente a quella di "breccia" utilizzata dagli stessi Periti e all'espressione fistola biliare, usata nella diagnosi di dimissione della cartella clinica .

Questo Giudice , premesso che si parla della medesima circostanza ,utilizzerà il termine lacerazione per definire tale apertura , perché in questo modo si è espresso l' anatomo patologo , unico soggetto che l'ha osservata e ,conseguentemente , descritta .

Sia i periti che i consulenti della difesa concordano ( perlomeno i consulenti della difesa non l'hanno contestata ) sulla circostanza che il passaggio del materiale bilio-enterico nel cavo peritoneale , attraverso la lacerazione della parete duodenale, abbia costituito l'inizio di uno stato tossico infettivo diffusosi dopo qualche giorno e non più dominabile nonostante copertura antibiotica , la quale ha inevitabilmente condotto a quella serie di ulteriori complicazioni ,che avrebbero comportato la morte del \_\_\_\_\_ ,ponendosi ,dunque, come concausa nella morte del paziente .

Alla luce di tale premesse il punto di contrasto è uno solo : l'origine della lacerazione descritta dall'anatomo patologo.

Più sopra si è descritta l' opinione dei periti .

Diversa quella dei consulenti della difesa e del Professo

Il Dottor Cicognani , consulente del Professor , sulla scorta di quanto dichiarato dallo stesso imputato , sostiene che tale lacerazione sia stata frutto di un gesto iatrogeno volontario, eseguito dallo stesso operatore per far fronte a ben precise necessità .

Sostiene il Consulente che l'intervento del 19/9/1998 era dettato da due differenti necessità :

1. rimozione del corpo derelitto ;
2. riconsiderazione ispettiva del crocevia bilio- pancreatico che era suggerita "vuoi da dati clinici strumentali , vuoi da informazioni derivanti da dati ematologici, alle quali si aggiungevano dati radiologici ,che confermavano la condizione stenotica delle vie biliari" (cfr. consulenza in atti )

Il consulente precisava che tecnicamente questa " riconsiderazione ispettiva del crocevia bilio- pancreatico " doveva essere effettuata attraverso una piccola finestra duodenale per la visione della papilla e dell'area peripapillare ,per l'esplorazione canalicolare dell'albero biliare e della ghiandola pancreatica.

Il Consulente Cicognani precisava che queste attività tecniche ,compiute dal chirurgo, trovavano la loro collocazione nella scheda dell'intervento del 19/9/1998 , alla voce segnata dall'operatore come "esplorazione del comparto bilio- pancreatico ".

La chiusura di questa piccola breccia doveva avvenire con tre punti di materiale inassorbibile e con apposizione di colla biologica ed è a questa evenienza che il consulente ascrive la lacerazione osservata in sede di autopsia ,giustificando il mancato rinvenimento dei punti di sutura come dovuto ad un contestuale cedimento degli stessi , per debolezza del tessuto delle viscere .

Il consulente concludeva le sue valutazioni attestando che la formazione della fistola era stata adeguatamente trattata dai medici intervenuti successivamente all'intervento .

La impostazione del Perito trovava conforto nelle stesse dichiarazioni del Professor \_\_\_\_\_ , espresse sia in occasione delle spontanee dichiarazioni, effettuate proprio per illustrare il suo pensiero, in contraddittorio con quello dei periti Neri e Fortuni e sia successivamente, in occasione del suo interrogatorio .

L'imputato a tale proposito riferiva infatti che da un prelievo bioptico, effettuato nel corso del secondo intervento, era risultato che le condizioni del paziente presentavano un quadro di stasi biliare " ( aff. 133 ) con conseguente irregolarità del deflusso della bile attraverso la via naturale che la portava al duodeno, così confermando quelli che erano stati i motivi che lo avevano convinto della necessità di quella ispezione .

Il Professore \_\_\_\_\_ così indicava le ragioni che lo avevano indotto ad una riconsiderazione ispettiva del crocevia epato -pancreatico con le modalità descritte dal Professor Cicognani " ad addome aperto ,sussistendo ( 137 ) una serie di dubbi clinici , io personalmente ho ritenuto, in base a quelli che erano i sussidi della diagnostica di appoggio e quella che era l'esperienza personale ,di procedere a questa revisione" ( aff. 138) .

Questo Giudice non ritiene fondata la tesi sostenuta dall'imputato e dal suo consulente e cioè che la lacerazione duodenale sia frutto di un atto iatrogeno volontario dettato dalla necessità di riesplorare il comparto bilio- pancreatico, per il seguente ordine di motivi :

1. di tale attività non vi è traccia nella scheda di intervento ;
2. tale attività non era necessaria ,in quanto non suggerita da nessun dato oggettivo o diagnostico ;
3. tale attività non era opportuna, attese le condizioni in cui versava il \_\_\_\_\_ al momento del secondo intervento il 19/9/1998 ;

Sub1 )

Il consulente ha fatto rientrare l'attività di revisione del comparto biliopancreatico , attuata attraverso l'effettuazione di una finestra duodenale per la visione della papilla e dell'area peri-

papillare per l'esplorazione canalicolare dell'albero biliare e della ghiandola pancreatica, nella dizione della scheda di intervento che parla " esplorazione biliopancreatica ".

In buona sostanza, della complessa attività afferente alla duodenotomia con esame della papilla e dell'area peri - papillare non viene fatta alcuna menzione .

La circostanza non attiene a un mero dato formale, per due ordini di motivi :

- in primo luogo perché, come ritenuto dai periti ( aff. 42 ) ,si tratta di un tecnica talmente importante che quando viene eseguita è lo stesso chirurgo . che nell'intervento del 18/2/1998 la indica e la descrive minuziosamente e appare difficile pensare che a distanza di pochi mesi, a fronte della medesima attività ,lo stesso operatore scelga di descriverla nel dettaglio in un caso e ritenga di non doverne specificarne le modalità in un altro ;
- in secondo luogo, perché le schede di intervento attestano la attività svolta dai medici , sono atti pubblici e formule sintetiche sono ammissibili solo se consentono ,comunque ,di ricostruire quello che concretamente è stato fatto dall'operatore ; a maggior ragione ,nel caso di specie in cui la attività di "esplorazione", può essere fatta non necessariamente attraverso il duodeno ,ma con una sonda ,attraverso le vie biliari ( Colangiografia -intraoperatoria aff.42 ,esame periti )

Sub 2 ) sia l'imputato che il consulente hanno evidenziato che tale intervento era consigliato da informazioni derivanti dai dati ematologici ,da dati radiologici ,che riconfermavano la condizione stenotica della via biliare in sede perivateriana ( Cicognani ) e da dati derivanti da " diagnostica di appoggio e da esperienza personale " ( cfr. interrogatorio . , di cui agli atti non vi è traccia .

Nulla si rileva dai dati ematologici.

La ecotomografia dell'addome superiore , eseguita in data 15/9/1998 ,fa riferimento ad una epatomegalia di grado medio con diffusa alterazione dell'ecostruttura e con associata lacuna cistica.parnchimale ,che la Tac., eseguita il giorno dopo individua esattamente ,come un fegato

lievemente aumentato di volume con formazione cistica ,evidenziando che le vie biliari intraepatiche sono di calibro sostanzialmente conservato con aereobilia diffusa, prevalentemente a sinistra .

Nessuna necessità di intervenire sulle vie biliari era suggerita da questi dati .

Anche volendo valorizzare il dato indicato dal professor \_\_\_\_\_ e cioè che il dato istologico repertato in data 19/9/1998 riferiva di alterazioni epatobiliari coerenti con colostasi extra epatica si rileva ,da un lato, che trattasi di un dato anamnestico successivo, mentre in questa sede, seguendo la prospettiva difensiva, si ricercano i dati che prima dell'intervento avrebbero indicata una attività medico chirurgica non descritta ,ma che si sostiene suggerita da dati clinici e diagnostici.

La circostanza riferita dal risultato istologico ,inoltre ,attiene ad una evenienza che per massime di comune esperienza molto spesso può configurarsi in pazienti sottoposti a colicistectomia ,senza che per questo , qualora sorga la necessità di reintervenire per ben più impellenti esigenze sul paziente, si proceda ad una nuova e invasiva revisione del comparto biliopancreatico

A maggior ragione , la condotta del chirurgo non può trovare motivazioni dai rilievi che a carico del fegato evidenziati l' anatomo patologo circa un mese dopo, essendo gli stessi effettuati in un quadro complessivo assolutamente degenerato ( trattasi di una descritta trombosi massiva occlusiva del tronco principale sinistro della vena porta e di suoi rami medi nel lobo sinistro, che presentava aspetto emorragico variegato in area cuneiforme da infarto Zahn )

Sub c)

Sia i periti (aff. 37,38,39 ),che i Consulenti esaminati ( anche Cicognani (57) Pagliaga ( 13 ) e Tagliabracci 79) concordano nel ritenere che il secondo intervento è stato effettuato per rimuovere la garza derelitta e non certo per altre ragioni .

I periti e il consulente Tagliabracci si spingono oltre ,in ordine alla opportunità di effettuare quello che il Professor \_\_\_\_\_ i dice di aver effettuato e cioè la piccola apertura del duodeno.

Questa la valutazione dei periti : “ abbiamo un ascesso all'interno dell'intestino ,abbiamo addirittura una lesione degli organi interni con apertura e passaggio di liquidi intestinali all'interno dell'addome ;ci si domanda se questo intervento è stato fatto per un restringimento delle vie biliari, che non era documentato, per un quadro ematochimico che non dimostrava né una pancreatite acuta ... chiusura delle vie biliari : la risposta è che l'intervento è stato fatto per queste gravissime cose “(le prime)

Il professor Tagliabracci preciserà che le globali condizioni del paziente ( età , plurimi interventi all'addome) erano condizioni che imponevano di sottoporre lo stesso ad una anestesia il più breve possibile e di risolvere l'intervento rapidamente ( aff. 75 ) ,“ anzi -dirà il consulente:”si doveva cercare di togliere questo corpo estraneo senza andare a fare tante manovre aggiuntive oppure no ,si toglieva rapidamente la garza ,questo corpo estraneo che era ben incistato , ben circoscritto.... Senza andare a frugare , esplorare perché è stata descritta una situazione anatomica molto deteriorata : aspetto cartonaceo della parete del duodeno, tessuto fibroso reattivo ed esiti di altri due interventi .Prudenza consigliava di “tirare fuori le mani il più presto possibile da quella pancia” ;

Pur ritenendo le motivazioni espresse assorbenti , per completezza espositiva, si osserva che , aderendo alla impostazione difensiva , il mancato rinvenimento di punti di sutura sulla incisione che il Professor \_\_\_\_\_ sostiene di aver effettuato, imporrebbe di considerare che tutti i punti di sutura ( almeno tre secondo i consulenti , ) avrebbero dovuto cedere , immediatamente dopo il loro posizionamento ( già dal giorno successivo all'intervento il drenaggio endo-addominale portava la fuoriuscita di metriale bilio-enterico pari a ml 500/600 al giorno, che aumentava progressivamente raggiungendo dopo cinque giorni di ml 2000) e su entrambi i lembi della incisione.

Tale circostanza ,spiegata dai consulenti in relazione alla condizione meiotopragica ( indebolita dal processo flogistico cronico ) della parete intestinale ,oltre che riverberarsi, ancora una volta, sulla assoluta inopportunità di quell'intervento , riguardata alla luce delle considerazioni sopra espresse ,non può che sottolineare ,ancora una volta ,la mancanza di tracce e di riscontri di un intervento non descritto ,non consigliato da alcun rilievo oggettivo, la cui effettuazione era resa ancor più inverosimile in una situazione come quella del paziente .

Non può tacersi ,infine ,che tale legittima prospettazione difensiva appare, all'esito dei riscontri autoptici che hanno sempre parlato di lacerazione sul duodeno (ricorderanno in periti nel loro esame -aff.49- che all'occhio di chi osserva e descrive un viscere "mai un taglio chirurgico diventa una lacerazione " ) ,l'unica idonea a non mettere in relazione quanto riscontrato in sede di autopsia con la derelizione della garza da parte della equipe chirurgica nel febbraio del 1998 .

Stabilito che una delle cause della morte del I fu costituita da "un quadro tossico -settico da peritonite secondaria a fuoriuscita di liquido bilio- enterico da una breccia sulla parete duodenale ,questa secondaria ad intervento di re- laparotomia ( apertura dell'addome )", le condotte dei sanitari a cui questa causa è correlata sono ,da un lato, la dimenticanza della garza nell'addome da parte della equipe medico - chirurgica che è intervenuta il 18/2/1998 come "primum movens" ,dall'altra, il ritardo ( circa sei mesi ) con cui si è giunti alla individuazione del corpo estraneo e alla sua rimozione .

Questa ultima condotta ,secondo l'impostazione accusatoria ,era dovuta alla circostanza che il medico del Pronto soccorso, visionata in data 7/3/1998 una lastra radiografica in cui la garza derelitta veniva chiaramente individuata, la riteneva erroneamente apposta in sede cutanea e dimetteva il paziente senza particolari prescrizioni, né approfondimenti che apparivano necessari, come quello della ispezione della parete addominale e il confronto con l'eventuale garza di medicazione superficiale e l'immagine radiologica ,accertamento che avrebbe consentito di escludere che quella garza fosse posta all'esterno dell'addome .

Limitando in questa sede l'esame della sussistenza del nesso di causa con la morte del paziente delle condotte dei sanitari sopra descritte e rimandando l'esame della loro natura colposa al prosieguo della motivazione ,occorrerà svolgere qualche breve osservazione in ragione della sussistenza di tale rapporto per il secondo di tale comportamenti , che si palesa come una condotta omissiva ( omissione di accertamenti o/e approfondimenti ,che avrebbero permesso di rilevare il reale posizionamento della garza e consentire una sua più rapida rimozione ) .

Né il periti Fortuni e Neri , né i consulenti di parte, Cicognani e Pagliaga, si sono voluti esprimere in termini percentualistici in ordine alle possibilità di salvezza del paziente e quindi alla possibilità di impedire il verificarsi della morte , se quel corpo estraneo fosse stato identificato e successivamente rimosso nei giorni successivi al 7/3/1998 ,data in cui il l ebbe a recarsi al Pronto soccorso , allorché la lastra radiografica fu mal interpreta e il paziente dimesso .

I periti e i consulenti hanno comunque fornito al Giudice elementi di giudizio utili per pervenire ad un convincimento, secondo principi che si sono formati in giurisprudenza e che hanno guidato le valutazioni della scrivente .

Per ragioni espositive non sarà possibile esaminare in questa sede le argomentazioni sottese a ciascun indirizzo giurisprudenziale formatosi sul punto, essendo sufficiente ,prima di analizzare le conclusioni dei periti e dei consulenti ,enucleare i principi di diritto individuati .

Lo spinoso problema del nesso di causalità nei reati omissivi è da sempre legato alla necessità accertare le seguenti circostanze .

La sussistenza del nesso di causalità fra condotta omissiva ed evento, con particolare riguardo alla materia della responsabilità professionale del medico chirurgo ,deve essere ricondotta all'accertamento che, con il comportamento dovuto e omesso ,l'evento sarebbe stato impedito con elevato grado di probabilità " vicino alla certezza " e cioè con una percentuale di casi " quasi prossima a cento " ovvero siano sufficienti ,a tal fine ,soltanto serie e apprezzabili probabilità di successo ,che avrebbero potuto impedire l'evento " .

Su questi temi si sono delineati due indirizzi interpretativi : il primo ,tradizionale e maggioritario, espresso prevalentemente dalla quarta sezione della Suprema Corte ,che ritiene sufficienti “ serie e probabili probabilità di successo “ per l’azione impeditiva dell’evento ,anche se limitate e con ridotti coefficienti di probabilità, talora indicati anche in misura inferiore al 50% ,a cui si contrappone un altro orientamento più recente, per il quale è richiesta la prova che il comportamento alternativo dell’agente avrebbe impedito l’evento lesivo con elevato grado di probabilità prossimo alla certezza ,con una percentuale quasi prossima a cento ( per tutte Cass. Sez IV 2/9/2001 Covili , Cass. Sez IV 25/9/2001 Sgarbi ) .

Tale contrasto si è cercato di comporre con una recente pronuncia a Sezioni Unite del 10/7/2002 , imp. Franzese, in cui sono stati evidenziati i seguenti principi di diritto ,con particolare riguardo alla categoria dei reati omissivi impropri e allo specifico settore della attività medico chirurgica :



1. Il nesso causale può essere ravvisato quando alla stregua del giudizio condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica –universale o statistica- si accerti che, ipotizzata come realizzata dal medico una condotta impeditiva dell’evento ,hic e nunc, questo non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva ;
2. non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica, la conferma o meno della ipotesi accusatoria sulla esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto sulla base delle circostanze del fatto e della evidenza disponibile così che , all’esito del ragionamento probatorio ,che abbia altresì escluso l’interferenza di fattori alternativi ,risulti giustificato e processualmente certo che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell’evento lesivo con “alto ed elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica “;
3. l’insufficienza , la contraddittorietà e l’incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale ,quindi il ragionevole dubbio , in base alla evidenza disponibile sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori

interagenti nella produzione dell'evento lesivo ,comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio ;

Queste le valutazioni dei periti Neri e Fortuni sul punto :

“se si fosse intervenuti dopo poche settimane e non dopo sei mesi come avvenuto ,nonostante le citate cause preesistenti ( oltre a quelle generali anche quelle conseguenti ai ripetuti interventi chirurgici addominali) l'operatore si sarebbe trovato di fronte ad un quadro più facilmente dominabile : la reazione flogistica sarebbe stata certamente di minore entità e i processi fibroadesivi sarebbero stati meno tenaci ,anche le condizioni anatomiche del duodeno meno indebolite da detti processi flogistici e quindi le possibilità di perforazione della parete duodenale assai minori “ .

Queste valutazione sono confermate dall'accertamento del Professor Giovanni Novello il quale si esprimeva nei seguenti termini “ sotto il profilo probabilistico , ma con un alta percentuale di aderenza alla realtà , l'individuazione della garza il 7/3/1999 avrebbe reso più agevole l'asportazione del corpo estraneo perché , a soli venticinque giorni dall'intervento il processo flogistico peritoneale reattivo instauratosi era ancora vivace ,non essendosi stabilizzate ancora le aderenze e non avrebbe costituito una grossa difficoltà la liberazione della garza dai frustoli di fibrina ,che la facevano aderire debolmente alle anse intestinali “ .

Il occasione del loro esame i periti esplicitavano il loro pensiero : !” intervenire a un mese di distanza in luogo di sei mesi dopo avrebbe dato più chances al paziente di sopravvivenza ,senza riuscire a quantificarle . Noi usiamo un termine ,certamente maggiori probabilità ,che la evoluzione sarebbe stata diversa ... sulla peritonite, dopo un mese a volte la peritonite inizia come l'organismo cerca di richiudere in una sorta di capsula il corpo estraneo e quindi diventa una situazione infiammatoria , ma localizzata ; quella che invece si trovò al reintervento è una situazione diffusa : cinque mesi prima il quadro peritonitico poteva esserci , ma assolutamente più localizzato di quello che è successo in altri cinque mesi “ e ancora “ Possiamo ragionevolmente ritenere che la diffusione ( del

quadro infettivo ) è continuata giorno dopo giorno e quindi 5 mesi dopo la situazione sicuramente era di maggior impegno locale e dell'organismo " (aff. 25 ) .

A domanda del Pubblico Ministero, il quale richiedeva come fosse possibile che con questo processo infettivo in atto il paziente avesse condotto una vita normale – a parte coliche addominali, ma non di intensità tale da indurlo nuovamente consultare il medico, senza sintomi febbrili- i periti precisavano : “ Non abbiamo nessuna pretesa di sapere cosa è successo nella pancia di questo signore in sei mesi ,ma è una sorta di battaglia ,proprio simile a quella battaglia che fanno gli eserciti ,finchè la situazione è contenuta, c'è un focolaio ,l'organismo si difende , le energie di difesa dell'organismo si possono nel tempo affievolire ... consentendo una diffusione ( del processo infettivo ), cosa che non è avvenuta prima . Sicuramente è difficile immaginare che già al venticinquesimo giorno potesse esserci una peritonite diffusa , anzi potremmo essere certi che non è così ,poteva trattarsi di una situazione contenuta, limitata ( aff. 26). La cosa che ci sembra più probabile è che da una situazione localizzata ,quindi non solo localizzata topograficamente nell'addome , ma anche senza una sintomatologia completa che riguardi , coinvolga tutto l'organismo , si è poi passati ad una sorta di resa dell'organismo ,che ha portato ad una diffusione, ad una quadro conclamato peritonitico, che ha cagionato la rottura delle anse e tutte le altre cose (aff. 28)” .



Concludevano da ultimo i periti sollecitati dalle domande dei difensori sulla individuazione delle percentuali “ potremmo oggettivare questa probabilità – di sopravvivenza- dicendo che sarebbe stata sensibilmente maggiore : sicuramente intervenire cinque mesi prima avrebbe dato una quantità sensibile,che non dirò mai, perché non so , di “chances” in più alla sopravvivenza di quest'uomo ;

Ad analoghe conclusioni perveniva il Consulente Cicognani “ proprio perché ( il paziente ) era in equilibrio precario questa persona si trovava sei mesi dopo in condizioni più gravi e anche se, come i colleghi ,non si sentiva di indicare percentualmente quale sarebbero state le possibilità di evitare l'evento letale ,intervenedo al momento del ricovero in Pronto soccorso il 7/3/1998, sceglieva di esprimersi nella seguente maniera “io avrei preferito essere operato prima : questa è una

cosa che sappiamo tutti, ma che permette di rispondere con il buon senso ad una domanda di "percentualizzazione". E' chiaro che probabilmente sarebbe andata a meglio".

Questi, i dati obiettivi che il Giudice deve valutare alle luce dei criteri ermeneutici forniti dalla Suprema Corte .

Tutti i periti hanno evidenziato come il decorso del tempo sia stato elemento fondamentale per l'aggravamento della situazione generata dall'abbandono della garza nell'addome del I

Altrettanto pacifico, secondo quanto affermato da perito e dai consulenti, è che un intervento effettuato nel marzo del 1998 ,quando per la prima volta poteva e doveva essere individuata la presenza del corpo estraneo ,pur non potendosi configurare un intervento di routine ,avrebbe portato gli operatori di fronte ad un quadro non compromesso o meglio non irrimediabilmente compromesso ,sia in relazione alla reazione flogistica che avrebbe comportato la lacerazione del viscere, sia in relazione alla formazione di processi fibroadesivi, che sarebbero stati meno tenaci e più facilmente rimovibili .

Tali conclusioni sono autorizzate all'esito della descritta evoluzione del quadro clinico , che trova nel progressivo decorso del tempo un elemento fondamentale per l'aggravamento delle situazioni originate dall'abbandono del corpo estraneo , tanto da indurre i periti a descrivere il fenomeno come una progressiva battaglia e resa finale dell'organismo per il protrarsi della sua permanenza. Alla luce di tale premesse, secondo i criteri ermeneutici sopra indicati ,gli elementi di fatto evidenziati dai periti e dal consulente consentono a questo Giudice di dare consistenza a in termini di elevato grado di credibilità razionale e probabilità logica alla circostanza che se l'individuazione del corpo estraneo fosse stata effettuata diciassette giorni dopo l'intervento, la morte del paziente avrebbe potuto essere evitata .

Né risulta dai dati anamnestici e dalle dichiarazioni dei parenti , che le condizioni generali del paziente , diciassette giorni dopo il primo intervento, fossero a tal punto compromesse da non potere sopportare un intervento di rimozione del corpo estraneo, sicuramente più agevole e rapido di quello subito sette mesi dopo .

A ciò si aggiunga che ,sempre secondo la valutazione dei periti ,nessuna interferenza di fattori alternativi si è verificata rispetto le condotte( derelizione della garza e suo omesso rilevamento e tempestiva rimozione il 7/3/1998) a cui sono ricollegabili le cause delle morte

Entrambe le condotte di cui in premessa devono ritenersi concause della morte del

Da parte delle difese degli imputati non coinvolti dalla condotta del medico del Pronto Soccorso Dotto si è sostenuto che l'aver omesso di individuare la garza e, dunque, l'aver impedito la sua rimozione alla data del 7/3/2004 , era causa idonea ad interrompere il nesso di causa rispetto la derelizione della garza all'interno dell'addome, attuata dalla equipe medico chirurgica , ai sensi dell' art. 41 2° comma c.p.p..

A questo proposito , il Giudice rileva che la teoria dell'equivalenza causale introdotta e accolta dall'art. 41 I comma del codice penale trova un suo correttivo ,solo qualora la causa sopravvenuta sia stata di per sé sola sufficiente a determinare l'evento .

In giurisprudenza si poi cercato di dare un contenuto da tale principio, al fine di renderne più agevole la sua applicabilità .

Si è infatti sostenuto che la causa sopravvenuta, avente efficacia interruttiva del nesso di causalità, è quella del tutto indipendente dal fatto posto in essere dall'agente ,avulsa totalmente dalla sua condotta ed operante in assoluta autonomia , in modo da sfuggire al controllo e alla prevedibilità dell'agente medesimo .

Tale non può considerarsi la causa sopravvenuta legata a quella preesistente da un nesso di interdipendenza ed, in tal caso, le cause concorrenti- che non siano da sole sufficienti a determinare l'evento per il necessario porsi della prima come condizione necessaria antecedente – sono tutte e ciascuna causa dell'evento, in base al principio della causalità materiale fondato sulla equivalenza delle condizioni ( Cass. Sez IV 28/1/1997 Fundarò ).

Questo principio è stato ulteriormente specificato attraverso la seguente massima “ il concetto di causalità sopravvenuta ,anche se non postula la completa autonomia del fattore causale prossimo rispetto a quello più remoto ,esige comunque che il primo non sia strettamente dipendente dall'altro

e che si ponga fuori da ogni previsione . Ne consegue che, la mancata eliminazione di una situazione di pericolo ( derivante da fatto commissivo od omissivo dell'agente ) ad opera di terzi non rappresenta una distinta causa che si innesti sulla prima , ma solo una ovvia condizione negativa, perché quella omissione continui ad essere efficiente e operante ( fattispecie in tema di colpevole omissione della corretta diagnosi che, se tempestivamente formulata ,avrebbe consentito di salvare la vita del malato Cass. I del 2271071998 ,Ceraudo )

Appare evidente come, anche nel caso di specie ,l'omessa individuazione del corpo estraneo da parte del medico del Pronto soccorso si inserisca in una serie causale in cui la stessa non è assolutamente autonoma rispetto alla derelizione della garza, anzi ,conformemente alla massima indicata, esse consiste semplicemente nella mancata eliminazione di una situazione di pericolo da altri colposamente generata , che consente a quella condotta di essere efficiente e operante in ordine alla causazione dell'evento .

Le conclusioni a cui questo Giudice è pervenuto , naturalmente limitate all'oggetto di valutazione del presente paragrafo ,non risultano inficiate dalla sentenza del G.U.P. di data 29/9/2002 nei confronti del medico radiologo .

Quella sentenza , sottoposta a gravame e dunque acquisita nel presente procedimento ai sensi dell'art.234 c.p.p, non solo non mette in dubbio il nesso di causa concorrente tra le condotte del medico del Pronto soccorso e quelle del radiologo in relazione alla morte del paziente , ma assolve quest'ultimo sul presupposto di un errore sul fatto proprio ingenerato da informazioni colposamente inesatte fornite dal , medico del Pronto soccorso, sulla presenza di un garza sull'esterno dell'addome ,che avrebbero indotto una refertazione scorretta da parte del radiologo (evidentemente l'analisi della condotta colposa del attiene al prosieguo della motivazione, essendo questo paragrafo destinato a individuarne solo la sua rilevanza causale ) .

#### **ANALISI DELLE SINGOLE CONDOTTE DEI SANITARI SOTTO IL PROFILO COLPOSO**

Nell'imputazione la condotta colposa contestata ai membri dell'equipe medico chirurgica che è intervenuta in data 18/2/1998 ( quali medici chirurghi ) e la in

qualità di ferrista, è quella di aver dimenticato nell'addome del paziente una lunghetta di garza .

Le indagini ( tac ed ecografia effettuate prima del secondo intervento) e le osservazioni a cui si è già fatto accenno al paragrafo precedente ,consentono di ritenere con certezza che la lunghetta fu dimenticata in occasione dell'intervento del 18/2/1998 e di affermare, quanto al suo posizionamento, che fu rinvenuta nel letto colecistico.

L'istruttoria dibattimentale ha poi consentito di comprendere , attraverso l'esame del teste ' l ,come avveniva il posizionamento delle garze in un intervento di colecistectomia .

Il teste, introdotto dalla difesa ,aveva iniziato a lavorare presso l'ospedale di nel marzo del 1981 e ancora vi prestava servizio e in tale veste era stato collaboratore, in qualità di aiuto- chirurgo , del Professor

Riferiva che non era sua conoscenza che si fossero verificati episodi analoghi a quello per cui si procede . Non c'erano dei metodi prestabiliti per la conta delle garze che avveniva in collaborazione tra l'operatore e la ferrista , e ognuno attuava il metodo che gli garantiva maggiore sicurezza(aff. 6).

Egli procedeva ad illustrare il suo pensiero anche in relazione alla modalità di conta delle garze chirurgiche con un esempio " nell'intervento praticato al c'erano due garze fisse :una lunghetta posizionata dietro l'albero biliare e una altra garza posizionata sul letto epatico della colecisti ; asportata la colecisti ,nel letto cruentato e leggermente sanguinante si appoggiava questa garza sotto una spatola di ferro per ottenere un effetto emostatico ; oltre a queste due garze fisse , per operare manovre di asciugatura ,di tamponamento o altro, sul campo operatorio si potevano usare una , due , tre o quattro garze , ma non ne veniva data un'altra se non veniva restituita quella usata e quindi la regola c'era "( aff. 6) .

Da tali dichiarazioni era possibile ritenere che la garza di cui sopra veniva collocata subito dopo l'asportazione della colecisti e ,per le funzioni che doveva espletare, vi rimaneva fino alla fine

dell'intervento o meglio , fino a quella fase che, sia dalla lettura della scheda di intervento che dalle dichiarazioni dello stesso professor ( cfr. udienza 5/4/2204 aff.6) , precede sia il posizionamento dei drenaggi ,che la sutura della parete addominale e cioè quella della toelette addominale.

Tale fase comprende il controllo del campo operatorio , finalizzato, tra l'altro, anche alla verifica di una eventuale derelizione di corpi estranei .

E' in questa fase che l'ispezione viene fatta " sotto la responsabilità del primo operatore con presa visione ,però, di tutta la componente medico chirurgica ,che comporta la visione contemporanea dei vari partecipanti " (cfr. esame

Alla luce di tali premesse e individuata la fase dell'intervento in cui può essersi verificata la derelizione di corpi estranei ,appare necessario individuare, preliminarmente all'esame di comportamenti colposi , se tutti i componenti della equipe fossero presenti in quel momento .

La necessità di tale accertamento preliminare ,nasce dalle dichiarazioni dell'imputato e della Dottoressa Rossi , che hanno indotto questo Giudice ad ulteriori accertamenti nelle fase finale della istruttoria ,attraverso un nuovo esame dell'imputato ,alla luce di quanto affermato dai coimputati .

Queste le dichiarazioni degli imputati e in occasione del loro esame .

L'imputato riferiva che occasione dell' intervento su in data 18/2/1998 era in ausilio del Professor ,unitamente alla collega

La conta delle garze utilizzate, secondo la sua esperienza, ( circa tremila interventi eseguiti come primo operatore ) spettava al primo operatore con l'ausilio della strumentista ,che più volte veniva sollecitata dal chirurgo nel corso dell'intervento per verificare " se c'erano garze in giro " con richieste del tipo " quante garze ci sono in addome ? " (aff. 176 ) al fine di fare una verifica immediata .

Nel caso di specie l'imputato riteneva di non essere stato presente al momento della "chiusura" del  
paziente .

Ricordava infatti che in quel mattino c'era un'unica equipe ,che lavorava su due tavoli chirurgici :  
l'intervento di \_\_\_\_\_ era iniziato alle ore 10 ed era finito alle ore 12 l'intervento successivo ad  
\_\_\_\_\_ era iniziato alle ore 12,05 e non portava l'orario di fine intervento .

L'imputato, rileggendo la scheda dell'intervento di Innocenti, si era ricordato che era un caso  
particolare e aveva richiesto la sua attenzione e il suo studio .

Per la prima volta, dopo venticinque anni di attività, si era trovato di fronte a un caso di questo  
tipo: il paziente era infatti portatore di una protesi sottocutanea dovuta a un by - pass all'aorta -  
bifemorale e doveva essere operato per una neoplasia stenosante recidiva del colon discendente .

Si trattava dunque di una situazione rischiosa, perché comportava l'apertura di un addome in  
presenza di una protesi aortica e sottocutanea ,che doveva essere opportunamente individuata e  
disegnata sulla cute ,al fine di rendere più sicura l'incisione .

Ricordava di aver preparato l'intervento in maniera molto accurata, al fine di evidenziare al  
Professore \_\_\_\_\_ ,che avrebbe dovuto effettuare l'operazione ,dove incidere .

Consultando le schede di intervento e verificando che tra la fine di quello del \_\_\_\_\_ e l'inizio di  
quello dell'Innocenti vi fossero solo cinque minuti di tempo, sicuramente riteneva che , per essere  
stato in grado di fare tutte le operazioni che aveva compiuto- staccarsi dal un lettino, andare  
sull'altro dopo essersi lavato e rivestito, avvicinarsi al paziente e preparare il campo con le modalità  
sopradescritte - si era dovuto allontanare dal tavolo operatorio del \_\_\_\_\_ - prima della fine  
dell'intervento .

Era abitudine del professore chiudere personalmente pazienti come il \_\_\_\_\_ ,che presentavano  
una relaparatomia ( nuova apertura dell'addome ) , perché l'eventuale presenza di aderenze rendeva  
l'operazione più delicata .



... tutto la circostanza che qualcuno degli assistenti si allontanasse dal tavolo operatorio per  
... un nuovo intervento non era evenienza così eccezionale, come affermato dal Professor  
...  
... che dagli imputati, la circostanza è stata confermata dalla stessa ferrista e ( aff. 104  
... del suo esame ) dalla collega ferrista I ( aff. 34 ) e dall'aiuto chirurgo

... La circostanza trova un riscontro obiettivo anche nella lettura delle schede di intervento del  
... 18/2/1998 riguardando gli orari dei due interventi effettuati prima di quello del : cioè il  
... n° 153 iniziato alle ore 8,45 e terminato alle ore 9,45 con operatori e quello  
... n° 154, che recava come orario di inizio le 9,30 e di fine le ore 10, con operatori  
... consentendo di ritenere che, salvo dono dell'ubiquità, gli aiuti si fossero allontanati dal primo tavolo  
... operatorio prima della fine dell'intervento.

Nel caso che interessa, tra l'intervento n° 155, quello del , terminato alle ore 12 e il  
... successivo, quello dell'Innocenti iniziato alle 12,05, vi sono solo cinque minuti di differenza, un  
... tempo veramente esiguo per tutte le attività che il Dottor ricorda di aver fatto cessarsi svestito,  
... lavato, rivestito e preparato il paziente attraverso una accurata individuazione della zona su cui  
... intervenire, attesi i problemi di cui era portatore.

I ricordi del Dottor hanno trovato un ulteriore elemento di riscontro.

In occasione dell'istruttoria dibattimentale, i figli del li sono sempre stati presenti e in nel  
... momento della discussione finale uno di loro, , accortosi che si dissertava sulla  
... presenza o meno del Dottor al momento finale dell'intervento, ha chiesto di comunicare  
... all'imputato un suo ricordo, che quest'ultimo ha riferito alla scrivente come spontanee dichiarazioni.

La circostanza, ritenuta dalle parti rilevante, induceva questo giudice ad interrompere la  
... discussione per assumere la testimonianza del

Quest'ultimo riferiva che, pur essendo sempre stato presente nel pubblico a tutte le udienze non aveva più avuto contatti con il Dottor dal momento del primo intervento del padre e, segnatamente, quando al momento delle dimissioni il medico ebbe a riferirgli che i punti erano stati fatti e che non c'era necessità di altre medicazioni.

All'udienza odierna si era ricordato di un altro episodio, in ragione del quale aveva avuto un dialogo con il Dottor e cioè quando il giorno dell'intervento del 18/2/1998, essendovi dubbi di neoplasia erano state effettuate biopsie, il medico era uscito dalla sala operatoria riferendogli che era tutto a posto e "che avevano fatto la biopsia e che in quel momento lo stavano chiudendo".

Le modalità con le quali tale testimonianza è stata raccolta, l'assenza di rapporti fra le parti, se non per ragioni professionali e le posizioni che processualmente i soggetti rivestono, non consentono di dubitare della autenticità del ricordo del della genuinità delle sue dichiarazioni.

Alla luce di tali elementi le dichiarazioni dell'imputato trovano riscontro in un dato testimoniale, che consente di ritenere che egli sia allontanato dal tavolo operatorio prima del termine delle attività di toelette e della attività di sutura delle pareti addominali.

Il professor ha individuato il tempo necessario per chiudere l'addome, in un caso come quello in esame, in circa un quarto d'ora.

Tenuto conto che l'intervento ad i è iniziato alle dodici e cinque, l'attività di chiusura dell'addome doveva essere iniziata attorno alle 11,50 circa.

In quel lasso di tempo il Dottor aveva parlato con i parenti del paziente, la circostanza che egli fosse uscito dall'ambiente settico, secondo le abitudini della sala operatoria, riferite dallo stesso professore, gli aveva imposto prima di avvicinarsi al tavolo operatorio dell' di svestirsi, lavarsi e rivestirsi e infine di "disegnare" il paziente, previa individuazione della esatta collocazione della protesi aortica.

Le attività descritte sicuramente richiedono tempi superiori ai quindici i minuti, circostanza questa che consente di ritenere plausibile che il Dottor possa essersi allontanato dal tavolo operatorio

prima delle ore 11,50 circa ,quando ,terminata la fase di toelette chirurgica ,si era iniziata quella della sutura ,come riferito ,appunto, dall'imputato al figlio del

A diverse conclusioni deve giungersi per la dottoressa la quale ,con la correttezza processuale che ha contraddistinto il suo esame ,ha riferito di non aver ricordi precisi sul punto e non essendo sufficiente ad escludere la sua presenza a fianco del primo operatore il ricordo, sfocato, del colloquio avuto con il collega

La sua presenza a fianco di è inoltre attestata dalle affermazioni dello stesso, il quale ha costantemente ribadito ,che riteneva quantomeno dubbio ,che egli avesse consentito l'allontanamento di entrambi gli aiuti , in presenza di una ferrista con la quale " non aveva affiatamento "

La garza fu lasciata in occasione della toelette addominale, sicuramente presenti il Professor la dottoressa i e la ferrista.

Occorrerà ora riconoscere se in questo fatto si deve vedere il frutto di una condotta negligente, imprudente, imperita, ascrivibile ai singoli imputati o di una condotta incolpevole .

Sulle prassi relative al conteggio delle garze e quanto avveniva nella sala chirurgica guidata dal Professor : è stata svolta una ampia istruttoria ,che appare opportuno ripercorrere nei suoi elementi essenziali ,valorizzando anche le dichiarazioni degli imputati , già richiamate

#### ORGANIZZAZIONE DEL REPARTO .

Quanto alla organizzazione che i Blocchi operatori si erano dati in relazione alla modalità di "conta delle garze chirurgiche "erano stati sentiti i testi del Pubblico Ministero: Ricci Aldo, Olmati Mirella e Gregoriani Mirco e i testi per la difesa del primario Dottor i : Giacchi Remo e Bellagamba Annamaria , nonché quelli per la difesa della ferrista : Pazzaglia Patrizia .

La teste Olmati riferiva che nei primi mesi 1998 presso l'ospedale di Pesaro esistevano tre blocchi operatori chirurgici , dotati di una loro autonoma organizzazione : un blocco operatorio di ostetricia

ginecologia di cui era responsabile come caposala la signora Guarini, un blocco per le discipline specialistiche -urologia ortopedia e oculistica - di cui era responsabile la teste in qualità di caposala, un blocco operatorio di chirurgia che aveva come primo operatore il

di cui non sapeva indicare la responsabile come caposala ( il teste Ricci, direttore sanitario dell'Ospedale dal settembre del 1998, aveva indicato che per quel blocco la responsabilità era in capo al più anziano del personale infermieristico, senza che tale incarico fosse formalizzato, che, all'epoca dei fatti doveva identificarsi nella

La teste precisava che solo nell'ottobre del 1998 tutti i blocchi erano confluiti in uno unico ed era stato istituito un registro per la conta della garze chirurgiche utilizzate nel corso dell'intervento .

Il registro, prodotto in copia dalla difesa della , prevedeva per ciascun intervento che la ferrista controfirmasse lo stesso al fine di attestare la perfetta corrispondenza tra le garze utilizzate e quelle ritirate (cfr. produzione documentale in atti e spiegazione del suo utilizzo fornita dal teste Ricci aff. 82,83 ).

La teste Olmati precisava che per il blocco di cui era responsabile tale metodo era stato già da lei istituito , per ragioni di opportunità e sicurezza (aff.123 ) , fin dal 1995 , ma, per il regime di autonomia organizzativa che all'epoca vigeva tra i vari blocchi, tale soluzione non era stata adottata dagli altri .

Prima della istituzione del registro , adottava un metodo conteggio delle garze a gruppi di dieci, che le permettesse sempre di sapere quante ne utilizzava , quante ne aveva sul campo operatorio e quante ne ritirava: quando aveva utilizzate quelle del primo gruppo le metteva in una ciotola a parte e, prima di servirsi di altre , le ricontava al fine di verificare se il computo corrispondeva alle dieci originarie .

Il teste Ricci Aldo era diventato direttore del sanitario dell'Ospedale solo successivamente al primo intervento del , nel settembre del 1998 .

Il teste riferiva di aver trovato una situazione per lui allarmante dal punto di vista igienico che lo aveva consigliato di chiudere la sala operatoria di Chirurgia e di urologia e di ristrutturare immediatamente i blocchi chirurgici ,istituendone uno unico avente la medesima organizzazione ed un unico referente ,che nell'anno 1998 era la Olmati e attualmente Gregoriani Mirco .

Il Dottor Ricci teneva a ribadire che le modalità per il metodo della conta delle garze non erano imposte da qualche disposizione specifica ,ma egli poteva dire ,in base alla sua esperienza ventennale in ospedale ,che ,da sempre tale conteggio ,era effettuato dalla ferrista e che tutti i metodi utilizzati potevano essere validi ,purché in grado di dare l'assoluta sicurezza delle garze impiegate e di quelle ritirate .

Questo al fine evidente di potere immediatamente, in caso di dubbio, effettuare una lastra radiografica, in grado di rilevare se fosse stata abbandonata una garza chirurgica, evidenziando il filo radiopaco in essa contenuta ( aff. 84 ) e che , per tali finalità , il supporto cartaceo garantiva nel miglior modo possibile l'effettività del controllo ( aff. 97 ) .

Gregoriani Mirco ,come già evidenziato dagli altri testi ,era divenuto responsabile del Blocco chirurgico solo nel febbraio 2000 e dunque non sapeva riferire su quanto succedeva prima del ottobre 1998 ,quando fu istituito per la prima volta il registro per il conteggio delle garze .

**Giacchi Remo**, teste introdotto dalla difesa , aveva iniziato a lavorare presso l'ospedale di Pesaro nel marzo del 1981 e ancora vi prestava servizio e in tale veste era stato collaboratore in qualità di aiuto del Professor

Egli evidenziava che non c'erano metodi prestabiliti per la conta delle garze : la stessa avveniva in collaborazione tra l'operatore e la ferrista , e ognuno attuava il metodo ,che gli garantiva maggiore sicurezza .

Concludeva il teste che poteva dirsi non essere applicato un vero e proprio conteggio delle garze, ma sicuramente un controllo sul loro utilizzo .

La teste **Bellagamba** ,all'epoca dei fatti era in gravidanza ,ma fin dal1985 aveva lavorato come strumentista nel blocco chirurgico di cui era responsabile il professor I

La stessa precisava che non vi era un protocollo che imponesse un metodo per la conta delle garze , ogni strumentista aveva il suo modo di contarle ,per esempio quello di non dare nessuna garza se prima non fossero state restituite quelle utilizzate ,essendo compito della ferrista assistere l'operatore dall'inizio alla fine dell'intervento ( aff. 26) e precisando "che tutto quello che è sul carrello è di sua responsabilità" (aff. 30) .

La teste **Pazzaglia Patrizia**, indotta dalla difesa di \_\_\_\_\_ era strumentista del professor \_\_\_\_\_

La teste precisava che pur non essendoci un protocollo scritto la stessa conosceva perfettamente che il controllo delle garze rientrava nelle sue mansioni e per contarle utilizzava lo stesso sistema descritto dalla Olmati (aff. 37) .

Talvolta poteva capitare che quando c'era una garza nell'addome comunque un lembo venisse trattenuto fuori, fissato con uno strumento chirurgico ( una coker ,pinza ), di modo che fosse la visibilità dello strumento a ricordare la presenza della garza (aff. 37).

La difesa aveva prodotto un documento ,o meglio una lettera indirizzata al Primario e alla direzione sanitaria datata 17/3/1998 in cui le ferriste, tra le quali anche l' \_\_\_\_\_ richiedevano personale in ausilio di una unità per poter garantire l'esatto svolgimento delle loro mansioni, tra cui annoveravano " la conta delle garze ,che " la mole di lavoro ,il ritmo frenetico ,il personale insufficiente ,i turni di ferie rendevano attualmente impossibile " .

La teste ,interrogata su questo documento dal difensore della collega \_\_\_\_\_ , riferiva che le ferriste avrebbero gradito, per potere garantire meglio il servizio, la presenza di un altro infermiere che consentisse loro di operare questo conteggio anche più volte nel corso dell'intervento, soprattutto nel momento antecedente alla chiusura della parete ,che era quello più delicato al fine di verificare se vi fossero o meno garze abbandonate ( aff. 38) .

## DICHIARAZIONI DEGLI IMPUTATI

L'imputata riferiva di essere stata la strumentista dell'equipe medica che era intervenuta sul paziente in occasione del primo e del secondo intervento operato nei confronti del

Aveva preso servizio presso l'Ospedale di ) nell'anno 1991 e si era trasferita a Foggia nel 1999 : per otto anni aveva svolto le funzioni di ferrista nell'equipe chirurgica del Professor

L'imputata riferiva che non le era stata data alcuna disposizione in relazione alla conta delle garze . Queste le espressioni dalla stessa utilizzate: " in sala operatoria non si parlava di garze " (aff. 98), "il conteggio delle garze non c'era ( aff. 99) il professore a me non ha mai parlato di garze (aff.110)", il registro per il conteggio delle garze è stato istituito in un momento successivo e da quel momento si era adattata a quanto le era stato richiesto (aff. 112) .

A domanda del pubblico Ministero ,l'imputata precisava che prima dell'istituzione del registro operava in questo modo : "prendeva dai cestì il materiale occorrente per il tavolo chirurgico – garze sterili ,laparotomiche ,longhette ,telini fettuccine battutoli di cotone e li riponeva a caso sul terzo tavolino della sala operatoria , senza sapere il loro numero".

Al massimo poteva sapere se erano pari o dispari , all'inizio dell'intervento " non sapevo quante lunghette avevo a disposizione :potevo conoscere il numero dei ferri , conoscere i tempi dell'intervento ,ma non quanto materiale avevo a disposizione ,se il professore diceva " dammi un lunghetta io la davo e poi finiva dove finiva . Cioè, messe così ,a me non interessa, facevano parte del linguaggio muto dello strumentario : perché il linguaggio dello strumentario non è fatto di numeri ,è muto "" (aff. 101 ) .

Neppure in occasione della sua formazione le era mai stato evidenziato la necessità di contare le garze in occasione di un intervento chirurgico ( aff. 107).

L'imputata ribadiva di non essere a conoscenza che fra i compiti della strumentista c'era quello di contare le garze: "io non c'ho dentro di me la conta delle garze, altrimenti avrei detto "professore contiamo le garze: perché non si contano le garze in questa sala?" (aff. 107).

A domanda del suo difensore, che le chiedeva per quale motivo avesse firmato il documento indirizzata al Primario e alla direzione sanitaria datato 17/3/1998 in cui le ferriste richiedevano personale in ausilio per poter garantire l'esatto svolgimento delle loro mansioni tra cui annoveravano la conta delle garze, l'imputata rispondeva che aveva firmato per compiacere le colleghe esprimendosi in questi termini: "fatela -la richiesta - tanto a me cosa mi costa, io buttavo le garze lì, fate come volete" però io dentro di me devo dire la verità ero scontenta perché... si fa dappertutto, stanno facendo la conta, però dentro di me la cosiddetta conta non ce l'ho e io non ho più fatto la strumentista" (aff. 111).

Costretta dalle domande del difensore del Professore a indicare come avrebbe dovuto essere fatta la conta delle garze, l'imputata "candidamente" rispondeva: "non rispondo per me, rispondo per come ho visto fare, illustrando il metodo di conteggio già indicato dalla Olmati e precisando che tale disposizioni erano state date solo successivamente al decesso del nel ottobre del 1998 con l'istituzione del blocco operatorio unico.

Tutte le risultanze istruttorie hanno consentito dunque di fissare i seguenti punti fermi.

Il conteggio delle garze spettava alla ferrista, che lo svolgeva sotto il controllo del primo operatore o dell'equipe medico chirurgica.

Sul punto illuminati sono le dichiarazioni della dottoressa, che ha ricordato come nel corso dell'intervento il professore chiedeva agli assistenti e alla strumentista "quante garze ho messo nell'addome? cioè per vedere la nostra attenzione, perché io dico che la responsabilità di queste garze è un pochino anche nostra, cioè tutti devono essere attenti a quello che si fa durante l'intervento" (aff. 180) ancora "la responsabilità di queste pezzette non riguardava una sola persona, ma riguardava tutto l'ambiente".

La suddivisione delle mansioni del personale che effettua o coadiuva in un intervento chirurgico non è codificata per legge, ma trova la sua espressione riconosciuta come valida nella prassi chirurgica.

In particolare, se i chirurghi compiono le attività loro specificatamente commesse, quali pulire correttamente la cavità addominale dopo l'intervento, introducendo soluzioni antisettiche, aspirare queste soluzioni introdotte, controllare che non ci siano sanguinamenti o complicanze e ispezionare il campo operatorio, anche per evitare derelizione di corpi estranei, il compito della ferrista è quello di assistere l'operatore fornendogli il materiale richiesto, sostituendo quello già usato e preoccuparsi di conteggiarlo, evitando la perdita di pezzi, come avvenuto nella fattispecie.

Il medico ha diritto di aspettarsi che l'infermiere compia esattamente quello per cui è deputato, secondo prassi e secondo le istruzioni avute ad essa conformi.

Nella fattispecie, secondo la ricostruzione dei fatti sopra proposta, qualcosa non ha funzionato nel rapporto tra i due medici e la ferrista.

I primi non hanno compiuto una toeletta addominale sufficientemente accurata e la seconda non ha contato le garze utilizzate, perché per usare una sua espressione "non ce l'aveva dentro di lei la conta della garze", dimostrando una assoluta carenza di capacità e perizia professionale, sia sotto il profilo della formazione, che sotto il profilo pratico-attuativo.

Gran parte delle istruttorie, come si è visto, si è allargata a cercare di comprendere se ci fossero profili di responsabilità in ordine alla adozione di un metodo piuttosto che un altro, se fosse stata intempestiva l'istituzione, solo dopo i fatti, di un registro cartaceo per la conta della garze, ma tutte queste circostanze sono state superate dalla radicale imperizia professionale dimostrata dall' -le sue dichiarazioni in occasione dell'esame sono eloquenti - nel non comprendere neppure per quale ragione, con tanta insistenza, si richiedeva a lei il conteggio della garze.

E si badi bene, non è che la ferrista adottasse un metodo piuttosto che un altro "giacché al massimo poteva sapere se le garze erano pari o dispari", ma mai era in grado di avere contezza con precisione di quanto materiale aveva a sua disposizione e quanto ne aveva utilizzato.

L'impreparazione delle ferrista era peraltro nota Professor \_\_\_\_\_ il quale avrebbe dovuto operare una vigilanza ancora più penetrante, atteso che era assistito da una persona \_\_\_\_\_, che lo stesso non ha esitato a definire con le seguenti espressioni: "collaboratrice con cui non aveva affiatamento, che aveva una certa riluttanza ad inserirsi in un ordine logico di comportamento che era quello consolidato in sala operatoria" e "persona che aveva caratteristiche di ricasazione di abitudini, che invece erano tipiche della nostra camera operatoria e... e che "aveva difficoltà di collaborazione con tutto il personale operatorio"".

Un duplice di profilo di colpa, dunque, investe l'equipe medica: sia il già riferito omesso controllo più accurato del campo operatorio, per il quale ebbero a disposizione il tempo necessario, non essendovi urgenze da trattare in quella giornata, secondo quanto emerso dalle schede degli interventi, che avrebbe permesso di ovviare l'eventuale errore compiuto dalla ferrista nei confronti della quale, questo il secondo profilo di colpa, era necessaria una vigilanza ancora maggiore, stante la sua inadeguatezza professionale.

Peraltro è evidente che un più accurato controllo della materiale chirurgico, che la ferrista nel caso di specie non è stata in grado di assicurare, avrebbe consentito ai medici una toelette addominale più precisa e accurata e una possibilità di rimediare tempestivamente alla derelizione, qualora fosse loro stato segnalato, che una delle garze utilizzate non era ritornata.

Trattasi, a ben vedere, di concorrenti condotte colpose, ascrivibili a tutti soggetti imputati, secondo il principio dell'affidamento.

In base a tale principio ogni componente di un gruppo impegnato in un intervento chirurgico dovrebbe poter confidare sulla capacità dei collaboratori di adempiere alle necessarie mansioni affidate con la necessaria competenza e diligenza, fermo restando il potere di controllo di chi, ad un dato momento, assume la qualifica di responsabile del gruppo o capo dell'equipe.

Tale principio è stato applicato estensivamente a tutti i membri di un equipe chirurgica e non solo al primo operatore da una pronuncia della corte di cassazione sulla base del presupposto che

l'assistente, nella sua qualità di collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione, ha l'obbligo di vigilare sulla intera esecuzione ( Cass. Sez IV 5/1/1982 ).

Tale principio era talmente radicato prima di tutto nella coscienza della Dottoressa che la stessa <sup>come già ricordato</sup> non ha esitato a dichiarare in occasione del suo esame “perché io dico che la responsabilità di queste garze è un pochino anche nostra, cioè tutti devono essere attenti a quello che si fa durante l'intervento” ( aff. 180 ) e ancora “ la responsabilità di queste pezzette non riguardava una sola persona ma riguardava tutto l'ambiente”.

La difesa di \_\_\_\_\_ ha sostenuto, per inferire l'assenza di colpa del suo assistito che si dovrebbe più esattamente parlare di smarrimento di garze e non di abbandono, sostenendo che lo smarrimento non sarebbe colpevole, proprio perché non vi sottostà un elemento volitivo.

La tesi non è condivisibile: smarrimento e abbandono, nel caso di specie appaiono come sinonimi, indicando esattamente che qualcosa è rimasto in un posto incongruo, perché qualcuno ne ha ommesso la rimozione, pure dovuta.

Qualcuno che, come il chirurgo, aveva come onere di diligenza specifica quello di un accurata ricerca di pezzi o oggetti estranei, eventualmente presenti nelle cavità addominali.

Nelle specie si trattava di persone che avevano seguito tutto l'intervento, senza dimenticare che si trattava di garze di dimensioni ragguardevoli, capaci anche se compresse di creare una massa non irrilevante e non quindi non così facilmente occultabile.

Quanto alla condotta tenuta dal medico del Pronto Soccorso la stessa è stata più sopra illustrata, ricostruendo la storia clinica del paziente deceduto.

Il profilo di colpa addebitati al sanitario riguardano l'aver dimesso il paziente dal Pronto Soccorso:

- senza particolari prescrizioni;
- senza approfondimenti: ispezione della parete addominale ed il confronto tra l'eventuale garza di medicazione superficiale e immagine radiologica, accertamento che avrebbe consentito di escludere che la garza fosse posizionata all'esterno.

Questo Giudice ritiene credibili i figli del \_\_\_\_\_ uando affermano- come indicato più sopra nella parte della motivazione in cui è stata ricostruita la storia clinica del paziente - che il padre, al momento del ricovero al pronto soccorso, non aveva alcuna medicazione chirurgica, alla luce dei seguenti elementi di fatto .

- attendibilità dei testi ;
- riscontro con il dato documentale delle cartella clinica ;
- dichiarazioni del Dott. \_\_\_\_\_ ;

I figli del \_\_\_\_\_ sono ritenuti attendibili , sia per la precisione delle loro dichiarazioni, che per la concordanze delle stesse , per la loro spontaneità e per la carenza di interessi processuali nel presente procedimento- gli stessi non si sono neppure costituiti parte civile in questo processo - se non quella di ricostruire i fatti.

Dev'essere sottolineato che gli stessi ,mai sentiti in occasione delle indagini preliminari,presenti all'udienza preliminare, hanno chiesto di essere esaminati ,allorché si sono accorti che si dissertava sulla tipologia della garza, che era apposta sulla ferita del loro congiunto ,quando gli stessi erano certi ,per averlo più volte verificato, che dal momento della dimissione il 3/3/1998 la ferita era scoperta .

Le dichiarazioni del figli del \_\_\_\_\_ hanno trovato riscontro nel dato indicato nel diario clinico in cui si legge alla data del 2/3/1998 : "Tolti i punti ,alvo- canalizzato , mangia secondo dieta" e alla data del 3/3/1998 "viene dimesso ".

Il Dottor \_\_\_\_\_ ha riferito che il Professor \_\_\_\_\_ aveva dato come indicazione che quando si toglievano i punti la ferita doveva essere lasciata scoperta

Indirettamente ,le dichiarazione dei testi e dunque l'assoluta inverosimiglianza che su di una ferita rimarginata fosse apposta una ingombrante e voluminosa garza chirurgica ,sono state riscontrate te dal medico di famigli Dottor Genangeli che, avendo visto il paziente dopo la visita al Pronto soccorso ,non era mai stato di richiesto di effettuare medicazioni sulla ferita .

Per contro ,a fronte delle riscontrata attendibilità dei testi ,sia l' imputato che il ..... hanno un concreto interesse processuale a riferire che la ferita era coperta da un garza .

Interesse che per il primo,si concretizza nel tentativo di giustificare la sua disattenzione con l'errore incolpevole in cui lo stesso poteva essere caduto per l'utilizzo, anche all'esterno, di garze chirurgiche dotate di repere .

Interesse che per il secondo si concreta nella necessità di coprire un suo errore: quello di avere comunicato al medico radiologo ..... una circostanza non accertata -di aver visto una garza sull'addome senza aver provveduto ad alzare la maglietta del ..... nell'effettuare la radiografia -e quindi ,vergognandosi di questa sua disattenzione a seguito della morte del paziente ,abbia potuto mentire per giustificare il suo errore .

In questa ipotesi , che il Giudice ritiene attendibile , la colpa in cui il Dottor ..... è incorso è macroscopica : egli avrebbe dimesso il paziente senza rivisitarlo dopo lo sviluppo della lastra, perché in caso contrario ,ad un mero controllo visivo, l'addome scoperto gli avrebbe subito rivelato che la garza con il repere ,evidenziata in radiografia , era all'interno e non all'esterno .

Ma vi è di più.

Anche volendo aderire alla tesi difensiva e cioè che la garza si trovasse sull' addome, si evidenzia che neppure il teste ..... ha mai parlato di garza chirurgica, ma al massimo di " cerrottone bianco " circostanza questa che ,se verificata ,avrebbe dovuto indurre ancor maggior sospetto al ..... perché mai un cerotto di medicazione del tipo "fixomun " al riscontro radiografico presenta un repere radiopaco .

Il dubbio che trattavasi di una garza derelitta all'interno dell'addome ,anche in questa ipotesi, poteva e doveva sorgere al dott. ....

E tale dubbio, infatti , per stessa ammissione dell'imputato , gli si è palesato .

Su contestazione del pubblico ministero, che gli chiedeva perché non avesse pensato di aprire la ferita per verificare quale tipo di medicazione era stata effettuata o ,in alternativa, non avesse richiesto una radiografia l'imputato riferiva : " no, non è che non mi è venuto in mente ,potevo anche

farlo, ma era una verifica talmente esagerata per andare a vedere ,perché tacitamente pensavo che fosse una cosa superficiale tutt'al più potevo pensare che fosse stato uno zaffo ,però avrei dovuto scoprire questa ferita ,per dire che era uno zaffo“.

Anche aderendo ,per mera completezza di argomentazione ,alla tesi difensiva, la rappresentazione di una situazione dubbia è stata risolta in maniera superficiale e impropria e dunque colposa dal medico .

Sarebbe bastato infatti per risolvere il dubbio, sicuramente affacciandosi alla mente dell'imputato , anche se non avesse voluto chiamare il Chirurgo per aprire la ferita , ammesso e non concesso che non potesse egli stesso farlo, ~~gli sarebbe bastato~~ farsi portare la cartella clinica e chiedere informazioni al reparto di Chirurgia dello stesso Ospedale, per conoscere in brevissimo tempo che un paziente a cui sono stati tolti i punti cinque giorni prima, senza problemi di sorta alla ferita non aveva bisogno di una garza chirurgica sull'addome .

E ancora ,ammesso e non concesso ,che tali adempimenti gli fossero sembrati incompatibili con la pressante richiesta di intervento della giornata di sabato al pronto soccorso , sempre a fronte della situazione di dubbio dalla stesso ammessa ,avrebbe potuto indirizzare i parenti da un chirurgo, affinché costui verificasse in sua vece la situazione ,circostanza che i parenti del paziente hanno negato e che non risulta trascritta nel certificato di dimissione .

Anche sul punto l'imputato si è difeso dicendo che la prescrizione riferita, sarebbe stata indicata nel certificato di dimissione, ma non sarebbe stata trascritta alla voce “consigli e comunicazione“ per errore di scrittura del computer.

Ebbene, non si vede come la prescrizione di effettuare “clisteri evacuativi” sia stata trascritta e non quella ,solo riferita ,di rivolgersi ad un chirurgo .

Il comportamento del medico del pronto soccorso fu gravemente omissivo nel non rivisitare il paziente e ,comunque, anche accedendo alla prospettazione difensiva dallo stesso indicata, superficiale e approssimativo nel risolvere i dubbi che si erano affacciati alla sua mente e la cui

soluzione in termini di accertamenti più approfonditi , avrebbe consentito la tempestiva individuazione del corpo estraneo e la sua tempestiva rimozione .

Sulla irrilevanza della diversa soluzione processuale adottata per il medico radiologo

si è già detto ,in quanto lo stesso è stato assolto dalla ipotesi di colpa concorrente proprio perché ,secondo il G.U.P. ,era stato indotto in errore dal .

La determinazione della pena dovrà essere individuata con la concessione a tutti gli imputati delle attenuanti generiche , stante il loro stato di incensuratezza

Si è ritenuto di differenziare le posizioni del Professor . e del Dottor irrogando una pena superiore a quella degli altri imputati, tenuto conto della maggiore entità della colpa nella condotta di entrambi.

Al Professor ,in qualità di responsabile del blocco chirurgico di chirurgia generale e di primo operatore dell'intervento, a fronte della consapevolezza di collaborare con una ferrista di cui sicuramente non si fidava , in quanto aveva l'onere di acuire ancora di più la sua attenzione in relazione alle attività proprie e di vigilare per integrare eventuali condotte carenti di altri e al dottor

perché la sua condotta negligente , superficiale e poco approfondita ,non solo è stata tale da impedire che il corpo estraneo venisse correttamente individuato, ma attraverso la comunicazione ad altri- il radiologo - di accertamenti incompleti ha agevolato anche l'errore in cui quest'ultimo ,secondo la valutazione del Giudice di primo grado ,sarebbe incorso .

Pena equa dovrà ritenersi per e quella di mesi sei di reclusione, per I o e la pena di mesi otto di reclusione , oltre al pagamento delle spese processuali ( pena base per l e anni uno di reclusione diminuiti per le attenuanti generiche a mesi otto di reclusione ; pena base per e 1 mesi nove di reclusione diminuiti per le attenuanti generiche a mesi sei di reclusione).

Possono essere riconosciuti i doppi benefici di legge

P.Q.M.

agli artt. 533, 535 c.p.p.

responsabili

reato loro ascritto e, con la concessione a tutti gli imputati delle attenuanti generiche, condanna  
o e ..... alla pena di mesi otto di reclusione ciascuno e  
... alla pena di mesi sei di reclusione ciascuna, oltre al pagamento in  
solido delle spese processuali.

concede agli imputati ..... io, c.p.p. e

la sospensione condizionale della pena e la non menzione della condanna.

Visto l'art. 530 2° comma c.p.p.,

assolve ..... dal reato lui ascritto per non aver commesso il fatto.

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

o il

IL GIUDICE  
Antonella Galli