

N. 655 / 2023 R.G.T stralcio  
da n. 3022/2021 R.G.T.  
n. 7545/2017 R.G.N.R.



**TRIBUNALE DI SALERNO  
TERZA SEZIONE PENALE**

Il Tribunale in composizione monocratica nella persona del Giudice dott. Francesco Rossini, all'esito della camera di consiglio, esaminate le risultanze dell'istruttoria dibattimentale, previo stralcio, pronuncia la seguente

**ORDINANZA**

1.

A M è contestato il delitto di cui agli artt. 40 cpv, 113 e 589 c.p..  
Secondo l'ipotesi accusatoria il dott. M nel rendere consulenza chirurgica in data 19.01.2015, non avrebbe correttamente orientato i colleghi dell'ospedale di Salerno circa la scelta terapeutica ottimale relativa al paziente M G P. In particolare non avrebbe prescritto il necessario intervento di colicistectomia per via laparotomica, effettuato solo in data 22.01.2015, nonostante al momento del ricovero del 14.01.2015 fosse già stata diagnosticata una "colecistite acuta da idrope/empiema", così contravvenendo alle principali direttive della comunità scientifica internazionale, che prescrivono per il trattamento di tale patologia l'opzione chirurgica entro 72 ore dalla diagnosi.

1.1.

Ad A e a N, in qualità di componenti dell'équipe chirurgica, si imputa di aver cagionato, in cooperazione tra loro, il decesso di M G P per non aver diligentemente eseguito l'intervento di colicistectomia anterograda per via laparotomica, determinando una lesione della via biliare principale.

2.

Il Tribunale ritiene di porre a fondamento della presente decisione la ricostruzione medico-legale effettuata dal consulente delle parti civili.

La relazione tecnica redatta dal dott. R. presenta, difatti, caratteri di completezza ed approfondimento rispetto a quanto accaduto nell'arco dell'intero ricovero del M., dapprima in pronto soccorso e successivamente in medicina e chirurgia d'urgenza. In essa si rinviene puntuale riferimento sia alle linee guida di Tokyo sulla gestione della colecistite acuta, sia alle linee guida internazionali sul trattamento delle infezioni endo-addominali.

I due aspetti sono, difatti, strettamente correlati anche ai fini dell'individuazione della scelta terapeutica più appropriata.

La consulenza tecnica redatta su incarico della Procura approfondisce, per contro, un singolo segmento del ricovero del paziente M. concernente il primo accesso in

Pronto Soccorso dell'11.01.2015.

I consulenti del PM si focalizzano sul mancato rispetto delle 72 ore previste dalle linee guida per l'esecuzione della colecistectomia; 72 ore che fanno decorrere sin dall'11.01.2015.

Si tratta, all'evidenza, di un arco temporale circoscritto al periodo 11-13 gennaio 2015, allorquando il M. era ancora ricoverato in Pronto Soccorso, a fronte di un'imputazione che inizia, invece, con il ricovero in medicina d'urgenza dal 14.01.2015.

Quanto alle consulenze tecniche delle difese, le stesse hanno il pregio di richiamare le linee guida di Tokio sulla colecistite ma mancano di approfondimento rispetto al secondo – decisivo aspetto – del raffronto e della interferenza con le linee guida internazionali sul trattamento delle infezioni. Inoltre hanno come riferimento singoli segmenti temporali circoscritti agli interventi dei vari medici.

3.

Dalla lettura delle linee guida di Tokyo 2007 e Tokio 2013 si ricava che la colecistite acuta è una condizione comune che, tuttavia, può provocare un'infezione progressivamente grave, in particolare negli ospiti debilitati, tanto che lo stato ed il grado dell'infezione deve incidere sulla scelta del trattamento chirurgico più appropriato.

I pazienti con colecistite acuta possono presentare uno spettro di stadi della malattia che vanno da una malattia lieve e autolimitante a una malattia fulminante e potenzialmente pericolosa per la vita.

La gravità della colecistite acuta è stata classificata dalle citate linee guida in 3 categorie: "lieve (Grado I)", "moderata (Grado II)" e "grave (Grado III)".

La colecistite acuta grave (grado III) è stata definita come colecistite acuta associata a disfunzione d'organo.

La colecistite acuta moderata (Grado II) è stata definita come colecistite acuta in cui è probabile che il grado di infiammazione acuta sia associato a una maggiore difficoltà operativa nell'esecuzione della colecistectomia.

La colecistite acuta lieve (grado I) è stata definita come insorta in un paziente che non presenta segni di disfunzione d'organo, consentendo la colecistectomia come procedura sicura e a basso rischio.

### 3.1

Ciò premesso, quanto al trattamento chirurgico da seguire, le linee guida ne definiscono chiaramente l'ambito:

solo per i pazienti con grado I (lieve), si raccomanda la colecistectomia in fase precoce entro 72 ore dall'insorgenza dei sintomi.

Per i pazienti con Grado II (moderato), in presenza di una grave infiammazione locale occorre eseguire un drenaggio biliare immediato: è indicato il drenaggio precoce della colecisti (percutaneo o chirurgico). Questo perché la colecistectomia precoce può essere di difficile esecuzione e comportare complicanze obiettivamente prevedibili.

Per i pazienti con Grado II (moderato) e III (severo), ad alto rischio chirurgico, occorre dunque una tempestiva gestione della grave infiammazione locale eseguendo immediatamente il drenaggio biliare. Per tali pazienti la colecistectomia dev'essere quindi ritardata ed eseguita dopo un intervallo di 3 mesi e solo dopo che le condizioni generali del paziente sono migliorate.

### 3.2

Quanto alle linee guida 2013 sul trattamento delle infezioni addominali, va premesso in termini generali che ogni fonte settica deve essere trattata immediatamente, pena un significativo incremento nella mortalità del paziente.

Le linee guida in materia individuano uno strumento diagnostico di screening per il paziente settico che individua i criteri per poter ritenere la sussistenza di una sepsi e di una sepsi severa.

### 4.

Venendo al caso di specie e facendo applicazione delle linee guida accreditate nella comunità scientifica, sopra richiamate, può ritenersi acclarato dall'istruttoria dibattimentale che alla data del ricovero in medicina d'urgenza del 14.01.2015, il paziente M si trovava in una situazione di sepsi severa secondo le linee guida sulla sepsi 2013, secondaria ad una colecistite acuta di grado III, cioè severa, secondo le menzionate linee guida di Tokio.

Quanto alla sepsi severa si rimanda a quanto puntualmente riscontrato dal dott. R a pag. 18 e 19 della consulenza tecnica. In sintesi, alla data del 14.01.2015 il paziente presentava i seguenti marcatori di sepsi severa: globuli bianchi superiori a 12.000, per l'esattezza 19.960; glicemia superiore a 120, per l'esattezza 211; un'idrope della colecisti ed una obiettività addominale che evidenziava un segno di Murphy positivo; un danno d'organo per bilirubina maggiore di 2, creatinina maggiore di 2 e INR maggiore di 1,5.

Quanto alla colecistite, la stessa si associava a disfunzione renale, come da indicatore della creatinina, ed a disfunzione epatica, come da indicatore INR, nonché ad addensamento flogistico polmonare destro, in paziente che già in passato era stato sottoposto ad intervento chirurgico per la presenza di rettocolite ulcerosa.

Pertanto, si trattava di colecistite acuta di grado III, severa secondo le linee guida di riferimento.

Si tratta di una conclusione che, occorre ribadirlo, non contrasta con quelle cui pervengono i consulenti del PM: gli stessi individuano chiaramente nelle date dell'11 o al massimo del 13 gennaio 2015 quelle in cui "il paziente era assolutamente ed immediatamente candidabile alla procedura chirurgica in urgenza di colecistectomia, rientrando peraltro nelle 72 ore dalla diagnosi clinica e strumentale di colecistite acuta".

Gli stessi consulenti del PM rappresentano invece che una sepsi ingravescente era già presente ed in atto al momento dell'intervento e che la diffusione del processo flogistico-infettivo al cavo addominale ebbe certamente a raddoppiare il rischio di complicanze perichirurgiche e di mortalità a lungo termine.

Particolarmente significative, sul punto, sono anche le precisazioni fatte in dibattimento dai consulenti del PM; gli stessi hanno chiarito che: “*la sepsi ingravescente era già in atto al momento dell'intervento e la verosimile complicanza da lesione misconosciuta della via biliare, che ha richiesto poi l'apposizione di uno stent biliare in data 30.01.2015, ha rappresentato un elemento di ulteriore peggioramento della prognosi, già tuttavia gravata in maniera sostanziale dall'esistenza di una peritonite ascessualizzata in evoluzione sistemica*”.

Ancora, i consulenti del PM hanno così individuato il momento di irreversibilità del processo patologico che ha condotto al decesso del M. *: “la presenza di ascessi pericolecistici (raccolte similascessuali) accertata in data 19.01.2015 (mediante TC) ed invece non dimostrata all'atto del ricovero del 13.01.2015, ci consente di individuare quale epoca di reversibilità chirurgica del processo che poi portò a morte il M. proprio il momento/periodo dell'accesso ospedaliero del 13.01.2015”.*

Non da ultimo, va trascritto quanto riscontrato dall'anestesista che ebbe a visitare il paziente prima dell'operazione del 22.01.2015: “*Paziente in stato settico...con rischio: grado III: malattia sistemica invalidante le funzioni vitali; e grado IV: malattia severa vitale permanente*”.

## 5.

Alla luce di tale evidenza probatoria, può dunque ritenersi accertato che allorquando il M. ~~ebbe~~ si ripresentò presso il P.S. in data 13.01.2015, per poi essere ricoverato in medicina d'urgenza in data 14.01.2015, vi era già un quadro di sepsi severa, secondo le linee guida sulla sepsi del 2013, legata ad una colecistite acuta di grado terzo, cioè severa secondo le linee guida di Tokio 2013.

Sulla scorta di tale quadro diagnostico il trattamento chirurgico doveroso, non attuato tempestivamente dai medici che ebbero in cura il M. non era dunque quello indicato nell'imputazione, ossia di colecistectomia laparoscopica, si ripete possibile soltanto in caso di colecistite di grado I o al più di grado II in assenza di infezioni o comorbilità

gravi; bensì un tempestivo intervento (nella specie mancato) di **COLECISTOMIA percutanea temporanea**, solo eventualmente seguita, a distanza di tempo, dalla colecistectomia laparoscopica, a raffreddamento del quadro settico in atto.

Quando fu eseguito l'intervento, in data 22.01.2015, si scelse un approccio chirurgico non rispettoso delle linee guida adeguate al caso concreto, intervenendo su un quadro clinico locale (estensione del versamento pericolicistico), loco/regionale (interessamento pleuro/polmonitico per contiguità, segni di ileo paralitico) e sistemico (sepsi grave) decisamente compromessi.

In sintesi era ormai una colecistite di grado III, con sepsi severa, che avrebbe indicato il preventivo approccio colecistomico percutaneo per il controllo della fonte settica, ed invece si decise di intervenire con la colecistectomia laparotomica che costituirà il presupposto della grave complicanza postoperatopria della peritonite biliare.

Può solo aggiungersi che la colecistostomia percutanea è una metodica conosciuta sin dagli anni 80 che consente di svuotare la colecisti del suo contenuto; il drenaggio decomprime la cistifellea e drena la bile. Questa decompressione riduce il processo infiammatorio nella cistifellea tanto che il drenaggio della colecisti è **seguito in genere da un miglioramento rapido dei segni clinici della colecistite acuta.**

Per questo le linee guida in materia ne impongono una rapida esecuzione rimandando la colecistectomia laparoscopica soltanto in seguito, programmandola in elezione, dopo aver ottenuto il superamento della fase critica della malattia.

## 6.

Così ricostruito l'accaduto, ritiene il Tribunale che il fatto-reato ascrivibile agli imputati sopra indicati è **diverso** da quello indicato nell'imputazione.

### 6.1.

Va premesso che, secondo la giurisprudenza di legittimità, per fatto diverso rispetto a quello contestato deve intendersi non solo un fatto che integri una imputazione diversa, restando esso invariato, ma anche un fatto che presenti connotati materiali e modalità della condotta differenti da quelli descritti nella contestazione originaria, rendendo necessaria una puntualizzazione della ricostruzione degli elementi essenziali del fatto (cfr. Cass sez. 3, s. n. 8965 del 16.01.2019; Cass. Sez. 3, s. n. 8078 del 10.10.2018).

## 6.2

Nel caso di specie, fermo il contesto spazio temporale delle condotte, ossia il comportamento tenuto dai medici dell'ospedale di Salerno in occasione del ricovero per colecistite acuta del paziente M... in medicina d'urgenza ed in chirurgia d'urgenza

dal 14 al 22 gennaio 2015 si rileva che:

- A M C ... è contestato di aver confermato, nella consulenza chirurgica del 19.01.2015, le scelte terapeutiche in atto, ossia non aver tempestivamente sottoposto il paziente al necessario intervento di colicistectomia per via laparotomica, effettuato solo in data 22.01.2015; all'esito del dibattimento, per contro, lo stesso è da ritenere responsabile di non aver tempestivamente candidato il paziente all'intervento di COLECISTOMIA percutanea temporanea.
- Quanto agli imputati A ... P ... e N ... , agli stessi è ascrivibile non l'errata esecuzione dell'operazione di colicistectomia anterograda per via laparotomica, bensì l'errata scelta nell'approccio chirurgico, in quanto sarebbe stato necessario l'intervento colecistomico percutaneo.

## 7.

Traendo le conclusioni, a fronte di tale quadro probatorio, emerso all'esito del dibattimento, è in primo luogo impossibile per il Tribunale addivenire ad una pronuncia di condanna dei predetti imputati.

La regola della necessaria correlazione tra accusa e sentenza è, anzitutto, funzionale al corretto svolgersi del contraddittorio, e a garantire la pienezza del diritto di difesa degli imputati. Il giudice è chiamato a pronunciarsi sulla responsabilità dell'imputato per i soli fatti descritti nel capo di imputazione, essendogli preclusa la possibilità di una pronuncia di condanna per un fatto che – come nella specie – risulti acclarato dal compendio delle prove acquisite all'esito dell'istruzione dibattimentale, ma sia “diverso” da quello contestato.

In tale ipotesi il Tribunale non può neppure pronunciare sentenza assolutoria degli imputati perché al Pubblico Ministero sarebbe preclusa ogni nuova azione penale, per effetto della regola generale del *ne bis in idem* di cui all'art. 649 c.p.p., con la conseguente non punibilità radicale – sia in ambito penale che civile – degli imputati che risultino comunque aver

commesso un reato/fatto illecito, seppur diverso da quello contestato (si rimanda, sul punto, a Corte Costituzionale, sentenza n. 230 /2022).

Soccorre in tal senso la previsione di cui all'art. 521 comma 2 c.p.p. che dispone che il giudice in questo caso non definisca il processo attraverso una pronuncia di condanna e neppure di assoluzione, ma restituisca gli atti al pubblico ministero perché questi possa procedere, se del caso e ferma ogni valutazione ritenuta di competenza, a un nuovo esercizio dell'azione penale sulla base del fatto emerso in giudizio.

P.Q.M.

Visto l'art. 521 comma 2 cpp, quanto agli imputati M C , A P e  
N A , rimette gli atti al PM.

Salerno, 6.03.2023

Il Giudice

dott Francesco Rossini