

TRIBUNALE DI VERCELLI

ATTESTA L'AVVENUTO PAGAMENTO
MEDIANTE MARCHE DA BOLLO PARI A €
Verce 23-3-16

17,28



N. 1488-13 R.G. Notizie reato
N. 2988-13 R.G. GIP

Sentenza n. 54
del 23.2.2016
Deposito
in Cancelleria
oggi 12 MAR. 2016

Il Cancelliere

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE ORDINARIO DI VERCELLI
SEZIONE DEI GIUDICI PER LE INDAGINI PRELIMINARI
Il Giudice Dr. Fabrizio Filice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento penale a carico di


██████████, nato a ██████████ il ██████████ residente in ██████████
██████████, difeso di fiducia dall'avv. Rino Casarotti del foro di Novara;

Libero presente

IMPUTAZIONE

in ordine al reato di cui all' art. 589 c.p. perché nella sua qualità di medico chirurgo presso l'Ospedale ██████████, struttura ove veniva ricoverata la signora ██████████ in data ██████████ per essere sottoposta a intervento di colecistectomia, procedendo dapprima all'operazione e successivamente osservandone l'esito, per colpa, e cioè per imperizia e imprudenza e segnatamente per aver proceduto all'intervento chirurgico in assenza di indicazioni alla colecistectomia anche in via laparoscopica, posto che apparentemente vi era presente soltanto una litiosi biliare asintomatica e quindi agendo in contrasto con le linee guida pubblicate sul punto (raccomandazione di tipo BL 2 della Consensus Development Conferences on laparoscopic cholecystectomy of the Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani -ACOI-, Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE); Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP); Fondazione Chirurgo Cittadino, European Association for Endoscopic Surgery)

per aver proceduto all'intervento nelle vicinanze se non nell'ambito di cicatrice relativa a precedente intervento subito dalla paziente, omettendo la valutazione dell'alto rischio di aderenze visceroparietali e/o viscerali causando la perforazione / lacerazione dell'intestino, contravvenendo con questa condotta alle norme di buona



prudenza e alle linee guida e raccomandazioni del caso (cfr. linee guida della Association of Laparoscopic Surgery of GB e Ireland - ALSGBI Prevention of complication in Laparoscopic Surgery; Benini, Manuale Pratico di Chirurgia Laparoscopica sulla frequenza delle lesioni viscerali con intervento laparoscopico) - provocando in tal modo una peritonite intestinale non tempestivamente diagnosticata e curata con conseguente insufficienza multiorgano e shock settico da cui derivava per la paziente la morte.
In [redacted] in data [redacted]

Conclusioni delle parti:

P.M.: condannarsi l'imputato alla pena finale di anni 2 e mesi 3 di reclusione, ed eventuali pene accessorie.

Difesa: assoluzione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Il dott. [redacted] viene giudicato in regime di giudizio abbreviato, regolarmente richiesto e ammesso nel corso dell'udienza preliminare, condizionatamente (art. 438/5 c.p.p.) all'esame del consulente tecnico della difesa (in assenza di perizia, ai sensi dell'art. 233 c.p.p.), cui si è proceduto all'udienza del 19.10.2015, e in esito al quale è stata acquisita memoria scritta a firma del predetto consulente tecnico, [redacted]

Il procedimento trae origine dal decesso della sig.ra [redacted], avvenuto presso l'ospedale di [redacted] il 17.7.2012.

La paziente è stata sottoposta a un intervento programmato di colecistectomia in video laparoscopia in data [redacted] eseguito dal dr. [redacted], medico chirurgo presso l'ospedale, al quale ha fatto seguito un nuovo intervento, in data 11.7.2012, resosi necessario per il trattamento della perforazione intestinale di un'ansa ileale originatasi nel corso del primo intervento.

La paziente è stata quindi ricoverata in Rianimazione dalla sala operatoria chirurgica in post-operatorio, ove si è verificato un progressivo peggioramento del quadro settico con grave compromissione multiorgano, che ha infine condotto all'*exitus*, occorso il 17.7.2012.

Il riscontro dell'esame autoptico effettuato il 18.7.2012 attesta, quale causa del decesso, una "insufficienza multiorgano da shock settico in peritonite postoperatoria da esiti di perforazione ileale. Esiti di colecistectomia".

Il P.M. ha disposto, nel corso delle indagini, due consulenze tecniche: la prima (consulenti Dr. [redacted] e Dr. [redacted]) depositata il 18.12.2012; la seconda (Dott. [redacted]) depositata il 30.6.2014.

I profili valutati dai consulenti in ordine alla responsabilità del medico chirurgo operatore, il [REDACTED] appunto, attengono in primo luogo all'elezione della via laparoscopica quale modalità esecutiva dell'intervento, in secondo luogo alle fasi preparatoria ed esecutiva dell'intervento e, in terzo, luogo, alla tempestività e alla correttezza del trattamento della complicanza insorta.

La prima consulenza ([REDACTED]) osserva che:

la diagnosi anatomico-patologica del riscontro diagnostico correla il decesso allo shock settico insorto a seguito della perforazione ileale;

la perforazione ileale è considerata una rara complicanza della colecistectomia laparoscopica;

il pregresso intervento laparotomico - cui la paziente era stata sottoposta qualche anno prima - con le sue conseguenti aderenze tra anse ileali e parete addominale, segnatamente l'ombelico, sede di introduzione del trocar da 10 mm con cui si inizia l'intervento, ha certamente aumentato le possibilità di insorgenza di questa complicanza;

alla luce di ciò è criticabile la scelta di effettuare l'intervento per via laparoscopica, tenuto conto del pregresso intervento laparotomico;

è discutibile la scelta dei sanitari di iniziare l'antibiotico terapia solo dopo il re-intervento, mentre i segni di sepsi erano già evidenti prima;

è vero che l'antibioprofilassi nella colecistectomia laparoscopica è facoltativa ma in questo specifico caso, avendo considerato la possibilità di complicanze, sarebbe stato opportuno attuarla;

in relazione al re-intervento era invece doveroso iniziare l'antibiotico terapia;

nessuna censura può essere invece formulata nei confronti dei medici che seguirono la paziente presso il S.C. Anestesia e Rianimazione;

Sulla base di tale svolgimento, i consulenti concludono nei seguenti termini:

Riteniamo che siano ravvisabili elementi di imprudenza e di negligenza nell'operato dei medici che ebbero in cura presso il reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale [REDACTED], la sig.ra [REDACTED] deceduta il 17.07.12.

La seconda consulenza ([REDACTED]), nel condividere sostanzialmente le conclusioni rassegnate dalla prima, impegna un più ampio svolgimento sia in ordine al profilo

della scelta e dell'esecuzione dell'intervento sia in ordine al profilo del trattamento della complicità e osserva che:

i primi consulenti del P.M. hanno illustrato nella loro precedente relazione l'apparente assenza di indicazioni alla colecistectomia, anche in via laparoscopica, posto che apparentemente vi era presente soltanto una litiasi biliare asintomatica;

in questo senso appare utile come riferimento la raccomandazione di tipo *EL2 - moderata I forte della Consensus Development Conferences on laparoscopic cholecystectomy of the Associazione Chirurghi Ospedalieri italiani (ACOI); Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE); Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP); Fondazione Chirurgo e Cittadino (Surgeon and Citizen Foundation) and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Pag. 22 - 23; che prevede come la colecistectomia laparoscopica profilattica in via sistematica della calcolosi biliare asintomatica sia da evitare, essendo riservato soltanto casi particolari che nella fattispecie non ricorrono*

in dottrina; per quanto riguarda la preparazione all'intervento, si prevede profilassi antibiotica e profilassi da trombosi venosa profonda;

alcuni chirurghi, anche se non obbligatoria, in via prudenziale, nonostante l'intervento di colecistectomia laparoscopica viene considerato, giustamente, un intervento "pulito", preferiscono l'attuazione, oltre alla terapia profilattica della trombosi venosa profonda, anche di una prudente profilassi antibiotica, nell'eventualità del verificarsi di complicanze note, nello specifico la lacerazione / perforazione viscerale con conseguente inevitabile infezione del cavo peritoneale, che viene invaso dal contenuto intestinale;

per quanto concerne la produzione della lesioni ileale iatrogena, dalla descrizione del secondo intervento chirurgico, eseguito in regime di urgenza, resosi indispensabile per la cura della peritonite, risulta che si è proceduto ad adesiolisi intestinale con il riscontro di una piccola lacerazione in un'ansa ileale adesa alla parete addominale in regione periumbelicale;

si è proceduto inoltre all'aspirazione del materiale e toilette della cavità peritoneale, asportazione di un tratto di intestino con alterata vascolarizzazione ed, infine, anastomosi entero-enterica, latero laterale;

gli importanti fenomeni aderenziali riscontrati risultano attribuibili ad esiti del precedente intervento chirurgico di isterectomia che la paziente aveva subito qualche anno prima;



l'ansa intestinale lacerata / perforata in sede peri-ombelicale corrisponde dunque alla sede dell'incisione perombelicale, propria della tecnica "open" utilizzata e successiva introduzione del trocar e del laparoscopio, risultando dunque probabile la sua lacerazione durante tale manovra;

in questo senso il fatto di essere intervenuti in prossimità di precedente sedi o cicatrici operatorie contravviene alle norme di buona prudenza e alle raccomandazioni proprie della tecnica;

inoltre le misure raccomandate del ripetuto controllo delle sedi di possibile lacerazioni viscerali specie in caso ed in sede di presenza di aderenze, sia durante l'introduzione del trocar e del laparoscopio, sia al momento della loro estrazione, non risultano dalla descrizione dell'intervento operatorio;

un riferimento in questo senso sono le linee guida della *Association of Laparoscopic Surgery of Great Britain and Ireland - ALSGBI Prevention of Complications in Laparoscopic Surgery*;

esplicitamente le suddette linee guida, nell'ambito delle misure di prevenzione le complicanze durante l'accesso chirurgico, specificatamente per la prevenzione della lesione dell'intestino prevedono: "*Bowel perforation: Keep clear of scars. Look inside port with laparoscope before you turn on the insufflation. Examine the primary insertion site at the end of procedure*", tradotto: *Perforazione dell'intestino: stare lontani delle cicatrici. Guardare all'interno del port con il laparoscopio prima di iniziare l'insufflazione (pneumoperitoneo). Esaminare la sede di inserimento iniziale alla fine della procedura.*

Dalla descrizione dell'intervento non risulta che queste operazioni siano state messe in atto;

la naturale evoluzione della perforazione intestinale misconosciuta, come complicanza del colecistectomia laparoscopica è la peritonite che si sviluppa in giro di 6-24 ore, portando con sé anche complicanze di tipo settico;

utili come riferimento in questo senso sono le linee guida dell'associazione Britannica dei Chirurghi Laparoscopici per la gestione delle complicanze della chirurgia laparoscopica - *2004 ALSGBI Guidelines on the Management of Complications Mr C R Kapadia and Professor M J McMahon Published September 2004*;

le linee guida sottolineano come mentre la chirurgia laparoscopica offre molti vantaggi per i pazienti, è diventato evidente come le sue complicanze hanno delle presentazioni cliniche più subdole rispetto alla chirurgia convenzionale,

per via laparotomica. Diventa dunque vitale che le serie complicanze intraperitoneali siano riconosciute rapidamente e prontamente; di modo che i vantaggi che chirurgia laparoscopica siano pienamente benefiche per il paziente;

sostanzialmente se viene sospettata una complicanza intra addominale occorre richiedere: re-laparoscopia oppure tomografia computerizzata e non perdere tempo;

per la prevenzione delle complicazioni intra-addominali della chirurgia laparoscopica, occorre:

1. Mantenere sempre la visione migliore possibile
2. Evitare di usare strumenti acuminati salvo se assolutamente necessario
3. Adoperare estrema cautela con l'uso della diatermia o degli strumenti ad ultrasuoni (ricordare che la punta degli strumenti può rimanere calda anche se l'alimentazione è stata spenta)
4. Controllare se l'intestino non è stato leso durante l'accesso
5. Prima di lasciare la cavità addominale aver cura di controllare tutte le aree dove lesioni dei tessuti possono essere avvenute
6. Ispezionare tutte le sedi di incannulazione dopo il ritiro della cannula alla fine delle operazioni (applicare un dito sopra la ferita cutanea al momento dell'ispezione così che l'eventuale sanguinamento avverrà all'interno della cavità addominale e potrà essere visto facilmente)
7. Laddove necessario, utilizzare un drenaggio
8. alla fine, assicurarsi che a tutti i pazienti siano stati forniti appropriati dettagli di contatto e siano stati istruiti di contattare l'ospedale, piuttosto che il loro medico di famiglia o un altro ospedale nel caso insorgessero dei problemi;

a fronte delle suddette raccomandazioni delle linee guida, si nota come l'insorgenza delle complicanze intra-addominali dell'intervento di colecistectomia laparoscopica al quale è stata sottoposta la Sig.ra [REDACTED] cominciarono a manifestarsi nel pomeriggio del 09. 07. 2012, a poche ore da intervento, al momento del trasferimento nel reparto di chirurgia e diventavano riconoscibili dopo le ore 17,00, essendo sempre più palesi durante la notte con il peggiorare delle condizioni, sotto l'aspetto del dolore e dell'obiettività addominale, che necessitava di costante terapia;

infatti alla visita del mattino successivo, alle ore 8,30, il [REDACTED], annotava nel diario clinico: "domani ore 6 urgenza";

a fronte delle raccomandazioni delle linee guida fin qui esposte, rimane incomprensibile perché non si sia proceduto immediatamente ad esame

tomografico addominale d'urgenza e immediato intervento chirurgico contestualmente all'inizio della terapia antibiotica;

questo avrebbe con ogni probabilità impedito sia il deterioramento delle condizioni generali della paziente, sia l'instaurarsi della sepsi e dello shock settico con necessita, poi, di intervenire su paziente in stato di shock e di scompenso funzionale multiorgano; diminuendo di gran lunga le possibilità di sopravvivenza del paziente, così come chiaramente illustrato dalle linee guida;

si interveniva dunque, in via laparotomica (doverosamente), almeno ventiquattr'ore

tardi rispetto a quanto previsto delle linee guida, per la cura chirurgica della peritonite e la ripa ragione della lacerazione / perforazione intestinale, sul paziente con condizioni generali funzionali notevolmente compromesse, diminuendo sostanzialmente le possibilità di sopravvivenza;

infatti la terapia intensiva postoperatoria somministrata, per quanto adeguata, non è riuscita a scongiurare la causa terminale del decesso ovvero il progressivo instaurarsi dell'insufficienza multiorgano;

concludendo, si può affermare che la condotta dei sanitari che ebbero in cura la Sig.ra

si è dimostrata in contrasto con linee guida di prevenzione e gestione delle complicanze della chirurgia laparoscopica in generale e della colecistectomia laparoscopica in particolare, sotto gli aspetti della diligenza, prudenza e della tempestività;

Si è inoltre evidenziata l'esistenza del nesso di causalità materiale tra tale comportamento e il decesso della paziente;

inoltre, è risultata non chiara indicazione ad intervento chirurgico, risultando dalla documentazione sanitaria come la Sig.ra fosse affetta soltanto da calcolosi biliare asintomatica;

la colecistectomia laparoscopica profilattica in via sistematica della calcolosi biliare asintomatica è ritenuta dalle linee guida, così come illustrato, da evitare, essendo riservata soltanto casi particolari che nella fattispecie non risultano presenti;

Sulla base di tale svolgimento, il secondo consulente conclude nei seguenti termini:

1. Gli accertamenti autopsici ed istopatologici sul cadavere di [redacted] hanno evidenziato un quadro anatomopatologico rappresentato da:

"Insufficienza multiorgano, da shock settico, in peritonite postchirurgica, da esiti di perforazione ileale. Esiti di colecistectomia".

2. Tale quadro anatomopatologico, che ha condotto alla morte della Sig.ra [redacted], appare coerente anche con l'evoluzione clinica così come descritta.

3. Dal punto di vista della catena fisiopatologica nel determinismo della morte si individuano dunque:

- a. Causa iniziale: lesione iatrogena ileale.
- b. Causa intermedia: peritonite postchirurgica con shock settico.
- c. Causa terminale: insufficienza multiorgano.

4. Nell'ambito della suddetta catena fisiopatologica sono state individuate condotte determinanti dei sanitari curanti, che sono risultate in contrasto con quelle previste dalle linee guida per la prevenzione e gestione delle complicanze della chirurgia laparoscopica in generale e della colecistectomia laparoscopica in particolare e dunque carenti sotto gli aspetti della diligenza, prudenza e della tempestività.

5. Si ritiene pertanto che si possa affermare l'esistenza del nesso di causalità materiale tra tale comportamento ed il decesso della paziente.

6. Sempre secondo le linee guida, l'intervento di colecistectomia laparoscopica per la litiasi biliare asintomatica di cui risulta soffriva la Sig.ra [redacted] assumendo connotati di profilassi, risulta nel caso specifico non indicato.

Il consulente della difesa, Dr. [redacted], sentito, come si è detto, con le forme dell'art. 253 c.p.p. in regime di integrazione probatoria disposta ai sensi dell'art. 438/5 c.p.p., si discosta dalle considerazioni e dalle conclusioni raggiunte dai consulenti del P.M., e osserva che:

La perforazione intestinale è una complicanza rara, ma possibile, non solo della colecistectomia laparoscopica ma di tutti gli interventi laparotomici e laparoscopici. In laparotomia riconosce come causa la lesione diretta con strumenti taglienti o la compressione e il pinzamento con strumenti smussi. In laparoscopia può dipendere da lesione diretta del trocar introdotto in addome o da lesione di strumenti sull'ansa. Il riconoscimento della perforazione può essere immediato (fuoriuscita di contenuto intestinale per lesione da taglio o perforativa) o tardivo (lesione da strumento smusso con perforazione che si manifesta dopo uno o più giorni). Nel caso in oggetto la perforazione è avvenuta con lo stesso meccanismo delle perforazioni laparotomiche perché è stato eseguito un accesso con mini-laparotomia per introdurre il trocar sotto visione. Nessuna manovra, quindi, è stata compiuta alla cieca con rischio di

lesione e, presumibilmente, la lesione dell'ansa è avvenuta per compressione smussa, come dimostra il tempo di manifestazione. La perforazione è stata coperta da altre anse intestinali con aderenze e, pertanto, si è manifestata tardivamente senza possibilità di intervenire prima.

La letteratura internazionale evidenzia una incidenza tra lo 0,1- 0,3 % di tale complicanza e sottolinea le difficoltà che si incontrano nella diagnosi tempestiva della lesione per molteplici fattori (*Perforation of the small Bowel as a complication of laparoscopic cholecystectomy: CT findings. Aut. Amy C. Ho, Elliot K. Fishman — Department Of Radiology and Radiological Science. The John Hopkins Medical Institution. Journal of Clinical Imaging 204-206*)

La "complicanza" consiste, per definizione, in un processo patologico o evento ("adverse events") che si verifica durante una malattia, che non è una parte essenziale della malattia stessa, ma può risultare dalla malattia o da cause indipendenti.

Come si può ben comprendere la complicanza in campo di atto medico/chirurgico non esclude in alcun modo la fattispecie dell'errore in ambito di responsabilità professionale.

In medicina legale è, allora, necessario stabilire la sussistenza o l'esclusione di un puntuale nesso di causalità tra l'accertata complicanza, come sopra definita, e la specifica procedura posta in essere dallo specialista ospedaliero.

La dottrina medico legale precisa che le complicanze in ambito di attività medico chirurgica sono da imputare a responsabilità professionale allorché sono la conseguenza di comportamenti e di procedure commissivi o omissivi che determinano un danno prevedibile, ponderabile ed evitabile. In altre parole, la responsabilità professionale del Medico si configura allorché il suo comportamento determina un danno evitabile, cioè un evento avverso che era possibile non cagionare o impedire a maggior ragione se il Medico è un abile professionista che opera in una struttura ospedaliera specialistica quale l'Ospedale di [REDACTED]

Nel reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale di [REDACTED], nel triennio 2009-2012 sono state eseguiti 616 interventi di colecistectomia laparoscopica, di cui lo 84% in regime di Day Surgery, senza complicanze significative salvo la presente oggetto di questa relazione.

Inoltre come i dati pubblicati da [REDACTED] evidenziano una percentuale del 97,3 % di procedure laparoscopiche eseguite nella Chirurgia Generale dell'Ospedale di [REDACTED] questo dato rilevato e pubblicato dall'Agenzia Nazionale per la Sanità Regionale definisce l'affidabilità e l'esperienza della équipe con questa tecnica.

Con un successivo addendum - le cui conclusioni sono state parimenti esposte dal consulente nel corso del suo esame - il Dr. [redacted] compie un esame più approfondito sulle censure mosse all'operato del Dr. [redacted] dal secondo consulente del P.M., Dr. [redacted] e osserva che:

L'indicazione all'intervento appare corretta in quanto l'intervento è stato eseguito per calcolosi sintomatica. La Signora si era riferita precedentemente anche ad altri medici ed alla struttura ospedaliera stessa per dolori addominali ed il fatto che in anamnesi non siano riportati precedenti di coliche significa solo che l'anamnesi è incompleta e non raccolta con accuratezza. Il medico che conduce la visita preoperatoria segnala all'esame obiettivo il segno di Murphy positivo, altrimenti detto "segno del punto colecistico" ed indicato in tutti i trattati di semeiotica medica e chirurgica come un chiaro segno di patologia in atto della colecisti. Affermare che la calcolosi della colecisti era asintomatica, significa ritenere come verità una omissione di raccolta anamnestica (O. vero cioè che non è menzionato) e ritenere non vero ciò che viene chiaramente indicato come presente da una visita medica referata come esame obiettivo pre-operatorio).

Per quanto riguarda il riferimento alla terapia antibiotica in profilassi secondo le linee guida non è indicata in interventi puliti quali la colecistectomia, soprattutto in questa paziente con riferite allergie che non possono mai essere escluse con certezza anche da prove ripetute. Il fatto che il perito citi la consuetudine dell'esperienza pratica in questo caso e si affidi le evidenze delle linee guida in altri sembra più la ricerca di argomenti a favore di una tesi di colpa che non la ricerca della verità.

Il riferimento alle linee guida dell'*Association of Laparoscopic Surgery of Great Britain and Ireland - ALSGBI Prevention of Complications in Laparoscopic Surgery* appare corretto ma la sua interpretazione non lo è altrettanto. In Gran Bretagna ed in Wanda l'incisione per l'introduzione viene eseguita da tutti i chirurghi in regione sotto-ombelicale sulla linea dell'incisione ombelico-pubica. In Francia, Italia ed altri paesi europei l'introduzione del primo trocar è sempre eseguita in regione sopra-ombelicale. Pertanto l'introduzione del trocar avvenuta con tecnica open è stata eseguita in sede sufficientemente lontana dalla cicatrice sotto-ombelicale. La raccomandazione di allargare la laparotomia sotto-ombelicale fino a 3cm. per esplorare l'eventuale adesione delle anse non è applicabile tout court alla incisione sopraombelicale dalla quale si esplora abitualmente la sede di introduzione del trocar che risulta protetta per la presenza all'ombelico dell'inserzione del ligamento epato-ombelicale. La stessa citazione delle percentuali di lesioni di anse intestinali da parte dei trocars indica come questa evenienza sia da considerare una complicanza non infrequente e non un errore. La sua prevenzione è stata praticata con l'introduzione del primo

trocar con tecnica open e nella sede più lontana possibile dalla cicatrice in considerazione dell'intervento da praticare. Utilizzando la tecnica *open laparoscopy* l'esplorazione della cavità addominale per la ricerca di anse intestinali adese al peritoneo nella sede di introduzione del trocar viene eseguita contestualmente all'apertura del peritoneo stesso sotto vista: le anse adese non nel punto di introduzione non vengono prese in considerazione per una viscerolisi non necessaria all'intervento programmato (rischio di overtreatment con produzione di complicazioni inutili non correlate alla patologia da curare).

La lesione dell'ansa è stata, probabilmente, provocata da un decubito del trocar e, per questo, si è manifestata tardi e sarebbe stata misconosciuta ad un esame immediato.

Gli autori citati dal perito indicano una serie di manovre chirurgiche che conducono a lesioni da trocar delle anse intestinali e che essi considerano errori: Introduzione incauta del trocar che possono ledere un viscere sottostante; Manipolazione traumatica di segmenti intestinali; Danno termico accidentale di visceri; Strumenti acuminati mantenuti in addome senza visione diretta; Abbandono di strumenti in addome durante manovre di desufflazione; Dissezioni difficili, specie in presenza di peritoniti plastiche. Nessuna di queste manovre può essere imputata al Dr. [REDACTED]

Al contrario tutte le manovre consigliate per la prevenzione delle suddette lesioni sono state eseguite dal Dr. [REDACTED]. Evitare la coagulazione se non necessaria in prossimità di visceri cavi; Impiegare correttamente i trocar; Non manipolare l'intestino dilatato (occlusioni) afferrandone la superficie sierosa ma piuttosto il meso; Manipolare l'intestino con pinze da presa delicate e poco traumatiche (es. pinza di Johann); Non abbandonare strumenti (soprattutto se collegati al coagulatore) in addome e non effettuare manovre senza visione; Mantenere un adeguato valore di pneumoperitoneo; Effettuare l'adesiolisi in prossimità delle anse con le forbici, senza coagulare.

Per quanto riguarda il tempo intercorso per riconoscere la complicanza e trattarla il perito cita ancora le predette linee guida di Gran Bretagna e Wanda, confermando che la peritonite legata a perforazione di visceri è subdola con manifestazione anche tardiva e non facilmente rilevabile. Bisogna innanzitutto considerare che non sappiamo quando si è prodotta la soluzione di continuo dell'ansa intestinale: secondo la logica si tratta di una perforazione in due tempi successiva a trauma da compressione del trocar ottico. In caso contrario si sarebbe rilevata bile all'esplorazione dell'addome condotta dal Dr. [REDACTED] alla fine dell'intervento. Inoltre la condotta postoperatoria dei medici curanti è stata improntata a prudenza e diligenza, con la ripetizione di esami di laboratorio e di imaging (ecografia e TAC) e l'intervento immediato quando le condizioni cliniche hanno manifestato un peggioramento. Nessuno dei sintomi elencati nelle linee guida come segnale di allarme (dolore addominale che necessita di terapia oppiacea; anoressia

con reticenza a bere; - reticenza a mobilizzarsi; - nausea; - vomito; - tachicardia; - contrazione della diuresi; - aritmia cardiaca) era presente fino al peggioramento evidenziato alle ore 2 del giorno 11/7 e subito seguito dall'intervento chirurgico.

Riguardo l'osservazione che l'intervento in urgenza viene eseguito a situazione gravemente compromessa e doveroso considerare che la situazione era gravemente compromessa non per errore o ritardo medico, ma per la particolare gravità della peritonite enterica, come in rari casi si verifica per particolare virulenza infettiva unita alla aggressione chimica della bile. La Signora è stata rioperata circa 36 ore dopo la conclusione del primo intervento, e solo poche ore prima (ore 17,30 del 10/7) non esistevano condizioni cliniche, responsi di esami di imaging (Ecografia e TAC) o esami di laboratorio che indicassero un quadro di peritonite. In quest'ottica anche la somministrazione di antibiotico segnalata dal perito come ritardata di 4 ore rispetto l'inizio dell'intervento, non appare determinante per il decorso.

Si conclude pertanto in disaccordo con il perito che i chirurghi hanno seguito con prudenza, diligenza e competenza le linee guida in materia, anche quelle citate dal perito stesso. L'intervento è stato eseguito per calcolosi della colecisti sintomatica e la scelta di non procedere ad antibiotico profilassi è corretta e prudente: quali sarebbero oggi le accuse se la Signora avesse avuto una reazione allergica con esito infausto per la somministrazione di antibiotico in profilassi? L'introduzione del trocar avvenuta secondo le linee guida nel punto, utilizzabile per l'intervento, più lontano della cicatrice. La tecnica applicata ha permesso l'esplorazione del sito di introduzione per la ricerca di aderenze: tale ricerca non va estesa a tutto l'addome ma solo al sito di introduzione per evitare lesioni dirette: nel caso in esame, la lesione è avvenuta in maniera indiretta per compressione e si è manifestata in due tempi. Se anche con una laparotomia ampia si fosse vista la lesione al termine dell'intervento, la stessa non sarebbe stata probabilmente trattata perché nella fase iniziale si presenta come una macchia simile ad un banale ematoma. I minimi segni di malessere manifestati dalla Signora sono stati considerati con prontezza ed attenzione e ne è stata cercata la causa con ripetuti esami di laboratorio e strumentali di imaging senza che nulla fosse evidenziabile. Alla manifestazione di sintomi evidenti di peritonite si è proceduto all'intervento immediato senza perdite di tempo. L'evento in oggetto rappresenta una complicanza purtroppo non rarissima e con esito incerto ed infausto: la condotta dei medici conferma che di complicanza si tratta in questo caso e non di errore o colpa.

Ora, preso atto degli svolgimenti enucleati dai consulenti del P.M. e dal consulente della difesa, e delle relative, difformi, conclusioni, il Giudice non ritiene necessario disporre, con le forme dell'integrazione *ex officio* ai sensi dell'art. 441/5 c.p.p., un'ulteriore perizia medico-legale-specialistica. In quanto le ampie considerazioni

svolte dai consulenti consentono un inquadramento completo e nient'affatto lacunoso del caso, trattandosi, piuttosto, di fare debita applicazione del principio del «libero convincimento»: in base al quale il Giudice, pur in assenza di una perizia d'ufficio, può scegliere, tra le diverse tesi prospettate dai consulenti delle parti, quella che ritiene condivisibile; purché dia motivatamente conto delle ragioni della scelta nonché del contenuto della tesi disattesa e delle deduzioni contrarie delle parti (cfr. Cass. Sez. 4, Sentenza n. 8527 del 13/02/2015, Sartori, Rv. 263435).

Ora, ritiene il Giudice che tra le varie soluzioni prospettate sia maggiormente condivisibile quella rassegnata dal consulente della difesa, Dr. [REDACTED].

Risulta infatti da quanto precede come l'elaborazione del Dr. [REDACTED] si contraddistingua per un dominio completo e onnicomprensivo di tutti gli aspetti tecnici coinvolti dal caso e sveli, per questo, anche errori valutativi, e interpretativi, ascrivibili alle consulenze del Pubblico Ministero.

In primo luogo il Dr. [REDACTED] con precisi riferimenti alla dottrina e ai dati statistici internazionali, attesta che la perforazione intestinale è una complicanza rara ma possibile; non solo della colecistectomia laparoscopica ma di tutti gli interventi laparotomici e laparoscopici. In laparotomia riconosce come causa la lesione diretta con strumenti taglienti o la compressione e il pinzamento con strumenti smussi.

La letteratura internazionale evidenzia una incidenza tra lo 0,1-0,3 % di tale complicanza e sottolinea le difficoltà che si incontrano nella diagnosi tempestiva della lesione per molteplici fattori.

La "complicanza" consiste, per definizione, in un processo patologico o evento che si verifica durante una malattia, che non è una parte essenziale della malattia stessa, ma può risultare dalla malattia o da cause indipendenti.

La complicanza in campo di atto medico/chirurgico non esclude in alcun modo la fattispecie dell'errore in ambito di responsabilità professionale.

La dottrina medico legale precisa che le complicanze in ambito di attività medico chirurgica sono da imputare a responsabilità professionale allorché sono la conseguenza di comportamenti o procedure, di carattere commissivo od omissivo, che determinano un danno prevedibile, ponderabile ed evitabile.

Nel caso di specie, alla luce di una corretta interpretazione delle linee guida dell'Association of Laparoscopic Surgery of Great Britain and Ireland - *ALSGBI Prevention of Complications in Laparoscopic Surgery* - va constatato che l'introduzione del trocar è avvenuta con tecnica "open" ed è stata eseguita in sede sufficientemente lontana dalla cicatrice sotto-ombelicale.

La raccomandazione di allargare la laparotomia sotto-ombelicale fino a 3 cm per esplorare l'eventuale adesione delle anse non è applicabile tout court alla incisione sopraombelicale, dalla quale si esplora abitualmente la sede di introduzione del trocar, che risulta protetta per la presenza all'ombelico dell'inserzione del ligamento epato-ombelicale.

La stessa citazione delle percentuali di lesioni di anse intestinali da parte dei trocars indica come questa evenienza sia da considerare una complicanza non infrequente e non un errore.

La sua prevenzione, nella fattispecie, è stata praticata con l'introduzione del primo trocar con tecnica "open" e nella sede più lontana possibile dalla cicatrice in considerazione dell'intervento da praticare.

Quanto agli ulteriori due aspetti sollevati dall'atto imputativo - l'indicazione dell'intervento in relazione alle condizioni della paziente e la profilassi antibiotica - il Dr. [REDACTED] osserva anzitutto che l'indicazione all'intervento appare corretta, in quanto l'intervento è stato eseguito per calcolosi *sintomatica*.

La paziente si era riferita precedentemente anche ad altri medici e alla struttura ospedaliera stessa per dolori addominali e il fatto che in anamnesi non siano riportati precedenti di coliche significa solo che l'anamnesi è incompleta e non raccolta con accuratezza; si che affermare che la calcolosi della colecisti era *asintomatica*, significa ritenere come verità una omissione di raccolta anamnestica (o vero ciò che non è menzionato) e ritenere non vero ciò che viene chiaramente indicato come presente da una visita medica refertata come esame obiettivo pre-operatorio.

Per quanto riguarda il riferimento alla terapia antibiotica in profilassi, secondo le linee guida essa non è indicata in interventi puliti quali la colecistectomia, soprattutto in questa paziente con riferite allergie che non possono mai essere escluse con certezza anche da prove ripetute.

Al riguardo poi, il dr. [REDACTED] focalizza l'asimmetria "selettiva" dei parametri valutativi offerti del consulente del P.M., Dr. [REDACTED], il quale riguardo agli altri punti focali dell'imputazione impernia le proprie considerazioni sulle linee guida - peraltro travisandole - e su questo solo punto, invece, dando atto che effettivamente le linee guida non prevedono la profilassi antibiotica per tale tipologia di intervento, cita invece la "consuetudine dell'esperienza pratica", con riflessa messa in non cale della coerenza logica complessiva della sua ricostruzione.

Quanto, infine, alla gestione del decorso postoperatorio, il Dr. [REDACTED] dà atto che esso non ha rivelato segni di allarme di patologia perforativa, sia per i risultati degli esami ematochimici che per i risultati degli esami di imaging (TC).

La sintomatologia dolorosa è stata controllata con la normale terapia analgesica.

Il decorso post-operatorio è stato seguito con prudenza, diligenza e perizia, ricorrendo all'ausilio sia degli esami ematochimici ripetuti a breve scadenza che degli esami di imaging (TC). Purtroppo nulla è stato possibile evidenziare che facesse supporre una patologia perforativa.

La causa di tale impotenza viene rilevata nel secondo intervento quando, per evidenziare la perforazione intestinale, è necessario eseguire prima una accurata viscerolisi: ciò dimostra che si trattava di una perforazione coperta, che non dà conseguenze immediate (spandimento biliare immediato con peritonite diffusa) ma ha un andamento subdolo e si rivela tardivamente, quando la pressione del liquido vince la contropressione delle aderenze.

Per tale motivo è stato impossibile porre una diagnosi più precoce, e ciò nonostante l'atteggiamento prudente e diligente dimostrato dai medici, come sopra più volte evidenziato dal riesame dei fatti.

Va ritenuta, pertanto, la ricostruzione degli elementi del fatto tipico quale desumibile dalla consulenza [redacted], in punto: a) correttezza dell'indicazione dell'intervento; b) attinenza alle linee guida sia nella fase preparatoria dell'intervento (con particolare riguardo all'omessa profilassi antibiotica) che nella sua esecuzione; c) qualificazione della perforazione intestinale in termini di "complicanza" statisticamente rilevabile e non di errore; d) correttezza della gestione della complicanza.

Non resta, ora, che l'implementazione, su tale piattaforma fattuale, della disciplina vigente in tema di colpa professionale medica.

L'art. 3 della legge 8/11/2012 n. 189 (c.d. Legge Balduzzi) prevede che l'esercitante la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.

Dopo oscillazioni giurisprudenziali il «diritto vivente» ha definitivamente accolto la tesi che tale previsione integri una *abolitio criminis* parziale, fruibile dal sanitario che, in un contesto di generale attinenza a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, sia incorso, appunto, in "colpa lieve".

L'iniziale prospettazione - sino a tempi recenti affermata dall'*jus receptum* - di una supposta limitazione della Balduzzi al solo profilo dell'imperizia, con la conseguenza che l'esenzione non opererebbe per gli errori connotati da negligenza o imprudenza, pur in presenza dell'attinenza alle linee guida e di un grado lieve della colpa, è opinatamente dismessa dagli arresti più recenti (si veda Cass., Sez. IV, 19 gennaio 2015, n. 9923): essendo chiaro che l'intento originario del Legislatore era non altro - e non meno - che il ricorso allo strumento della *abolitio criminis* parziale in riferimento a tutti i casi di colpa lieve connotati dal rispetto, da parte del sanitario,

delle linee guida; senza alcuna limitazione a una sola delle forme di colpa di cui al terzo capoverso dell'art. 43 cod. pen.

Nel caso di specie, tuttavia, non sembra il caso di ricorrere all'applicazione della Balduzzi, posto che, acquisita, per le esposte ragioni, la ricostruzione del caso come rassegnata dalla consulenza S. [redacted], l'assoluzione del Dr. [redacted] deve essere fondata *in primis* sull'assenza di dati che inducessero il sanitario a discostarsi dalle linee guida, sia per quanto concerne l'indicazione dell'intervento, che per la fase preparatoria (senza profilassi antibiotica), per quella esecutiva e per quella successiva.

Nella sostanza, le linee guida sono state sempre rispettate e non si è ravvisato motivo per discostarsene. Il medico si è dunque correttamente attenuto a esse. Si che, semplicemente, non c'è colpa.

Solo in subordine, e in riferimento al solo profilo dell'omessa profilassi antibiotica in via preventiva, si può prendere in considerazione l'ipotesi del dovere, per il medico, di discostarsi dalle linee guida e somministrare la terapia.

È però anche in questo caso, posto che, come ha riferito il Dr. [redacted], detta terapia non è indicata dalle linee guida in interventi puliti quali la colecistectomia e si trattava di una paziente con riferite allergie che non possono mai essere escluse con certezza anche da prove ripetute, non potrebbe che concludersi per una colpa *lievissima* del sanitario: colpa che, di fatto, si risolverebbe nel contestare al medico di non avere avuto la giusta intuizione.

È a nulla varrebbe il constatare che detta violazione attiene alla categoria colposa della *prudenza*: proprio per la già rappresentata adesione di questo Giudice al più recente orientamento di legittimità che ritiene, conformemente all'*Original Intent* della norma, di non introdurre nel testo normativo limiti applicativi allo stato non previsti; per introdurre i quali sarebbe necessario un intervento modificativo del Legislatore in questo senso: riformulando il testo della norma con l'espressa limitazione della sua operatività ai casi in cui l'evento lesivo sia cagionato a causa di *imperizia*.

Consegue a quanto sopra la piena assoluzione del Dr. [redacted] per insussistenza del fatto.

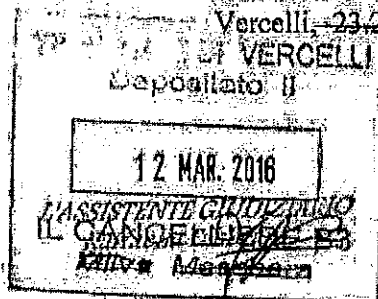
P.Q.M.

visti gli artt. 442, 530 c.p.p.

Assolve [redacted] dal reato ascrittogli perché il fatto non sussiste;

Motivazione in giorni 60 ex art. 544 co. 3 c.p.p.

Vercelli, 23.2.2016



16

Il GUP
Dott. Fabrizio Filice

