ASLCarbonia

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA

Deliberazione n. 492

Adottata dal Direttore Generale in data 13 MAG. 2009

OGGETTO: Art. 25 CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del SSN 1998/2001 – Procedimento penale n. 4095/06 R.N.R. – Sentenza di non luogo a procedere n. 489/2008 pronunciata dal GUP presso il Tribunale Ordinario Penale di Cagliari — Rimborso spese legali ai Dott.ri P.P.C., A.M., I.P., G.S., C.B., G.P e A.T.

SU PROPOSTA del Direttore Amministrativo, il quale:

PREMESSO che l'art. 25 del CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del SSN 1998/2001 prevede che l'Azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile e/o penale nei confronti di un dipendente per fatti connessi all'espletamento dei compiti d'ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto d'interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, fornendo al dipendente la difesa;

PREMESSO che i dottori in epigrafe, dipendenti dell'ASL 7 di Carbonia, sono stati sottoposti, per fatti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio, a procedimento penale n. 489/2008 R.N.R. per il reato di cui agli artt. 113 e 589 c.p.;

DATO ATTO che nei loro confronti è stata pronunciata dal GUP presso il Tribunale Ordinario Penale di Cagliari la sentenza di non luogo a procedere n. 489/2008, che si allega alla presente per farne parte integrante, passata in giudicato il 26.02.2009;

VISTO l'art. 25 del CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del SSN 1998/2001, il quale prevede che nel caso di conclusione favorevole del procedimento a carico del dipendente l'Azienda debba procedere al rimborso delle spese legali da questo sostenute per il patrocinio legale;

ACQUISITE la nota n 8595 del protocollo aziendale del 27.04.2009 e le fatture n. 25, 26 e 27 del 06.04.2009 di pari importo, € 10.965, 76, rilasciate dal medesimo difensore di fiducia dei Dott.ri P.P.C., A.M e I.P., che si allegano alla presente per farne parte integrante;

ACQUISITA la nota n 17058 del protocollo aziendale del 04.08.2008 che si allega alla presente per farne parte integrante, con la quale il Dott. G.P., ai sensi della normativa sopra richiamata, chiede il rimborso delle spese legali sostenute per la propria difesa in giudizio nell'ambito del suddetto procedimento penale allegando, le fatture n. 35 del 20.11.2007 di € 1.000,00 e n. 18 del 21.07.2008 di € 7.193,14 rilasciate dal proprio difensore di fiducia;

ACQUISITE le note n 19131 e n. 19133 del protocollo aziendale del 09.09.2009, che si allegano alla presente per farne parte integrante, con le quali le Dott.sse C.B. e G.S., ai sensi della normativa sopra richiamata, chiedono il rimborso delle spese legali sostenute per la propria difesa in giudizio nell'ambito del suddetto procedimento penale allegando le fatture n. 46/08 e 42/08 del 01.09.2008 di pari importo, € 7.547,24 rilasciate dal medesimo difensore di fiducia;

ACQUISITE la nota n 8797 del protocollo aziendale del 30.04.2009 e la nota del 02.10.2008, che si allegano alla presente per farne parte integrante, con le quali il Dott. A.T., ai sensi della normativa sopra richiamata, chiede il rimborso delle spese legali sostenute per la propria difesa in giudizio nell'ambito del suddetto procedimento penale e allega la fattura n. 48 del 17.09.2008 di € 7.547,24 e la notula spese rilasciate dal proprio difensore di fiducia;

RITENUTO che nel caso di specie ricorrono gli estremi di cui al sopra citato art. 25 e che, pertanto, i Dott.ri P.P.C., A.M., I.P., G.S., C.B., G.P e A.T, in quanto indenni dalla responsabilità ascritta, hanno diritto di ottenere il rimborso delle spese legali sostenute per la difesa nel procedimento di cui trattasi;

IL DIRETTORE GENERALE

SENTITO in merito il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

DELIBERA

per i motivi esposti in narrativa, che qui s'intendono integralmente riportati:

- di liquidare al Dott. P.P.C., sulla base della fattura allegata n. 25 del 06.04.2009 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 10.965, 76;

- di liquidare al Dott. A.M., sulla base della fattura allegata n. 26 del 06.04.2009 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 10.965, 76;

- di liquidare alla Dott.ssa I.P., sulla base della fattura allegata n. 27 del 06.04.2009 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 10.965, 76;

- di liquidare al Dott. G.P., sulla base delle fatture allegate n. 35 del 20.11.2007 e n. 18 del 21.07.2008 rilasciate dal difensore di fiducia, l'importo di € 8.193,14;

- di liquidare alla Dott.ssa C.B., sulla base della fattura allegata n. 46/08 del 01.09.2008 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 7.547,24;

- di liquidare alla Dott.ssa. G.S., sulla base della fattura allegata n. 42/08 del 01.09.2008 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 7.547,24;

ASLCarbonia

Segue deliberazione n. 13 MAG. 2009

- di liquidare al Dott. A.T.., sulla base della fattura allegata n. 48 del 17.09.2008 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 7.547,24;

- di imputare quindi l'importo complessivo di € 63.732,14 derivante dal presente atto, sul codice 05400400009 del vigente piano dei conti aziendale;

- di demandare al Servizio Bilancio e Contabilità il compito di pagare l'importo sopra indicato, tramite ordinativo bancario tratto sul tesoriere aziendale;

Il Direttore Generale
Dott. Pietro Pasquale Chessa

DIR. AMM.
DIR.SAN.
UFF. LEGALE

Add./

ASLCarbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 492 del 13 MAG. 2009

è stata pubblicata

nell'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7

a partire dal 13 MAG. 2009 al 27 MAG. 2009

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

N.4095/06 R.N.R.
N. 321/07 G.I.P.

TRIBUNALE ORDINARIO DI CAGLIARI

SEZIONE DEI GIUDICI PER LE INDAGINI PRELIMINARI E DELL'UDIENZA PRELIMINARE

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL GIUDICE DELL'UDIENZA PRELIMINARE

Dott. Alessandro Castello

ha pronunciato, in Camera di Consiglio, la seguente

SENTENZA

nei confronti di:

1. MEDDA Alessandro, nato ad Iglesias il 23.02.1947, ivi residente in via Sardegna, 1
   Libero – presente
2. CHESSA Pietro Pasquale, nato ad Orune il 27.03.1948, res. in Capoterra, loc. Poggio dei Pini, str. 66 n.1 (dom.dich.)
   Libero – contumace
3. PIRAS Maria Carmina, nata a Carbonia il 15.07.1949, res. in Carbonia, via Dei Larici
   Libera – contumace
4. PIREDDA Ivana Antonella, nata a Carbonia il 29.11.1960, res. in Carbonia, via Platamona, 3 loc. Su Planu;
   Libera – contumace
5. PALMAS Costantino, nato a Ulassai il 17.12.1951, res. in Cagliari, via R. Hoch, 24
   Libero – contumace
6. BITTAU Carla Caterina, nata ad Iglesias il 18.04.1956, ivi res. in via Roma, 25/e
   Libera – contumace
7. TUVERI Antonio, nato a Gonnostramatza il 12.08.1955, res. in Iglesias, Reg. Palmari;
   Libero – contumace
8. PINTUS Giampaolo, nato a Siliqua il 5.05.1950, residente in Siliqua, piazza G. Bruno,10 (dom.dich.)
   Libero – contumace
9. SERRA Giovanna, nata ad Iglesias il 5.01.1955, ivi res. in via Pisacane, 10
   Libera – contumace

Sentenza
N. 489
del 13.06.
Depositata
il
estratto contuma
il

Comunicazi
deposito ser
P.G.
il 10/02/0

Proposta
impugnazione
il

Sentenza
passata in
giudicato il
26.2.2009
IL
CANCELLIERE

Estratto per
esecuzione al
P.M.
di
il

Scheda
il

Parcella
il

Campione
N°

Il Cancelliere

IMPUTATI

Del delitto di cui agli artt. 113, 589 c.p., perché, con la cooperazione di ciascuno ed ognuno con la condotta di seguito precisata, cagionavano per colpa la morte di Atzori Aldo;

colpa consistita in negligenza, imprudenza, imperizia e nell'inosservanza dei corretti canoni del comportamento sanitario, in quanto:

MEDDA Alessandro, medico chirurgo in servizio presso l'Ospedale Sirai di Carbonia, praticava in data 27.09.01 l'esame di colangio-pancreatico-grafia retrograda endoscopica nel corso del quale causava una perforazione viscerale (del duodeno o della via biliare principale).

MEDDA Alessandro, CHESSA Pietro, PIRAS Maria Carmina, PIREDDA Ivana Antonella e PALMAS Costantino, medici chirurghi in servizio presso l'Ospedale Sirai di Carbonia, praticavano in data 29.09.01 l'intervento chirurgico (colecistectomia e drenaggio VBP e – come parrebbe dalla cartella clinica – anche papillo-sfinterotomia), ma non provvedevano a drenare adeguatamente la cavità peritoneale.

BITTAU Carla Caterina, TUVERI Antonio, PINTUS Giampaolo e SERRA Giovanna, medici chirurghi in servizio presso l'Ospedale Santa Barbara di Iglesias, dopo avere eseguito diverse consulenze chirurgiche (la BITTAU in data 1 e 8.10.2001, il TUVERI in data 1.10.2001, il PINTUS in data 5.10.2001, la SERRA due in data 7.10.2001) e nonostante fossero presenti chiari sintomi di peritonite biliare non ritenevano di eseguire un nuovo intervento chirurgico, al fine di interrompere e invertire l'evoluzione della peritonite e della conseguente compromissione multiorgano.

Condotte che costituirono concause dell'evento morte che si verificò in data 9.10.2001.

Commesso in Carbonia e Iglesias, nelle date sopra precisate, morte avvenuta in Iglesias il 9.10.2001

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Pubblico Ministero:

Rinvio a giudizio per tutti gli imputati tranne che per Antonio Tuveri, per il quale chiede una sentenza di non luogo a procedere. Per l'imputato Alessandro Medda conferma il consenso alla richiesta di applicazione pena in atti.

Parte civile:

Rinvio a giudizio per tutti gli imputati.

Difese degli imputati:

Non luogo a procedere. La difesa dell'imputato Alessandro Medda chiede comunque che venga valutata dal giudice la possibilità di emettere una sentenza ai sensi dell'art. 129 c.p.p. perché il fatto non sussiste.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1.- La cronologia degli eventi clinici significativi che caratterizzano il caso di Aldo Atzori si può sinteticamente riprendere dalla relazione del prof. Marino Cagetti e del dott. Francesco Paribello, consulenti del P.M., che qui si richiama nella sua completezza per quanto concerne l'esposizione dei fatti. Esposizione, che si fonda su una completa analisi della documentazione acquisita agli atti del processo. Analoga e dettagliata descrizione è presente anche nella consulenza del dott. Roberto Demontis, consulente della parte civile, con sostanziale coincidenza degli elementi essenziali del fatto.

1.1. Il 18/09/01 Aldo Atzori venne ricoverato presso il Reparto di Chirurgia generale dell'Ospedale S. Barbara di Iglesias con la diagnosi di *"Ittero ostruttivo"*. Si legge nella cartella clinica che, nei quindici giorni precedenti il ricovero, il paziente accusò *"dolore colico all'epicondrio destro ed all'epigastrio, irradiato posteriormente in regione scapolare omolaterale, accompagnato da nausea intensa"*. Dopo una terapia analgesica (con

somministrazione di Voltaren), che fece regredire la sintomatologia dolorosa e dopo l'esecuzione di un'ecografia epato-biliare (che avrebbe messo in evidenza la distensione della colecisti e la presenza di un polipo calcifico), Aldo Atzori si presentò in ospedale a seguito della comparsa dell'ittero.

1.2. Al momento del ricovero i medici rilevarono un *"ittero di moderata intensità"*, e lo stesso giorno venne sottoposto ad Ecotomografia epatobiliare che evidenziò *"fegato discretamente aumentato di volume con segni di steatosi. Vie biliari intraepatiche modestamente dilatate. Via Biliare Principale di circa 11 mm di diametro. La colecisti è notevolmente distesa, con pareti sottili. Nell'infundibolo si evidenziano almeno due formazioni litiasiche, mobili, di circa tre millimetri di diametro. Nel corpo della colecisti s'impianta una formazione sessile di circa 10x6 mm generante cono d'ombra posteriore riferibile a polipo calcifico di colesterina. Il pancreas, per quanto valutabile a causa del meteorismo, appare regolare"*.

1.3. Gli esami di laboratorio confermarono una condizione di ittero ostruttivo. Secondo l'opinione dei consulenti del P.M., condivisa dai consulenti tecnici delle altre parti, si trattava fino a quel momento di un quadro clinico di coliche biliari e sofferenza epatica da calcolosi della colecisti, con ittero ostruttivo di elevata entità e dilatazione di tutte le vie biliari poste a monte dell'ostacolo.

1.4. Il 27/09/01, all'ospedale "Sirai" di Carbonia, venne effettuata sull'Atzori una ERCP (colangio-pancreatografia retrograda endoscopica) con l'intento di precisare la diagnosi e, ove possibile, estrarre dei calcoli dalla via biliare principale (VBP) secondo una procedura utilizzata per la terapia della calcolosi del coledoco. Durante l'intervento endoscopico, il dott. Medda evidenziò, con una biligrafia (visualizzazione della VBP), una "pila" di calcoli nel coledoco, asportando alcune concrezioni litiasiche.

1.5. Le immagini che documentano l'esame ERCP (radiogramma con quattro

frames) evidenziano uno spandimento di liquido di contrasto in retroperitoneo su una superficie valutabile in 3x4 cm, un ileo paralitico *"reattivo all'insulto di spandimento retroperitoneale"*. Nel corso di quell'esame, quindi, si verificò la perforazione di un viscere cavo (del duodeno o della via biliare principale) a mezzo del catetere utilizzato per eseguire l'ERCP. Sul punto vi è convergenza unanime delle opinioni dei consulenti esaminati all'udienza del 27 febbraio 2008.

1.6. Subito dopo l'esame le condizioni del paziente peggiorarono (nausea, dolori addominali, ritenzione urinaria con cateterizzazione, vomito) fino al manifestarsi di uno stato di shock (ore 19,30) poi rientrato a seguito di una terapia cortisonica e somministrazione di emagel.

1.7. Alle ore 20,00 venne eseguita la RX diretta dell'addome. Il dott. Siotto (su richiesta dei consulenti del P.M.) rilegge le immagini radiografiche e rileva *"condizione di ileo paralitico; non si documenta aria libera in addome né versamento peritoneale di rilievo ..."*.

1.8. Il 29/09/01 venne ripetuto l'ERCP che confermò la perforazione viscerale. Alle 16,40 dello stesso giorno l'Atzori venne sottoposto ad intervento chirurgico durante il quale si eseguì il *"drenaggio della VBP con tubo a T, colecistectomia"*. All'apertura del peritoneo i medici osservarono una *"grave situazione di pancreatite acuta edematosa"*. Nel corso dell'intervento effettuarono una colangiografia, la VBP, esplorata con una pinza da calcoli, risultò libera. Infine, si posizionò un *"drenaggio sotto epatico"* e si richiuse la parete.

1.9. Le immagini radiografiche della colangiografia evidenziarono una situazione di pancreatite (effetto massa sul tratto pancreatico del coledoco e sul duodeno) e confermarono la perforazione in retroperitoneo.

Osservano i consulenti del P.M. che le procedure fino ad allora seguite dai chirurghi apparivano corrette e idonee rispetto al quadro clinico riportato nella documentazione. Tuttavia – lamentano il prof. Cagetti ed il dott. Paribello – nulla viene detto sulla **possibile presenza** di un versamento peritoneale e sulla sua natura (ematico o biliare?); nulla sulla presenza di una

peritonite o di altre patologie o lesioni viscerali.

1.10. Il 30/09/01 le condizioni del paziente si aggravarono ulteriormente evidenziandosi gravi alterazioni dell'assetto coagulativo, insufficienza renale ed epatica, insufficienza respiratoria in fase iniziale, che imposero il suo trasferimento al reparto di rianimazione dell'Ospedale S. Barbara di Iglesias.

1.11. Nei giorni successivi la situazione clinica dell'Atzori rimase grave, con peristalsi assente ed un persistente dolore ai testicoli in assenza di segni d'infiammazione. Dai drenaggi vennero raccolti 370 cc ematici il 01/10, 150 cc il 02/10. Venne effettuata un'altra colangiografia trans – Kehr.

1.12. Il 05/10/01 la peristalsi profonda era molto torpida. La consulenza chirurgica evidenziò condizioni generali scadute in paziente itterico. Dal drenaggio biliare, dal drenaggio sottoepatico e dal sondino naso gastrico proveniva bile franca.

1.13. Il 6 ed il 7/10 le condizioni erano sempre gravi. Il paziente vomitò 300 ml di "liquido verdastro"; i drenaggi erano pervi con ristagno di scarsa quantità di liquido siero-ematico. Il 7/10 dal tubo di Kehr e dal tubo sottoepatico fuoriusciva bile franca.

1.14. Sempre il 7/10 venne eseguita la TAC che come osservato dal CT dott. Siotto, evidenziò una *"rilevante tumefazione e disomogeneità della testa pancreatica, **come per cefalopancreatite necrotico-emorragica.** Infiltrazione siero-emorragica di mesocolon soprattutto dx, con edema di pareti di angolo colico dx. Anche il duodeno presenta edema di pareti e lume compresso. Più evidenti che di norma tutti i piani retroperitoneali per l'edema secondario alla cefalopancreatite (...) minimo versamento peritoneale".*

1.15. Il 09/10/01 dopo l'ulteriore aggravamento del giorno precedente, Aldo Atzori decedette.

2. L'esame autoptico eseguito dal CT del P.M. dott. Giuseppe Porcu confermò che la

causa della morte dell'Atzori fu una pancreatite acuta ad impronta necrotico emorragica con le correlate complicanze.

In particolare il dott. Porcu osservò che la pancreatite era *"di grado severo, con interessamento di tutta la ghiandola"*. Essa derivò con alta probabilità quale complicanza dovuta sia alla presenza di calcoli nelle vie biliari, responsabili dell'ittero ostruttivo, sia ai traumatismi necessariamente causati dalla colangiopancreatografia.

Nella cavità addominale il settore osservò *"nella loggia sopramesocolica un liquido siero-ematico e/o francamente ematico, ed ancora, nel legamento gastrocolico e nel grande epiploon, una disseminazione di macule giallastre, puntiformi o lenticolari (...) chiazze ceree (taches de bougie) che indicano la steatonecrosi per diffusione della lipasi pancreatica. Il pancreas si presentava estremamente infarcito di sangue e in via di disfacimento, con distruzione pressoché totale della ghiandola."*

Circa i fattori causali scatenanti la pancreatite il perito precisò che essi erano molteplici, come affezioni biliari, alcolismo, interventi chirurgici, infezioni, ostruzioni dei dotti pancreatici, fattori metabolici, alterazioni endocrine ecc. ecc. Ma in molti casi l'eziologia rimaneva oscura. Il decorso della malattia acuta è imprevedibile, una forma ad esordio lieve può improvvisamente virare al peggio o viceversa.

3. Nel corso dell'udienza del 27/02/08 vennero sentiti, in contraddittorio, tutti i consulenti di parte al fine di chiarire le loro opinioni in ordine alla *causa mortis* ed alla condotta colposa contestata agli imputati.

3.1. A proposito della *causa mortis* si rileva un contrasto tra i CT del P.M. dott. Porcu da una parte ed il prof. Marino Cagetti ed il dott. Francesco Paribello dall'altra. In particolare questi ultimi evidenziarono nella loro relazione del 15/03/06 (pag. 17) che a seguito della prima ERCP, quando avvenne la perforazione viscerale, si fosse verificata non solo una pancreatite,

ma un contemporaneo insulto peritoneale acuto con il quadro di una peritonite come da perforazione viscerale (la persistenza dell'ittero viene spiegata dal prof. Cagetti, come verosimile effetto del riassorbimento della bile da parte del peritoneo).

Nel corso dell'esame tuttavia (pag. 14 del verbale) il prof. Cagetti ha precisato che non era una peritonite così evidente, ma subdola (un peritonismo), a suo avviso clinicamente non diagnosticata perché il malato era stato osservato sempre da medici diversi.

Nessuno degli altri consulenti sentiti concorda con il CT del P.M. circa l'esistenza della peritonite biliare (non rilevata in sede autoptica, ma nemmeno descritta dai chirurghi al momento della laparotomia del 29/09/01), gli stessi consulenti della parte civile pongono l'accento sul mancato trattamento della pancreatite necrotico-emorragica.

Tutti i consulenti hanno concordato nel ritenere la pancreatite che aveva colpito il paziente come conseguenza della perforazione, probabilmente perché il cateterino usato per la colangiografia ha perforato anche il pancreas.

3.2. Sulla condotta del dott. Alessandro Medda nel corso della ERCP del 27/09/01 i consulenti concordano nel ritenere che la perforazione del viscere (duodeno o via biliare principale) fu minima e comunque si trattava di un incidente che costituiva una normale complicanza dell'intervento in endoscopia (il prof. Pietro Loriga, CT della difesa del dott. Medda, citando letteratura scientifica, e senza essere stato contraddetto dagli altri consulenti, ha rilevato che si tratta di una complicanza che insorge nel 25-27% dei casi, alla quale si associa, nel 17% dei casi una pancreatite acuta). Infatti il prof. Cagetti ha precisato che, quasi sempre, dopo questo tipo di procedure diagnostiche e operative, si ha un risentimento pancreatico documentato, da un punto di vista ematochimico, da un aumento dell'amilasemia (l'amilasi è un enzima prodotto dal pancreas, e non solo, il cui aumento nel circolo sanguigno si verifica in caso, tra l'altro, di pancreatite acuta e peritonite).

La perforazione dei visceri nel corso di un'endoscopia pancreatica, secondo la scienza medica e la tecnica dei migliori operatori, non può essere considerata un'imperizia. Su questo punto hanno concordato tutti i consulenti, e deve essere inoltre evidenziato che queste complicanze erano state espressamente rappresentate al paziente al momento della firma del consenso all'intervento (documento in atti).

3.3. Sull'intervento in laparotomia tradizionale del 29 settembre il prof. Cagetti, in relazione alla lunghezza dello stesso (cinque ore), ha evidenziato che la descrizione dell'operazione presente in cartella clinica non giustificava tale lunghezza. Ha quindi ipotizzato che fosse stata fatta una papillosfinterotomia, cioè un intervento chirurgico ad alta complessità che comporta l'inserimento di un catetere nel coledoco proprio attraverso la papilla duodenale maggiore, ove sbocca la via biliare principale, che viene chirurgicamente tagliata. Di tale tipo d'intervento si parla, indirettamente, nella cartella clinica della rianimazione, dove si dà atto che il paziente aveva subito un intervento di *"colecistectomia papillosfinterotomia e inserimento di drenaggio biliare"*. Ma il prof. Cagetti ha lamentato che il perito settore non lo aveva descritto al momento dell'esame autoptico.

Il consulente del P.M. ha confermato quanto espresso nella relazione tecnica, ribadendo che le procedure seguite dai chirurghi relativamente ai tempi d'interevento erano corrette ed idonee rispetto al quadro clinico evidenziato dagli atti. E anche gli altri consulenti, interpellati nel corso dell'udienza del 27 febbraio 2008, non hanno espresso conclusioni differenti.

3.3.1. Per suo conto, il dott. Augusto Tuveri, consulente di pare civile, ha evidenziato che i chirurghi, pur avendo visto i segni della "grave" (come l'avevano definita) pancreatite acuta (che secondo lui non era assolutamente iniziale, ma era anche necrotizzante), non avevano "scoperto" il pancreas, aprendo la cavità degli epiploon e non avevano quindi tentato di rimuovere chirurgicamente la parte necrotica posizionando una serie di drenaggi non solo in

sede sottoepatica, ma anche in sede retroperitoneale. Secondo la sua esperienza – anche se le pancreatiti necrotico emorragiche sono statisticamente mortali in percentuali elevatissime intorno all'85% - 100% dei casi – aveva ottenuto delle risoluzioni di tali patologie tenendo la ferita operatoria aperta e controllando quotidianamente il paziente nell'evoluzione della malattia.

Non è vero – ha concluso il consulente di parte civile – che, una volta instauratasi la pancreatite, non si deve fare niente, ma in terza o quarta giornata l'intervento rappresenta l'unica possibilità per invertire l'andamento della malattia. A suo avviso questi ammalati vanno in ogni caso operati. I chirurghi avevano osservato, non avevano fatto niente per invertire il decorso patologico.

Il dott. Roberto Demontis, altro consulente della parte civile, ha espresso il parere che si doveva fare, e non era stato fatto, un drenaggio peritoneale multiplo. Non era stato fatto un lavaggio peritoneale. Questa omissione aveva causato l'evoluzione del quadro clinico in senso peggiorativo sino alla morte.

3.3.2. I dottori Siciliano e Aresu (CT degli imputati Chessa e Medda) hanno contestato che ci fosse la necrosi al pancreas poiché (al momento di quell'intervento) non era stata descritta e non c'era nessun motivo di non descriverla. L'intervento era durato molto tempo, ma ciò non era un dato negativo, probabilmente si era cercato di farlo in maniera la più accurata possibile, comunque era stato fatto tutto quello che c'era da fare: colecistectomia, *drenaggio biliare esterno e tubo sottoepatico*.

Il prof. Loriga ha precisato che la pancreatite necrotico emorragica non nasce come tale sin dal primo giorno. Essa è l'evoluzione di una pancreatite edematosa, infatti, posto che la necrosi si accerta con la TAC, questo esame non è giustificato se non dopo il terzo giorno dall'insorgenza dell'evento. Inoltre – ha precisato – tutti i medici ben sanno che la pancreatite è poco sensibile a qualsiasi terapia, il suo decorso è difficilmente influenzabile.

Proseguendo sulle argomentazioni del prof. Loriga, il dott. Nicolosi ha affermato che era stato fatto tutto il possibile in quel momento. Trattare la pancreatite, edematosa o emorragica, non era assolutamente opportuno.

L'intervento del dott. Maurizio Sorrentino (CT dell'imputato Costantino Palmas) ha posto l'accento sul fatto che, in letteratura, è sconsigliato aprire la retrocavità dell'epiploon e scoprire il pancreas nella fase di pancreatite edematosa. Questa si affronta con terapia antibiotica e si attende. Ha precisato che non era frequente operare un paziente con una pancreatite acuta emorragica. Si tratta di un gesto "eroico" che si compie nelle fasi avanzate della malattia e, il più delle volte, ha un esito infausto.

Il prof. Cagetti ha rilevato sul punto che (come peraltro sostenuto anche dal dott. Tuveri) di fronte ad un malato gravissimo, *"morto per morto"* nessuno dei chirurghi che si erano avvicendati al caso (e qui il CT del P.M. ha stigmatizzato l'attuale sistema di assistenza italiano che non consente che il caso venga trattato da *"un'unica mente chirurgica"*) aveva preso la decisione, aveva avuto *"il coraggio di prendere il toro per le corna, riportarlo in sala operatoria rifare quello che si ritiene giusto fare"*. Tutti i chirurghi chiamati a consulenza dai rianimatori dopo l'intervento del 29 settembre chiedevano degli esami più o meno utili – ha proseguito il prof. Cagetti – ma in realtà non conoscevano la vicenda clinica del malato, e quindi non decidevano. È un problema, questo, che nasce dall'organizzazione della sanità e non dal singolo chirurgo.

Tuttavia non era detto che l'Atzori sarebbe sopravvissuto lo stesso, soprattutto poiché aveva un ittero persistente, probabilmente aveva un fisico un po' provato, aveva un'epatomegalia. Il prof. Cagetti avrebbe "drenato di più", <u>ma l'esito di tale atteggiamento chirurgico, anche se adottato, non sarebbe stato prevedibile, sia in senso negativo e infausto sia in senso positivo</u>.

I lavaggi peritoneali – ha affermato il prof. Angelo Nicolosi (consulente degli imputati

Chessa e Medda), citando letteratura ed un recente studio scientifico – non sono utili a interrompere la progressione della peritonite da edematosa a necrotica, e, in caso di loro effettuazione, il tasso di mortalità globale appariva invariato. I drenaggi, invece, non evitavano la comparsa successiva di raccolte di necrosi e aumentavano il rischio di infezioni anche in lesioni primitivamente asettiche. Non esiste un consenso unanime, nel mondo scientifico, circa l'utilità terapeutica del lavaggio peritoneale e della molteplicità dei drenaggi. I chirurghi avevano fatto una diagnosi di pancreatite edematosa e la loro condotta era assolutamente corretta ed idonea.

Il dott. Augusto Tuveri (parte civile) ha precisato che le stesse fonti citate dal dott. Nicolosi riferiscono che *"in un approccio chirurgico che consenta anche il drenaggio, il lavaggio degli spazi retroperitoneali è divenuto un atteggiamento corrente di alcune scuole chirurgiche con risultati promettenti"*. Ha aggiunto che non era detto che questa prassi avrebbe portato alla guarigione, ma il chirurgo aveva il dovere di percorrere tutte le strade "se continuiamo a decidere di non fare niente allora l'esito di queste patologie sarà sempre lo stesso". Nelle pancreatiti necrotico-emorragiche c'è un 45% di esiti infausti, quindi il tentativo doveva essere fatto.

Il prof. Cagetti ha, sul punto, conclusivamente osservato *"potrebbe aver avuto un decorso diverso? Questo non lo sappiamo. Può essere di no, perché il malato era compromesso per tante ragioni. Però non ci si è provato e nessuno si è voluto prendere in carico la responsabilità ché poi gli avrebbero detto: l'hai voluto operare poi è morto. Questa è la chiave di lettura del non fare, perché anche il fare comporta dei rischi"*.

3.4. Le consulenze chirurgiche durante il ricovero in rianimazione.

Il dott. Paolo Manca, consulente degli imputati Antonio Tuveri, Carla Caterina Bittau e Giovanna Serra, ha posto in evidenza che l'approccio verso la pancreatite, anche grazie

all'avvento di nuovi farmaci, era divenuto negli anni prevalentemente medico, mentre la terapia chirurgica è volta a curare le complicazioni della pancreatite, quando vi sono.

Al momento del ricovero in rianimazione l'Atzori era molto grave. Aveva un'insufficienza renale acuta, una patologia multiorgano, una pancreatite acuta, un'insufficienza epatica acuta ed una verosimile coagulazione intravasale disseminata (CID).

Gli esami di diagnostica per immagini (TAC e ECOTOMOGRAFIA), effettuati su richiesta dei vari chirurghi, non avevano evidenziato versamenti liberi in addome. L'ecografia trans-Kehr aveva rilevato, anzi, che la bile defluiva nel duodeno o nel tubo di Kehr precedentemente posizionato nell'intervento del 29 settembre.

Secondo il dott. Manca non vi era alcun segno di peritonite biliare, poiché non c'era il versamento di bile in peritoneo, bile che, invece, fuoriusciva dai drenaggi. Della peritonite non c'era traccia neppure in sede autoptica. Infatti il settore individua un versamento di liquido siero-ematico, e quindi non bile, perfettamente compatibile con la pancreatite necrotico-emorragica. Non c'era un motivo per intervenire neppure "eroicamente".

Sulle conclusioni del dott. Manca ha concordato il prof. Antonello Ferreli (consulente dell'imputato Pintus). Nessun segno di peritonite biliare né dagli esami clinici, né da quello autoptico. Il versamento rilevato dal settore non era da attribuire ad un fatto peritonitico, ma alla pancreatite che, al limite, aveva a sua volta provocato una reazione peritoneale.

Il dott. Aresu, intervenendo sul punto, e rispondendo alla critica del dott. Demontis (il quale aveva sostenuto che la pancreatite, pur evidenziata, non era stata trattata, o era stata trattata in maniera non corretta con la semplice apposizione di un drenaggio sottoepatico insufficiente, e si era evoluta in pancreatite necrotico-emorragica) ha precisato che non esistono trattamenti per arrestare l'evoluzione della pancreatite. Il medico è testimone dell'evoluzione. Non si tratta la pancreatite, ma le sue complicanze (si somministrano gli antibiotici per evitare la sovrainfezione batterica; eparina per contrastare la CID ecc.). E le complicanze non c'erano,

in particolare, nessuno degli esami aveva evidenziato un versamento libero in addome, ed il drenaggio che era stato posto corrispondeva a ciò che si doveva fare, drenare di più sarebbe stato assolutamente inutile.

4. L'esame dei consulenti, secondo l'essenziale riassunto compiuto, ha quindi posto in evidenza quanto segue.

4.1. La causa della morte dell'Atzori fu una pancreatite necrotico – emorragica con conseguente sindrome da compromissione multiorgano. La concomitante presenza di peritonite biliare, ritenuta dal CT del P.M. prof. Cagetti (il quale peraltro la definisce *"non evidente, ma subdola"*), non trova riscontro nell'esame autoptico eseguito dal dott. Porcu, né negli altri esami clinici.

Le superfici peritoneali, descritte nell'autopsia, non presentavano i segni di una peritonite (presenza di fibrina, variazioni cromatiche della trasparenza e della lucentezza del peritoneo, come precisato dal CT di parte civile, dott. Demontis e dal CT della difesa dott. Manca).

Inoltre, non vi era alcun versamento di bile libero in peritoneo posto che, come è stato evidenziato dalla colangiografia del 2/10/01, la bile stessa defluiva in duodeno o nel tubo di Kehr, poi, nell'ultima fase della malattia, la bile veniva drenata dal tubo sottoepatico. La presenza di tale spandimento non era stata rilevata neppure attraverso le ecografie e le TAC eseguite sull'addome del paziente.

Peraltro non vi è alcun elemento per cui si possa dubitare dell'attendibilità dell'esame autoptico, né l'inattendibilità può essere desunta dal fatto che quel consulente non aveva descritto una peritonite o un versamento biliare che secondo altri "avrebbe dovuto esserci".

4.2. La perforazione del duodeno o della via biliare principale era stata causa o concausa dell'insorgere della pancreatite. Non può affermarsi che fosse la causa esclusiva. La pancreatite

con alta probabilità è complicanza dovuta sia alla presenza di calcoli nelle vie biliari, responsabili dell'ittero ostruttivo, sia ai traumatismi necessariamente causati dalla colangiopancreatografia; traumatismo che risulta provato e che trova concordi tutti i consulenti.

In letteratura si riporta che la calcolosi biliare sia la causa di circa il 60% delle pancreatiti, mentre le cause iatrogene son pari a circa il 10,3% su un campione internazionale di circa 1300 pancreatiti (gli interventi sulle vie biliari, le ERCP e le sfinterotomie sono le procedure più a rischio). Aldo Atzori venne appunto ricoverato con ittero ostruttivo causato da una calcolosi biliare e venne sottoposto alla colangiopancreatografia retrograda endoscopica, cioè sommava in sé due importanti fattori di rischio per l'infiammazione del pancreas.

4.3. Nell'operazione in laparotomia del 29/09/01 i chirurghi si rendono conto della presenza di una grave situazione di pancreatite acuta edematosa e procedono al drenaggio della VBP con tubo a T, eseguono una colecistectomia e, dopo avere verificato l'assenza di calcoli, posizionano un drenaggio sotto epatico ed un sondino naso-gastrico.

4.4. I consulenti di parte hanno mostrato sul punto un notevole disaccordo sull'efficacia dell'intervento descritto. Si era drenato troppo poco secondo l'opinione dei consulenti della parte civile. Si era fatto quello che si doveva fare secondo i consulenti degli imputati, i quali, citando letteratura scientifica, hanno criticato l'efficacia dei drenaggi multipli (che potevano a loro volta creare infezioni) e dei lavaggi peritoneali i quali comunque non diminuivano la mortalità globale.

Si era fatto il giusto nell'intervento del 29/09/01 in presenza di una pancreatite acuta edematosa, ma si era drenato troppo poco se si considerava l'evoluzione necrotico-emorragica dell'infiammazione del pancreas secondo il prof. Cagetti.

4.5. Circa l'indicazione chirurgica al trattamento della pancreatite in genere, e della pancreatite necrotico-emorragica in particolare vi è un notevole disaccordo in campo scientifico. Il trattamento chirurgico della pancreatite acuta pone numerosi e talora ancora irrisolti problemi di indicazione, *timing* e tattica operatoria. E le opinioni dei consulenti espresse in udienza riportano questa assenza di una linee guida operatorie generalmente condivise.

Si è evidenziato in letteratura che l'intervento esplorativo precoce con drenaggio o resezione pancreatica ha una mortalità che varia dal 18% al 67%. Si legge ancora che gli interventi precoci di necrosectomia nelle pancreatiti acute hanno mostrato una mortalità estremamente elevata (40% per le resezioni distali, oltre il 50% per le pancreasectomie totali e le duodenocefalopancreasectomie). Il loro impiego è stato pertanto praticamente abbandonato.

4.6. Il decorso della pancreatite acuta è difficilmente controllabile – come affermato dal prof. Loriga senza essere smentito - con la terapia farmacologica. Così come non ne può esserne controllata o inibita l'evoluzione verso le forme necrotico emorragiche.

Anche adottando l'atteggiamento chirurgico che è stato definito "eroico", cioè una necrosectomia a trattamento c.d. "aperto" (come prospettato dal dott. Tuveri) - indicato in letteratura come l'unico in grado di invertire il decorso della malattia nei casi in cui la terapia conservativa sia fallita e la TAC riveli la presenza di necrosi estese (la TAC peraltro non aveva rivelato necrosi in tale entità) – non può essere affermato che l'evento infausto non si sarebbe verificato. Sul punto concordano sia il prof. Cagetti sia il dott. Tuveri, mentre gli altri consulenti lo hanno definito addirittura inutile poiché non vi era alcuna indicazione ad effettuarlo. I primi due invece hanno posto l'accento sul fatto che non si fosse fatto tutto il possibile.

5. Con riferimento al problema dell'accertamento del rapporto di causalità, con particolare riguardo alla categoria dei reati omissivi impropri ed allo specifico settore dell'attività medico-chirurgica, le sezioni unite della Corte di Cassazione, componendo in contrasto che si era delineato nella più recente giurisprudenza della sezione IV della stessa Corte, hanno avuto modo di affermare che il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica -, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo *non si sarebbe verificato*, ovvero *si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore* o *con minore intensità lesiva*.

È stato in proposito evidenziato che non é consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì *escluso l'interferenza di fattori alternativi*, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica".

Sotto il profilo del giudizio di responsabilità, l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'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 (Cass. pen. Sezioni Unite, 10 luglio – 11 settembre 2002, n. 30328, Franzese).

Più di recente è stato affermato, confermando l'indirizzo delle Sezioni Unite, che in tema di responsabilità per colpa medica, sussiste rapporto di causalità tra la condotta e l'evento allorquando la condotta colposa contestata costituisca di per sé, in termini di "alto grado di credibilità razionale", "*condicio sine qua non*" del verificarsi dell'evento che, con l'adozione di tecniche consigliate dalla letteratura medica, non si sarebbe verificato. (Fattispecie nella quale è stata ritenuta la responsabilità per omicidio colposo del medico anestesista che, nella fase preparatoria di un intervento chirurgico, aveva omesso di intervenire tempestivamente procedendo ad intubazione del paziente; Cass. pen., *sez.* 4, sentenza *n.* 10212 *del* 21/12/2004, dep.16/03/2005, Mazza; Cass. pen., *sez.* 5, sentenza *n.* 11969 *del* 16/02/2005, dep.25/03/2005, Caruso).

6. Ora, secondo la prospettazione accusatoria la condotta degli imputati appare censurabile sotto un duplice profilo.

a) Una prima censura viene mossa al dott. Alessandro Medda poiché nel corso dell'ERCP del 27/09/01 aveva perforato il duodeno, o la via biliare principale, con l'endoscopio. Quindi una condotta commissiva che avrebbe innescato il processo patologico che portò a morte l'Atzori.

b) Una seconda censura viene mossa, oltre che al dott. Medda (che unitamente ai dottori Pietro Chessa, Maria Carmina Piras, Ivana Antonella Piredda e Costantino Palmas aveva eseguito l'intervento in laparotomia del 27/09/01), ai chirurghi che avevano omesso di drenare adeguatamente la cavità peritoneale (nel predetto intervento) e ai chirurghi che, fornendo le loro consulenze durante il ricovero del paziente in rianimazione, nonostante i *"chiari segni di peritonite biliare"*, non ritenevano d'intervenire per interrompere ed invertire l'evoluzione della *"peritonite"* che sfociò nella compromissione multiorgano (MOF) che fu la causa ultima della morte dell'Atzori.

6.1. In ordine alla condotta commissiva del dott. Medda nell'esecuzione dell'ERCP del 27/09/01 si ritiene che non possa essere mossa al medico-chirurgo alcuna censura.

In primo luogo risulta dagli atti che l'Atzori prestò un consenso effettivamente informato all'interevento endoscopico. Il dott. Medda gli rappresentò, come risulta dal consenso in atti, le possibili complicanze dell'operazione con specifico riferimento alla perforazione dei visceri ed allo sviluppo di una pancreatite. La sua condotta, pertanto, appare scriminata dal consenso dell'avente diritto validamente prestato, con una corretta informazione da parte del sanitario che aveva posto il paziente in condizione di ben valutare il rapporto costi/benefici dell'intervento al quale andava a sottoporsi.

Peraltro i consulenti hanno unanimemente evidenziato che la perforazione non poteva costituire il frutto dell'imperizia del chirurgo, perché si trattava di un evento che avrebbe potuto verificarsi anche ad opera delle mani più esperte, costituendo una normale complicanza dell'intervento sanitario che normalmente non viene neppure trattata chirurgicamente.

Sotto il profilo strettamente causale deve essere ancora rilevato che l'Atzori era giunto a quell'intervento con l'ittero ostruttivo che da solo avrebbe potuto causare la pancreatite acuta edematosa poi scoperta con la laparotomia esplorativa del 29/09/01. Si è visto che, statisticamente, sembra esserci una maggiore incidenza delle pancreatiti biliari (60%) rispetto a quelle riconducibili a cause iatrogene che son pari a circa il 10,3%. Non può quindi affermarsi con certezza che la perforazione del viscere sia stata la causa diretta della pancreatite acuta concorrendo con un fattore causale (la calcolosi biliare) statisticamente più ricorrente.

6.2. Sulle altre condotte puramente omissive di cui al punto 6 b), per quanto si è ampiamente detto, non può affermarsi che il non essere intervenuti durante il ricovero in rianimazione, e il non avere ulteriormente drenato il paziente ne abbia causato la morte. Il

giudizio controfattuale deve essere effettuato sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica.

Si è detto che non esiste una regola di esperienza dell'arte medica che consenta di affermare che la collocazione di multipli drenaggi o il reintervento di pancreasectomia "aperto" (per rimuovere le necrosi del pancreas) avrebbe impedito la morte del paziente con elevato grado di credibilità razionale. E ciò in una condizione in cui l'Atzori presentava già immediatamente dopo l'intervento in endoscopia del 27/09/01 delle condizioni generali gravemente compromesse (tanto che ebbe uno shock, poi rientrato a seguito di una trasfusione di emagel), che si erano ulteriormente aggravate anche dopo l'intervento in laparotomia del 29/09/01. Aveva un'insufficienza renale acuta, una patologia multiorgano, una pancreatite acuta, un'insufficienza epatica acuta ed una verosimile coagulazione intravasale disseminata (CID). Tutte patologie da sole sufficienti a causare la morte del paziente.

Le percentuali elevate di mortalità esposte, e riferite a casi di intervento chirurgico precoce o tardivo, l'imprevedibilità dell'evoluzione della pancreatite, e la scarsa rispondenza della patologia ai trattamenti farmacologici dimostrano, in assenza di dati scientifici universali, la totale incertezza circa un collegamento causale tra l'omissione e l'evento.

In questo contesto i dati fattuali sull'evoluzione clinica della malattia del paziente – e sui quali si sono espresse le opinioni dei consulenti di parte più sopra riportate e valutate - appaiono cristallizzati nelle acquisizioni documentali e tecniche dell'indagine e sono insuscettibili di un'ulteriore evoluzione nel corso del giudizio. Questi dati fanno emergere fin d'ora l'impossibilità di sostenere l'accusa in giudizio.

7. Deve essere quindi pronunciata nei confronti degli imputati sentenza di non luogo a procedere perché il fatto non sussiste.

Con riferimento alla posizione dell'imputato Alessandro Medda, che aveva richiesto l'applicazione della pena con il consenso del pubblico ministero, deve essere pronunciata sentenza di non luogo a procedere ai sensi degli artt. 129 e 444 c.p.p. perché il fatto non sussiste.

PER QUESTI MOTIVI

Visti gli artt. 129, 444 c.p.p., dichiara non luogo a procedere nei confronti di MEDDA Alessandro in ordine al reato ascritto perché il fatto non sussiste

Visto l'art. 425 c.p.p. dichiara non luogo a procedere nei confronti di CHESSA Pietro Pasquale, PIRAS Maria Carmina, PIREDDA Ivana Antonella, PALMAS Costantino, BITTAU Carla Caterina, TUVERI Antonio, PINTUS Giampaolo, SERRA Giovanna in ordine al reato ascritto perché il fatto non sussiste.

Cagliari, 13 giugno 2008.

Il giudice

(dott. Alessandro Castello)

Depositato in Cancelleria oggi
09 LUG. 2008
Cagliari, lì

Avv. Guido Manca - Bitti
09127 Cagliari - Via Ada Negri 12 - Tel. 070 668524
00193 Roma - Via P. Da Palestrina 19 - Tel. 06 3208461
e-mail: studiomancabitti@virgilio.it

AZIENDA U.S.L. N°7 CARBONIA
27 APR. 2009
PROTOCOLLO ARRIVO
AZIENDA U.S.L. N°7 CARBONIA
27 APR. 2009
PROT. 8595 Legale

Cagliari, 23.04.2009

Anticipata via telefax 07816683272

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 7
via Dalmazia, 83
09013 CARBONIA

C.A. Ufficio Legale – avv. Diana

Tribunale di Cagliari - procedimento n. 3742/03 R.N.R. per il reato di cui all'art. 589 c.p.

Con riferimento al procedimento in epigrafe, positivamente concluso, comunico che la sentenza di assoluzione di entrambi gli imputati è divenuta irrevocabile per gli aspetti penali.

Infatti, né l'ufficio del pubblico ministero presso il Tribunale né il Procuratore Generale hanno impugnato l'assoluzione dei due imputati pronunciata dal Tribunale.

L'unico appello è stato proposto dalla parte civile, quindi solo per gli aspetti risarcitori della vicenda.

Ciò premesso invio copia dell'avviso di fissazione di udienza in appello dal quale si ricava con certezza che l'impugnazione è stata proposta unicamente dalla parte civile.

Relativamente alla altre parcelle allego copia della sentenza di non luogo a procedere pronunciata dal G.U.P. presso il Tribunale di Cagliari nel procedimento n. 4095/06 R.N.R. con l'attestazione di irrevocabilità.

Cordiali saluti

avv. Guido Manca - Bitti

Avv. Guido Manca - Bitti
09127 Cagliari - Via Ada Negri 12 - Tel. 070668524

Cagliari, 06.04.2009

Fattura n. 25

Egr. Signore
DOTT. PIETRO CHESSA
Strada 66 n. 1
Loc. Poggio dei Pini
09012 CAPOTERRA
C.F. CHSPRP48C27G147A

Procura della Repubblica presso il Tribunale di Cagliari – Proc. 4095 R.N.R.

Informative		180,00
Sessioni con cliente		288,00
Sessioni collegiali, con magistrati, colleghi ecc.		776,00
Esame e studio		900,00
Indennità ricerca, attesa		285,00
Investigazioni e colloqui investigativi		160,00
Partecipazione udienze		195,00
Attività difensiva d'udienza		1.680,00
Discussione		335,00
Istanze e richieste		510,00
		5.309,00
12,5% art. 8 T.P.		663,63
		5.972,63
Aumento 50% art. 1 T.P.		2.986,32
Imponibile IRPEF		8.958,95
C.P.A. 2%		179,18
Imponibile IVA		9.138,13
I.V.A. 20%		1.827,63
Totale Euro	**€**	**10.965,76**

avv. Guido Manca - Bitti

Codice Fiscale : MNC GDU 55A08 H501X - PARTITA IVA : 01343680920
IBAN: IT98J0310404802000000100069

Avv. Guido Manca - Bitti
09127 Cagliari - Via Ada Negri 12 - Tel. 070668524

Cagliari, 06.04.2009

Fattura n. 26

Egr. Signore
DOTT. ALESSANDRO MEDDA
via Sardegna, 1
09016 IGLESIAS
C.F. MDDLSN47B23E281C

Procura della Repubblica presso il Tribunale di Cagliari – Proc. 4095/06 R.N.R.

Informative		180,00
Sessioni con cliente		288,00
Sessioni collegiali, con magistrati, colleghi ecc.		776,00
Esame e studio		900,00
Indennità ricerca, attesa		285,00
Investigazioni e colloqui investigativi		160,00
Partecipazione udienze		195,00
Attività difensiva d'udienza		1.680,00
Discussione		335,00
Istanze e richieste		510,00
		5.309,00
12,5% art. 8 T.P.		663,63
		5.972,63
Aumento 50% art. 1 T.P.		2.986,32
Imponibile IRPEF		8.958,95
C.P.A. 2%		179,18
Imponibile IVA		9.138,13
I.V.A. 20%		1.827,63
Totale Euro	€	**10.965,76**

avv. Guido Manca Bitti

Codice Fiscale : MNC GDU 55A08 H501X - PARTITA IVA : 01343680920
IBAN: IT98J0310404802000000100069

Avv. Guido Manca - Bitti
09127 Cagliari - Via Ada Negri 12 - Tel. 070668524

Cagliari, 06.04.2009

Fattura n. 27

Egr. Signore
DOTT.SSA IVANA PIREDDA
Loc. Su Planu
09013 CARBONIA
C.F. PRDVNT60S69B745U

Procura della Repubblica presso il Tribunale di Cagliari – Proc. 4095/06 R.N.R.

Informative		180,00
Sessioni con cliente		288,00
Sessioni collegiali, con magistrati, colleghi ecc.		776,00
Esame e studio		900,00
Indennità ricerca, attesa		285,00
Investigazioni e colloqui investigativi		160,00
Partecipazione udienze		195,00
Attività difensiva d'udienza		1.680,00
Discussione		335,00
Istanze e richieste		510,00
		5.309,00
12,5% art. 8 T.P.		663,63
		5.972,63
Aumento 50% art. 1 T.P.		2.986,32
Imponibile IRPEF		8.958,95
C.P.A. 2%		179,18
Imponibile IVA		9.138,13
I.V.A. 20%		1.827,63
Totale Euro	€	**10.965,76**

avv. Guido Manca - Bitti

Codice Fiscale : MNC GDU 55A08 H501X - PARTITA IVA : 01343680920
IBAN: IT98J0310404802000000100069

AZIENDA U.S.L. N° 7
CARBONIA
4 AGO 2008
PROT. 17058

Legale
Per

Spett.Le A.S.L. n.7
Direzione Generale
Via Dalmazia
09013 Carbonia

Oggetto:**richiesta rimborso spese sostenute per la difesa nel procedimento penale**

Il sottoscritto Dott.Giampaolo Pintus, dipendente di Codesta A.S.L., in servizio presso l'Ospedale Santa Barbara di Iglesias, facendo seguito alla precedente nota, comunica che il Tribunale di Cagliari in data 13 giugno 2008 ha emesso sentenza di non luogo a procedere nei suoi confronti perché il fatto non sussiste.

Per quanto sopra esposto chiede, in conformità alle norme previste dal Contratto di Lavoro, il rimborso delle spese sostenute per la difesa, per un importo complessivo pari a 8.193,14=come da documentazione allegata.

Distinti saluti

Dott.Giampaolo Pintus

Iglesias 24/07/2008

Documentazione allegata:
1)Sentenza Tribunale di Cagliari
2)Fattura quietanzata n.35 del 20/11/2007 dello Studio legale Avv.Pilia dell'importo di 1 .000,00
3)Fattura quietanzata n.18 del 21/07/2008 dello Studio legale Avv.Pilia dell'importo di 7 .193,14
4)Preavviso di parcella

Dott.Giampaolo Pintus Piazza Giordano Bruno n.10, 09010 Siliqua-tel. 0781/73453

STUDIO LEGALE
AVV. CARLO PILIA
Via Grazia Deledda n.74 – Cagliari
Tel. Fax 070656625
*** *** *** ***
Cod. Fisc. PLI CRL 60A03 B354V
P.IVA 01886100922

Cagliari, 20.11.2007

Egr. Sig.
Dott. Pintus Giampaolo
Piazza Giordano Bruno 10
09010 Siliqua

C.F. PNTGPL50E05I734S

Fattura n°35

Relativa all'acconto del corrispettivo per l'assistenza relativa al Proc. Pen. n. 4095/06 R.N.R. – Procura della Repubblica di Cagliari.

Imponibile	€	817,00
C.P.A.(2%)	€	16.34
I.V.A. (20%)	€	166,66
Totale	€	1.000,00

Per quietanza
Avv. Carlo Pilia

STUDIO LEGALE
AVV. CARLO PILIA
Via Grazia Deledda n.74 – Cagliari
Tel. Fax 070656625
*** *** *** ***
Cod. Fisc. PLI CRL 60A03 B354V
P.IVA 01886100922

Cagliari, 21.7.2008

Egr. Sig.
Dott. Pintus Giampaolo
Piazza Giordano Bruno 10
09010 Siliqua

C.F. PNTGPL50E05I734S

Fattura n°18

Relativa al corrispettivo per l'assistenza relativa al Proc. Pen. n. 4095/06 R.N.R. – Procura della Repubblica di Cagliari – Giudice per l'Udienza Preliminare di Cagliari.

Onorari Imponibili	€	5.950,00
- acconti (fatt. n. 35/07)	€	817,00
Spese generali (12,5%)	€	743,75
C.P.A.(2%)	€	117,54
I.V.A. (20%)	€	1.198,86
Totale	€	**7.193,14**

Per quietanza
Avv. Carlo Pilia

8

Alla Direzione Generale A.S.L. n° 7
Ufficio Legale

AZIENDA U.S.L. N° 7 CARBONIA
- 9 SET. 2008
PROT. 19131 Legale

La sottoscritta D.ssa Carla Bittau Dirigente Medico presso la Div. Chirurgia dell'Ospedale S. Barbara di Iglesias con riferimento al procedimento penale n° 20495/01 RGNR mod. 44 n° 0068/2004 RG GIP Tribunale penale di Cagliari, chiede, stante l'esito positivo dello stesso, di essere rifusa dell'esborso sopportato per le spese processuali liquidate all'Avv. Antonio Coredolu.
Si allega documentazione relativa.

Iglesias 08/09/08

Con ossequanza
Bittau

AZIENDA U.S.L. N°7
CARBONIA
- 9 SET. 2008
PROTOCOLLO
ARRIVO

Studio Legale Avv. A n t o n i o C a r e d d u

via S. Emiliano n. 55 - 08100 Nuoro- tel & fax 35110 (0784)

Nuoro, 1 Settembre 2008

Gen.ma Signora
Dr.ssa Bittau Carla
Via Roma 25
09016 Iglesias

Fattura n. 46 / 08

Fattura relativa alla cura e trattazione del procedimento penale n. 20495 /01 RG RN mod 44 n. 0068/2004 RG GIP / Dr.ssa Bittau Carla
Tribunale Penale di Cagliari

Competenze	6.684,50
Spese generali 12,50%	835,56
Totale	7.520,06
- 20% (art. 3 D.M. 127/04)	1.504,01
Totale	6.016,05
Spese non imponibili	150,00
Totale	6.166,05
Magg. Cass. Prev. 2%	123,32
Totale/imp. I.V.A.	6.289,37
I.V.A. 20%	1.257,87
T o t a l e	**7.547,24**

Avv. Antonio Careddu

Avv. Antonio Careddu na.to a Nuoro il 18.10.1966 Cod. Fisc. CRD NTN 66R18 F979Q P. IVA 00965790918

L'importo della fattura può essere accreditato sul mio c/c n. 1000/379 c/o INTESA SAN PAOLO. - Filiale di Nuoro

CAB 17302 - ABI 03069 Codice IBAN IT 58L 0306917302100000000379

8

Alla Direzione Generale ASL n° 7
Ufficio Legale

AZIENDA U.S.L. N° 7
CARBONIA
- 9 SET 2008
PROT. 19133 Legale

La sottoscritta dott.ssa Giovanna Sena dirigente medico presso la Divisione di Chirurgia dell'Ospedale Santa Barbara di Iglesias, con riferimento al procedimento penale n° 20495/01 RG RN mod. 44 n. 0068/2004 RG GIP Tribunale Penale di Cagliari, chiede stante l'esito positivo dello stesso, di essere rifusa dell'esborso sopportato per le spese processuali liquidate all'Avvocato Antonio Caredda.
Si allega documentazione relativa

Iglesias 08-9-08

Con ossequio
Giovanna Sena

AZIENDA U.S.L. N°7
CARBONIA
- 9 SET. 2008
PROTOCOLLO
ARRIVO

Studio Legale Avv. A n t o n i o C a r e d d u

via S. Emiliano n. 55 - 08100 Nuoro- tel & fax 35110 (0784)

Nuoro,22 Luglio 2008

Gen.ma Signora
Dr.ssa Giovanna Serra
Via Pisacane 10
09016 Iglesias

Fattura n. 42 / 08

Fattura relativa alla cura e trattazione del procedimento penale n. 20495 /01 RG RN mod 44 n. 0068/2004 RG GIP / Dr.ssa Giovanna Serra
Tribunale Penale di Cagliari

Competenze	6.684,50
Spese generali 12,50%	835,56
Totale	7.520,06
- 20% (art. 3 D.M. 127/04)	1.504,01
Totale	6.016,05
Spese non imponibili	150,00
Totale	6.166,05
Magg. Cass. Prev. 2%	123,32
Totale/imp. I.V.A.	6.289,37
I.V.A. 20%	1.257,87
T o t a l e	**7.547,24**

Avv. Antonio Careddu

Avv. Antonio Careddu na.to a Nuoro il 18.10.1966 Cod. Fisc. CRD NTN 66R18 F979Q P. IVA 00965790918

L'importo della fattura può essere accreditato sul mio c/c n. 1000/379 c/o INTESA SAN PAOLO. - Filiale di Nuoro
CAB 17302 - ABI 03069 Codice IBAN IT 58L 0306917302100000000379

95

All'Ufficio Legale dell'A.S.L. n°7 Carbonia

AZIENDA U.S.L. N°7
CARBONIA
30 APR. 2009
PROT. 8727 Legale

Oggetto:rimborso spese legali relative al procedimento penale n°20495/01 R.G.N.R. N°0068/2004 R.G.G.I.P. Tribunale Penale di Cagliari.

Il sottoscritto Antonio Tuveri,in riferimento alla richiesta del 01/10/08,prot. N°21506 del Vostro Ufficio,allega copia della sentenza definitiva e la notula dello Studio Legale.

Iglesias 23/04/09

Saluti cordiali
Dr.Antonio Tuveri

AZIENDA U.S.L. N
CARBONIA
29 APR. 2009
PROTOCOLLO
ARRIVO

ASLCarbonia

U.O. CHIRURGIA D'URGENZA

P.O. S.BARBARA - IGLESIAS

Alla Direzione Generale A.S.L. N°7,Ufficio Legale

Il sottoscritto Dr.Antonio Tuveri,Direttore dell'Unita' Operativa di Chirurgia d'Urgenza del Presidio Ospedaliero S.Barbara di Iglesias,con riferimento al procedimento penale n°20495/01RGRN mod. n°0068/2004 RG GIP Tribunale penale di Cagliari,chiede,stante l'esito favorevole dello stesso,di essere rifuso dell'esborso sostenuto per le spese processuali liquidate all'Avvocato Antonio Careddu del Foro di Nuoro.

Si allegano copia della fattura n°48/08 e copia del Dispositivo della sentenza.

Iglesias 25-09-08

Distinti saluti

Il Direttore U.O.
Chirurgia d'Urgenza
Dr.Antonio Tuveri

AZIENDA U.S.L. N°7
CARBONIA
- 2 OTT. 2008
PROTOCOLLO
ARRIVO

www.aslcarbonia.it

Sede legale e amministrativa
via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia
Tel. 0781 6683236– 6683279
Fax. 0781 6683200
Mail: direzione.generale@asl7carbonia.it

U.O.CHIRURGIA GENERALE
P.O.S.BARBARA
Via S.Leonardo 1 – 09016 Iglesias
tel.0781 3922294-3922293

Studio Legale Avv. A n t o n i o C a r e d d u

via S. Emiliano n. 55 - 08100 Nuoro- tel & fax 35110 (0784)

Nuoro, 17 Settembre 2008

Gen.mo Signor
Dr.Tuveri Antonio
Reg. Palmari
09016 Iglesias

Fattura n. 48 / 08

Fattura relativa alla cura e trattazione del procedimento penale n. 20495 /01 RG RN mod 44 n. 0068/2004 RG GIP / Dr. Tuveri Antonio
Tribunale Penale di Cagliari

Competenze	6.684,50
Spese generali 12,50%	835,56
Totale	7.520,06
- 20% (art. 3 D.M. 127/04)	1.504,01
Totale	6.016,05
Spese non imponibili	150,00
Totale	6.166,05
Magg. Cass. Prev. 2%	123,32
Totale/imp. I.V.A.	6.289,37
I.V.A. 20%	1.257,87
T o t a l e	**7.547,24**

Avv. Antonio Careddu

Avv. Antonio Careddu na.to a Nuoro il 18.10.1966 Cod. Fisc. CRD NTN 66R18 F979Q P. IVA 00965790918

L'importo della fattura può essere accreditato sul mio c/c n. 1000/379 c/o INTESA SAN PAOLO. - Filiale di Nuoro

CAB 17302 - ABI 03069 Codice IBAN IT 58L 0306917302100000000379