



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA

Deliberazione n. 519

Adottata dal Direttore Generale in data 21 MAG. 2009

OGGETTO: Art. 25 CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria del SSN 1998/2001 – Procedimento penale n. 3742/2003 R.N.R. – Sentenza di assoluzione n. 2168/07 del Tribunale Ordinario Penale di Cagliari — Rimborso spese legali ai Dott.ri P.P.C. e A.M.

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. 3742/2003 R.N.R. per il reato di cui all'art. 589 c.p.;

DATO ATTO che nei loro confronti è stata pronunciata dal Tribunale Ordinario Penale di Cagliari sentenza di assoluzione n. 2168/07, che si allega alla presente per farne parte integrante, divenuta irrevocabile per gli aspetti penali come confermato dal difensore di fiducia di entrambi gli imputati con nota n. 8595 del protocollo aziendale del 27.04.2009, che pure si allega alla presente per farne parte integrante;

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 le fatture n. 28 e n. 29 del 06.04.2009 di pari importo, € 17.034,59, rilasciate dal difensore di fiducia di entrambi gli imputati, allegate alla presente per farne parte integrante;

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. e A.M., in quanto indenni dalla responsabilità ascritta, hanno diritto di ottenere il rimborso delle spese legali sostenute per la difesa nel procedimento di cui trattasi;


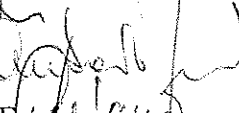

IL DIRETTORE GENERALE

SENTITI in merito il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

D E L I B E R A

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. 28 del 06.04.2009 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 17.034,59;
- di liquidare al Dott. A.M., sulla base della fattura allegata n. 29 del 06.04.2009 rilasciata dal difensore di fiducia, l'importo di € 17.034,59;
- di imputare quindi l'importo complessivo di € 34069,18 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;

DIR. AMM. 
DIR. SAN. 
UFF. LEGALE 



Il Direttore Generale
~~Dott. Pietro Pasquale Chessa~~

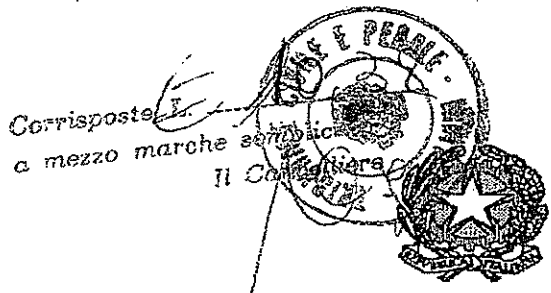
Add/

784

ORIGINAL

N. 3842/07 r.r.
N. 958/05 r.g.

N. 2168/07 r.s.
Data dep. 19-1-08
Data irr. _____
N. _____ r.e.
N. _____ camp. pen.



**TRIBUNALE DI CAGLIARI
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Il Tribunale di Cagliari, in composizione monocratica, nella persona della dott.ssa Maria Cristina Lampis, alla pubblica udienza del 30 ottobre 2007, ha pronunciato e pubblicato, mediante lettura del dispositivo, la seguente

SENTENZA

nel procedimento penale

contro

CHESSA PIETRO PASQUALE, nato a Orune il 27 marzo 1948, residente in Capoterra, località Poggio dei Pini, strada 66 s.n.

LIBERO - PRESENTE

MEDDA ALESSANDRO, nato ad Iglesias il 23 febbraio 1947, residente in Carbonia, via Cannas di Sopra s.n..

LIBERO - PRESENTE

IMPUTATI

Capo A) del reato di cui all'art. 589 cod. pen. per aver cagionato, per colpa, la morte di Salvatore Pisanu, verificatasi il 6.10.2001 presso l'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Cagliari a causa del grave stato settico insorto sul paziente per effetto di una fistola duodenale esterna.

luc

Colpa consistita:

- per Binaghi, Palmas, Aronica ed Thibelault (per i quali si è proceduto separatamente) in negligenza ed imperizia in quanto nel corso dell'intervento di colecistectomia effettuato in data 20.10.1997, presso l'Ospedale "S. Antonio" di Cagliari, il Binaghi quale chirurgo e primo operatore, Palmas ed Aronica quali chirurghi cooperatori e la Thibelaut quale ferrista, dimenticavano del cotone all'interno dell'addome del paziente;
- per Chessa e per Medda in imprudenza e imperizia in quanto, mentre il predetto Pisanu si trovava ricoverato presso l'Ospedale "Sirai" di Carbonia a seguito dell'intervento chirurgico per l'asportazione del cotone ancora presente nell'addome, durante la degenza ospedaliera postoperatoria, il Chessa quale primario e chirurgo operatore e il Medda quale medico endoscopista, effettuavano in data 20.09.2001 un esame di esofagogastroduodenoscopia in assenza di qualsiasi indicazione diagnostica e terapeutica che giustificasse l'indagine predetta e che, per le modalità di esecuzione, cagionava l'aggravamento delle condizioni del paziente ed il conseguente stato settico che provocava la morte del Pisanu ed anche per non avere effettuato i necessari esami ematochimici nel periodo compreso tra il 20 ed il 29 settembre.

Nelle date e nei luoghi sopra indicati.

§

CONCLUSIONI

Il Pubblico Ministero, chiede preliminarmente che venga disposta nuova perizia.

Nel merito, affermazione della penale responsabilità degli imputati e condanna, previa concessione delle attenuanti generiche, alla pena di anni uno di reclusione ciascuno.

Il Difensore delle Parti Civili (Avv. M. Schirò): "Voglia il giudice affermare la penale responsabilità degli imputati e condannarli alle pene ritenute di giustizia ed al risarcimento del danno a favore delle parti civili costituite come da conclusioni scritte depositate unitamente a nota spese".

Il Difensore degli imputati (Avv. G. Manca Bitti per entrambi), si oppone alla richiesta riapertura dell'istruttoria dibattimentale per nuova perizia.

Nel merito: assoluzione di entrambi gli imputati per non aver commesso il fatto.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con decreto che dispone il giudizio, emesso dal Giudice dell'udienza preliminare in data 30 giugno 2005, CHESSA PIETRO PASQUALE e MEDDA ALESSANDRO sono stati chiamati a rispondere del reato di cui all'art. 589 c.p. in danno di Pisanu Salvatore.

Nel corso dell'udienza preliminare vi è stata costituzione di parte civile dei prossimi congiunti del Pisanu (Tocco Mariangela, Pisanu Stefania e Pisanu Giuseppe).

Il processo, articolatosi in diverse udienze, è stato celebrato in presenza degli imputati ed è stato istruito attraverso l'escussione di numerosi testimoni, l'acquisizione dei documenti (fra i quali: la consulenza tecnica autoptica del dott. Giuseppe Porcu; le cartelle cliniche relative ai diversi ricoveri del Pisanu; le relazioni medico-legali redatte dai consulenti tecnici del P.M. e degli imputati; il verbale dell'udienza preliminare del 15 luglio 2005 nel corso della quale vennero esaminati i periti nominati dal GUP), il conferimento di incarico peritale sulle cause del decesso del Pisanu e sulla ravvisabilità di eventuali profili di colpa dei sanitari che l'ebbero in cura, l'esame dell'imputato Chessa Pietro Pasquale.

§§

Pisanu Salvatore decedette il 6 ottobre 2001 presso il Reparto di Anestesia e Rianimazione del presidio ospedaliero "San Giovanni di Dio" in Cagliari.

A seguito di presentazione di querela, nello stesso giorno, da parte del coniuge Tocco Mariangela - la quale esponeva il proprio convincimento in ordine a gravi negligenze imputabili ai sanitari che avevano avuto in cura il congiunto - vennero acquisite le cartelle cliniche relative ai diversi ricoveri subiti dal Pisanu.

L'esame delle cartelle cliniche (versate agli atti del presente processo) evidenzia i dati che di seguito si riportano, distinti in relazione ai singoli ricoveri della persona

offesa.

*

ricoveri presso la Casa di Cura Sant'Antonio di Cagliari

Pisanu Salvatore venne ricoverato, una prima volta, dal 6 all'11 ottobre 1997 con diagnosi alla dimissione di "*sospettata non repertata urolitiasi. Colelitiasi*"; durante questa degenza si praticò una consulenza chirurgica con indicazione alla colecistectomia.

Nel corso di un secondo ricovero ivi avvenuto dal 19 al 25 ottobre 1997, al Pisanu fu praticato intervento per colecistectomia in data 20 ottobre 1997 per diagnosi di "*colecistite cronica litiasica*"; il diario clinico segnala alla data delle dimissioni (25 ottobre) il decorso postoperatorio regolare ("*condizioni generali buone...ferita in ordine. Canalizzato a feci e gas. Si dimette*");

**

ricovero presso il presidio ospedaliero "Sirai" di Carbonia dal 9 agosto 2001 al

30.9.2001

Diagnosi di ingresso "*appendicite acuta*", con anamnesi patologica prossima di "*dolore sub-continuo al fianco ed all'ipocondrio dx irradiato alla regione lombare omolaterale da tre giorni, in assenza di nausea, dolore o febbre*". Anamnesi patologica remota di colecistectomia nel 1997, litiasi renale bilaterale, bronchite cronica. Vengono di seguito programmati ed eseguiti esami di routine (ematici, RX diretta ed ecografia addome); il referto ECO dell'addome del 9 agosto rileva "*tra il 4 e il 5 seg. grossolana formazione iperecogena a banda di natura non ben precisata*" ed il referto di Rxgrafia addome dello stesso giorno "*...presenza nell'ipocondrio dx nella presunta sede della colecisti (pregressa colecistectomia) di corpo estraneo nastriforme Xopaco..*".

Il 10 agosto 2001 si esegue intervento chirurgico (dott.ri Chessa, Piras e Piredda). Viene così descritto: "*Diagnosi: Tumefazione ipocondrio dx. Intervento: toilette cavità ascessuale. Posizionamento drenaggio tubolare...Rilaparotomia sottocostale dx. Raggiunto il peritoneo lo si apre... blocco aderenziale al di sopra di una*

tumefazione sottoepatica, rotondeggiante di consistenza teso elastica. La si apre e dà esito a pus grigiastro fetido. Dalla cavità si estrae residuo di cotone 20 x 20. Si deterge la cavità residua con garza imbevuta di H₂O₂. Si posiziona drenaggio tubulare nella cavità e si fa uscire da controapertura della parete ...”.

Nei giorni successivi, le condizioni del paziente vengono descritte come “discrete” e “buone”, la peristalsi è presente, l'addome trattabile, il paziente si alimenta. Il 14 agosto si richiede transito con gastrographin ed inizia l'alimentazione parenterale (Kabimix 1800 Kcal.); nello stesso giorno è eseguito esame contrastografico (si veda referto in atti).

Le condizioni del paziente sono ancora definite “discrete” il giorno 16 agosto; si registra presenza di materiale biliare dal drenaggio; vengono eseguiti fistolografia (referto del 16 agosto in atti) ed esame ecografico dell'addome (referto in atti).

Condizioni ancora “buone” nei giorni dal 17 al 22 e di seguito sino al 12 settembre; definite “stazionarie” il 16 settembre; il 18 settembre è richiesto transito con gastrophin.

Il giorno 20 settembre è annotato “sta bene”; si esegue EGDScopia. Si legge il referto in pari data: “...esame condotto senza insufflazione a causa della pregressa verosimile perforazione duodenale... stomaco: mucosa diffusamente iperemica con diffuse erosioni. Il piloro è deformato per la presenza di tessuto di granulazione che impedisce una corretta osservazione; con qualche difficoltà si riesce a superarlo esplorando quindi sino alla II porzione duodenale. Si posiziona un filo guida attraverso il quale una volta rimosso lo strumento si posiziona un sondino n.g. radio-opaco.

N.B. al successivo controllo in scopia si nota che il sondino è posizionato nello stomaco ... diagnosi: gastrite erosiva ... deformazione pilorica...”.

In data 21 settembre compare la dicitura “Idem”; il 23 settembre “Condizioni generali stazionarie” e stabilizzazione dell'entità della secrezione del drenaggio (circa 300 cc nelle 24 ore); condizioni stazionarie anche il 28 settembre. Si esegue in questa data un eco addome completo (“All'attuale controllo non si apprezzano falde

liquide libere in addome. Presenza del noto catetere di drenaggio in ipocondrio dx. fegato aumentato di dimensioni, di morfologia regolare, ad ecostruttura disomogenea; nel segmento 8 si rileva immagine iperecogena rotondeggiante per verosimile angioma capillare (opportuno follow-up a breve distanza - 1 mese). Pancreas nei limiti della norma per dimensioni, morfologia e riflessione parenchimale; wirsung di calibro regolare. Milza di dimensioni, morfologia ed ecostruttura nei limiti della norma, senza evidenti lesioni focali. Reni in sede, morfologicamente normali con cortico midollare ben rappresentata; nei limiti della norma gli echi calico-pielici e le vie escrettrici. Vescica vuota").

In data 29 settembre viene annotato ad h. 21:00 "Il paziente è tachicardico 140/m PA 130/100 iperteso e iperglicemico perché ha aumentato volontariamente il flusso del Kabimix. Si interrompe la somministrazione del Kabimix. Si somministrano 5 + 5 Tl di Actrapid"; ad ore 8:00 del 30 settembre: "paziente agitato, confuso, polso piccolo e tachifrequente. Si esegue emogas e si richiedono esami ematochimici. Si incannula una vena periferica...si propone il trasferimento in rianimazione...". Dopo una consulenza anestesialogica l'ulteriore esame emogasanalitico evidenzia una notevole acidosi metabolica; visto l'aggravarsi del quadro clinico, si programma il trasferimento in Terapia Intensiva;

ricovero presso la Divisione di Terapia Intensiva del presidio ospedaliero "S. Barbara" di Iglesias dal 30 settembre 2001 al 5 ottobre 2001

all'ingresso del paziente in reparto viene segnalato "sensorio obnubilato, intensa sudorazione algida...Torace:non rumori patologici significativi...Addome: trattabile non dolente alla palpazione superficiale e profonda...si esegue EGA di controllo: acidosi metabolica grave, ipocapnia". Il Pisanu rimane in quella giornata "vigile e collaborante" seppure "non ben orientato nel tempo e nello spazio"; è apiretico con addome sempre trattabile e peristalsi a volte assente, a volte presente. Le sue condizioni generali vengono ritenute e si mantengono molto gravi anche nei giorni seguenti (1/10: "condizioni generali scadute"; 2/10: "soporoso...disorientato

nel tempo e nello spazio”; 3/10: “condizioni generali molto gravi...paziente sempre soporoso ma facilmente risvegliabile...apiressia”; 4/10: “gravi acidosi...le condizioni del pz appaiono nettamente peggiorate...addome trattabile, peristalsi torbida...si osserva un progressivo peggioramento delle condizioni generali del pz con sudorazioni algide...calo pressorio...il pz appare soporoso e difficilmente risvegliabile...consulenza chirurgica...intubato”; 5/10: “eseguito EGA di controllo: acidosi metabolica...condizioni sempre gravissime...si richiedono d'urgenza 4 unità di plasma fresco, anche in considerazione dell'alterazione dei parametri coagulativi...correzione quasi completa dell'acidosi metabolica”).

Il costante monitoraggio segnala valori glicemici elevati, leucocitosi neutrofila e segni di alterazione della funzionalità epatica e renale; la TC dell'addome eseguita il 30.9.2001 evidenzia: “...nel letto colecistico, a livello sottoepatico, periduodenale e nell'angolo colico destro è presente tessuto denso di aspetto prevalentemente fibroticocicatrizziale-aderenziale inglobante le suddette strutture...in questa ganga tissutale si staglia il tubo di drenaggio che decubita circa all'altezza del ginocchio superiore del duodeno, ove viene riferita fistolizzazione...non sono rilevabili raccolte idriche patologiche nei restanti recessi addominali...né segni di gas libero nell'addome o vistosi livelli idroaerei”.

Una ecografia addominale eseguita il 4 ottobre 2001 segnala “...presenza di area iperocogena al II e III segmento epatico di mm 22 (steatosi focale ? sofferenza tessutale ?). .. Esiti di colecistectomia. VBP e VP apparentemente nella norma per calibro e decorso. In sede pilorica e duodenale prossimale è presente ispessimento parietale per la presenza di verosimile tessuto di tipo fibrotico – cicatrizziale nel cui contesto si apprezza la presenza di area anecogena irregolare di mm 11 (piccola raccolta ascessuale ?). Pancreas nella norma per dimensioni ... milza regolare. Reni bilateralmente in sede di regolare dimensioni e struttura ...”;

ricovero presso la Divisione di Terapia Intensiva del presidio ospedaliero “San Giovanni di Dio” di Cagliari:

Il Pisanu entra in reparto alle 16,30 del 5 ottobre 2001; viene collegato al respiratore; è sempre ipoteso; alle 21,30 si infonde emagel 500 ml e più tardi diverse unità di sangue e piastrine; è in grave stato di acidosi metabolica; le sue condizioni alle 17,10 vengono definite "gravissime"; pervengono il 6 ottobre 2001 gli esami ematochimici che documentano una grave piastrinopenia e coagulopatia da consumo; dalle ore 19,00 del 6/10 si susseguono episodi di asistolia e bradicardia; alle 20,30 se ne constata il decesso.

§§§

La presentazione della querela da parte dei familiari del Pisanu determinò l'avvio delle indagini ed il conferimento al dott. Giuseppe Porcu, anatomopatologo, di incarico di **esame autoptico**.

Si legge, nella relazione datata 28.11.2001, la seguente diagnosi anatomoistopatologica: *"sepsi di verosimile natura batterica e sovrapposizione micotica (candida), con prevalente localizzazione polmonare e pleurica sotto forma di focolai ascessuali ed emorragie di tipo petecchiale della sostanza nervosa centrale, esantema cutaneo e diffuse emorragie petecchiali. Edema diffuso della sostanza nervosa centrale. Edema polmonare bilaterale terminale. Versamento pleurico bilaterale. Versamento peritoneale con focolaio flogistico riacutizzato nella regione epato-duodenale. Esiti cicatriziali all'ipocondrio destro e sclerotici peritoneali di intervento chirurgico per colecistectomia. Due ferite chirurgiche recenti all'ipocondrio destro per re-intervento chirurgico. Aterosclerosi lieve dell'aorta e dei suoi rami principali. Ulcere gastriche ed esofagee. Ulcerazioni della mucosa vescicale, verosimilmente da decubito. Ipertrofia del parenchima epatico, prevalentemente da stasi."*

Risultano di particolare interesse i seguenti dati dell'autopsia:

dell'esame esterno: *"la cute facilmente scollabile e sono ben evidenti aree di esantema e di emorragia petecchiale disposte nel dorso e regione lombo sacrale.... Dalle cavità nasali fuoriesce del materiale ematico parzialmente coagulato. Si osserva, inoltre, del materiale ematico che fuoriesce dalla cavità orale";*

all'apertura della cavità addominale: "... il peritoneo parietale e viscerale liscio e lucente, le anse intestinali ... presentano colorito marroncino-verdastro o grigio-nerastro per incipienti fenomeni autolitici ... versamento libero nelle cavità addominali di un materiale liquido siero-ematico.... Si osserva inoltre estesa aderenza parietale sottostante la cicatrice ipocondriaca, in una regione compresa tra il margine inferiore del fegato, l'ansa duodenale ed il colon trasverso. I cavi pleurici ... raccolgono ciascuno 1000 cc di liquido siero-ematico".

Fegato, reperto macroscopico: "... nello scavo della cistifellea si osserva fistole biliare che mette in comunicazione questa regione con il duodeno".

Duodeno, reperto macroscopico: "... mucosa diffusamente infiltrata... si osserva inoltre la già citata fistola che mette in comunicazione le vie biliari con la cavità duodenale". Reperto microscopico: "(micro foto da 26 a 36) parte di intestino tenue e tessuto connettivo adiposo e fibroso, interessati da esteso infiltrato linfomonocitario e granulocitario con zonale spandimento emorragico".

Nell'offrire le proprie conclusioni al P.M., il dott. Porcu osservò che la morte di Pisanu Salvatore era da rapportare "ad uno stato settico derivato, con alta probabilità, da una infezione a partenza dalle vie biliari-duodeno, luogo di formazione di una sacca ascessuale per la presenza di un corpo estraneo (cotone delle dimensioni di cm. 20x20)".

Nel determinismo della morte di Pisanu Salvatore si era verificata una sequenza di momenti causali che potevano sintetizzarsi:

nella causa remota, da individuarsi nel ritrovamento del cotone nella cavità addominale quale conseguenza del pregresso intervento per colecistectomia eseguito presso una clinica privata di Cagliari; ritrovamento documentato dalla descrizione del chirurgo che effettuò il secondo intervento e dall'osservazione diretta dei reperti istologici di "materiale amorfo lanceolato completamente circondato da un tessuto connettivo fibroso" compatibile con le fibre di cotone "imbrigliate"; dalla successiva formazione della fistola bilio-duodenale; la presenza del corpo estraneo nella cavità addominale determinò il dolore subcontinuo all'ipocondrio di

destra che costrinse il Pisanu al ricovero presso l'Ospedale "Sirai" di Carbonia; il programmato intervento per "appendicite acuta" rilevò ciò che già la diretta all'addome (eseguita prima del ricovero) aveva indicato ossia la "*presenza nell'ipocondrio dx nella presunta sede della colecisti...di un corpo estraneo nastriforme opaco*" oltre alla formazione di una raccolta sottoepatica ascessuale legata alla presenza del cotone; nel corso dell'intervento in esame venne asportato il corpo estraneo ed effettuata la necessaria toilette; si posizionò quindi un tubo di drenaggio per far defluire il materiale purulento e rimaneggiare la sacca attraverso la formazione di un tessuto di granulazione; il drenaggio della regione anatomica interessata non ebbe l'evoluzione desiderata, secondo il dott. Porcu, a motivo di una flogosi già presente e rilevata all'esame istologico (relazione, pag. 27: "*...imponente flogosi nella regione anatomica del reintervento e delle numerose aree ascessuali nel parenchima polmonare e foglietto pleurico dove si sono rinvenute numerose ife fungine (candida), nonché dal risultato dell'esame colturale del liquido del drenaggio addominale effettuato in data 30.9.2001 nel quale si sono rilevati una serie di microorganismi e numerosi batteri*").

Stigmatizza il consulente anatomopatologo anche un terzo fatto, avvenuto il 29 settembre 2001 nel corso della degenza al Sirai, che si inserisce nell'evoluzione clinica del caso e viene riportato nel diario clinico allorché i sanitari trovarono modificate le condizioni del Pisanu per l'aumento volontario del flusso del Kabimix. Da questo momento in poi si inserisce lo stato settico e l'insufficienza multiorgano nella fase finale.

Nel pronunciarsi anche sui successivi quesiti postigli dal P.M. (relativi alla correttezza e tempestività delle condotte dei sanitari nei confronti del paziente), il CT sottolineò le condotte colpose dei sanitari che effettuarono l'intervento di colecistectomia presso la Clinica Sant'Antonio nel 1997 per la dimenticanza del cotone all'interno dell'addome del paziente; concluse invece per l'osservanza, da parte dei sanitari che ebbero in cura il Pisanu nei successivi ricoveri (Sirai di Carbonia, S. Barbara di Iglesias, San Giovanni di Dio di Cagliari), delle "comuni

regole doverose di condotta professionale e di assistenza”.

Sottolineò, in particolare, che la sepsi si era presentata dopo cinquanta giorni dall'intervento chirurgico per l'evacuazione dell'ascesso sottoepatico e che la stessa poteva essere messa in relazione con l'anomala somministrazione del Kabimix giacché il quadro clinico del paziente era improvvisamente peggiorato dal 29.9.2001 (giorno in cui si rilevò l'episodio dello scorretto flusso del Kabimix) mentre, prima di allora, la documentazione sanitaria non evidenziava un quadro clinico rapportabile a sepsi; il dott. Porcu rimarcò che fra gli effetti collaterali dell'anomala assunzione del Kabimix vi erano quadri di scompenso a carico di organi ed apparati sino al coma, con predisposizione o peggioramento di stati infettivi (relazione, pag. 28: *“In altri termini, posto che l'infezione a livello della regione anatomica di cui sopra conteneva numerosi microorganismi (vedi referto dell'esame colturale del liquido di drenaggio), potenzialmente patogeni, l'azione sconsiderata del Pisanu nell'aumentare il flusso del Kabimix può avere causato una condizione tale da permettere una diffusione di detti germi (peraltro costituiti da diverse categorie di germi – batteri e miceti – responsabili di superinfezioni non responsive alle comuni terapie) e quindi lo stato settico in cui si è venuto a trovare...nell'arco di pochissimi giorni...”*).

§§§§

Risulta non trascurabile la ricostruzione della vicenda operata attraverso le deposizioni testimoniali raccolte, in particolare di quelle provenienti dai prossimi congiunti della vittima.

Tocco Mariangela, coniuge del Pisanu e querelante, ha riferito che il marito, avvertendo forti dolori addominali, si presentò al pronto soccorso dell'Ospedale “Sirai” di Carbonia dove gli venne inizialmente diagnosticata una appendicite; il Pisanu venne sottoposto ad esami radiologici ed ecografici (*“mio marito mi disse: Mi hanno fatto un sacco di domande su un vecchio intervento, poi il personale addetto alle analisi con le lastre in mano si guardavano e sorridevano”*) ed informato dal dott. Chessa che il giorno dopo sarebbe stato sottoposto ad un intervento

“esplorativo”; il giorno successivo, nel parlare con la Tocco, l'imputato riferì che il Pisanu aveva un “*ascesso*”; il paziente venne sottoposto ad alimentazione parenterale dal 15 agosto (Tocco: “*Per due giorni ha mangiato e il 15 agosto hanno fatto tutti questi accertamenti, gli hanno messo la sacca, il sondino ed è rimasto così fino a un bel po' di tempo, fino ad effettuare la gastroscopia*”).

A quel punto, il Chessa li informò che nell'addome era rimasta posizionata una garza, verosimilmente lasciata nel corso dell'intervento di colecistectomia eseguito nel 1997, ma che il corpo estraneo era stato rimosso favorevolmente; in effetti – ha proseguito la Tocco – sembrava che il decorso postoperatorio fosse normale ad eccezione della scelta di alimentare il paziente per via parenterale (Tocco: “*...perché dice che non si poteva alimentare, per due giorni mio marito aveva mangiato, poi si sono accorti che aveva questa fuoriuscita e poi hanno dovuto somministrare questo medicinale*”).

Iniziò infatti ad esser somministrato attraverso flebo (“*Era una sacca bianca, si metteva l'orario, si iniettava e poi quando finiva..*”) il Kabimix, talvolta a bassissima temperatura (Tocco: “*E' stata effettuata tante volte anche congelata*”) e si verificò un episodio che ella apprese da suo fratello Tocco Maurizio, recatosi a trovare il cognato degente: un infermiere aveva accusato il Pisanu di aver volontariamente manipolato il sistema di erogazione del Kabimix, provocandone la fuoriuscita in tempi troppo rapidi rispetto al protocollo.

Nel racconto che ne ebbe la Tocco dal fratello, il Pisanu avrebbe negato decisamente di essere intervenuto sull'erogatore; si sarebbe sentito molto male tanto da dover essere trasferito presso l'ospedale di Iglesias (Tocco: “*Mi aveva chiamato la dott.ssa e mi aveva detto che era da trasportare immediatamente ad Iglesias perché a Carbonia non c'era più niente da fare..*”).

Sempre in tema di Kabimix, la teste ha inoltre dichiarato: che non era abitudine del Pisanu intervenire sul sistema di erogazione del liquido (così come del resto i suoi familiari); che quel giorno (29 settembre 2001) la teste si era recata in ospedale attorno alle 12,30, trattenendosi sino alle 20,00; in tale periodo la sacca del Kabimix

era inserita, non era mai stata sostituita e "gocciolava normalmente"; che il marito quel giorno si lamentava perché stava già male; che nel corso del successivo ricovero del Pisanu ad Iglesias, il Chessa le disse che era stato suo marito a manovrare la valvolina di erogazione del Kabimix (Tocco: "Mi ha detto le testuali parole: "Suo marito l'ha combinata grossa"); su domanda del difensore degli imputati ha ammesso che il Pisanu si lamentava spesso anche del fatto che l'infusione scendeva a velocità sempre diverse ed a volte era molto veloce; in questi casi chiamava il personale infermieristico e chiedeva di modificare la velocità del flusso.

La teste ha quindi escluso di aver parlato con il personale infermieristico dell'episodio in riferimento.

Tocco Maurizio ha ripercorso l'episodio riferendo che si recò in ospedale alle 20,15 circa; il cognato, molto adirato, gli riferì immediatamente di essere stato rimproverato da un infermiere per "avere manomesso la manopola del Kabimix", e negò decisamente l'accaduto; in quel frangente stava molto male (Tocco: "...sudava, non era lucido nel parlare, non vedeva bene"); il teste chiamò subito l'infermiere che controllò la glicemia, misurò la pressione e dopo circa un quarto d'ora fece al Pisanu un'iniezione di insulina, ripetendo periodicamente queste operazioni nel proseguo della sera (il teste ha affermato che nel corso della sua permanenza in ospedale, sino alle 23,45, per tre volte si utilizzò la terapia insulinica).

Anche il teste in parola ha confermato le lamentele del Pisanu in ordine alla somministrazione del Kabimix "congelato" (Tocco: "Ha detto: Oggi l'infermiere si è dimenticato di scongelare il Kabimix...a me l'ha detto solo una volta") ed altresì la circostanza che la persona offesa fosse perfettamente informato sui tempi e la durata di somministrazione.

Nel corso del controesame ha peraltro ammesso di essere stato presente al rimprovero dell'infermiere in esito a lettura in contestazione delle dichiarazioni contenute nel verbale di s.i.t. rese alla Guardia di Finanza (verb. ud. 30.3.2006, pag. 41: "Alle 22 circa cambiò l'infermiere e quello montante, una volta entrato in camera rimproverò mio cognato sul sovradosaggio del Cabimix. Io ero in stanza e

disse <Ma cosa mi ha combinato?>, poi ricordo che fu diminuito il dosaggio per poi staccarlo verso le 22 e 30").

Il Tocco ha quindi ricordato che sulla sacca, al suo arrivo, erano ancora contenuti circa 250 cc di liquido e risultava annotata l'ora di inizio della terapia ("C'era scritto 13 e 45").

Nel corso di una sofferta ma puntuale e dettagliata deposizione, la figlia della persona offesa, **Pisanu Stefania**, ha reso la seguente ricostruzione dei fatti.

In prossimità del ferragosto 2001, suo padre avvertì dei dolori all'altezza dell'addome; il medico di base, dott.ssa Montisci, che lo visitò, ipotizzò un'infezione all'appendice e gli fece l'impegnativa per il ricovero ospedaliero.

Il Pisanu si presentò al pronto soccorso dell'ospedale "Sirai" di Carbonia dove i sanitari che lo visitarono gli fecero presente che era necessario ricoverarlo; il paziente rifiutò e tornò a casa; chiamò la "Casa di Cura Sant'Antonio" di Cagliari per farsi ricoverare lì ma seppe che era chiusa; nel frattempo i dolori aumentarono ed egli fu costretto a ripresentarsi al "Sirai". Venne sottoposto ad esami radiografici in esito ai quali gli venne chiesto se, in precedenza, aveva subito un intervento chirurgico ed egli rispose citando l'intervento per colecistectomia nel 1997 presso la clinica privata "Sant'Antonio" di Cagliari; i sanitari rimasero "titubanti" e lo ricoverarono immediatamente senza parlare di nuovo intervento.

Il giorno successivo egli chiamò dall'ospedale per informarli che i medici avevano deciso di operarlo d'urgenza per "appendicite"; subito dopo l'intervento, in sala d'attesa, la teste riuscì a fermare il dott. Chessa il quale, a suo dire in modo sfuggente, li rassicurò sulla riuscita dell'intervento e sulla causa dei dolori (Pisanu: *"Stia tranquilla, è andato tutto bene, è un ascesso. Suo marito aveva subito un'operazione di colecisti e ...per la maggior parte delle volte è possibile che si formi un ascesso, però abbiamo asportato, pulito quindi è stato anche fortunato"*).

Il postoperatorio sembrò, inizialmente, regolare ed il Pisanu riprese immediatamente ad alimentarsi normalmente; ricevette quindi una visita del Chessa il quale lo mise al corrente della reale natura dell'intervento praticatogli (Pisanu: *"Ci disse che gli*

aveva detto che in realtà non era appendice..non era un ascesso come disse, ma aveva trovato un pezzettino di garza. Sdrammatizzò, mio padre ricordo che il giorno era sconvolto...addirittura mio padre ci raccontò che Chessa disse: Guardi che sono cose che succedono, è successo anche a me, però io ho avuto la prontezza di agire in tempo e di non rendere la cosa...tant'è che la paziente non se ne accorse”).

Dopo essersi alimentato normalmente per alcuni giorni, a seguito di una visita “di contrasto” i pasti furono sospesi (Pisanu: “Chessa notò che non era andato così tanto bene perché evidentemente gli organi avevano inglobato la garza e al momento dell'estrazione si era formato un buchetto nel duodeno”); era il 15 agosto 2001. Da quel giorno “gli misero il sondino e...fu alimentato col Kabimix e un'altra soluzione”.

La somministrazione del Kabimix non fu senza problemi; suo padre lamentava la costante mancata osservanza dei tempi di infusione, giacché talvolta il preparato si esauriva prima delle 24 ed altre volte più lentamente (Pisanu: “Mi ricordo che l'argomento del giorno quando andavo a trovarlo era quello”).

I sanitari, ed in particolare Chessa, erano preoccupati per il mantenimento, costante, del livello del drenaggio; si decise allora di effettuare una gastroscopia, esame dal quale il Pisanu tornò sconvolto ed in sedia a rotelle, affermando di aver provato un dolore mai sentito prima (Pisanu: “...perché gli era stato infilato un sondino e come se avesse trovato un intoppo e quindi il Medda che aveva effettuato la gastroscopia aveva dato uno strattone e quindi gli aveva provocato un dolore tremendo. Tant'è che mio padre aveva un colorito strano il giorno e glielo ho detto, tornò in sedia a rotelle ed ogni volta che andavamo a trovarlo non lo trovavamo più nell'andito ad aspettarci ma da quel giorno rimase a letto”).

Una settimana prima del decesso, esattamente il 29 settembre, si verificò un altro fatto relativo alla somministrazione del Kabimix.

Durante la visita che la teste gli fece, il Pisanu lamentò di non sentirsi bene (Pisanu: “...mi sta calando la vista, non riesco neanche a leggere bene”) e disse che i medici avevano imputato questo stato a debolezza giacché, per il resto, anche il drenaggio

era migliorato dopo la gastroscopia. La teste ha precisato di essere arrivata attorno alle 17:30/18:00 e, per tutta la durata della sua permanenza (ossia sino alle 20:10), nessun infermiere era entrato nella camera; il padre aveva la flebo di Kabimix ed il preparato defluiva normalmente. Seppe, quindi, il giorno dopo, dallo zio Tocco Maurizio, giunto nella camera poco dopo l'allontanamento della teste, che il padre era stato rimproverato per aver manipolato la rotellina del microgocciolatore, accusa che aveva negato decisamente (Pisanu: "...mio padre è una persona molto scrupolosa, molto precisa, e non si sarebbe assolutamente mai permesso di andare oltre quello che era la sua professione"); sempre il giorno 30 settembre, il Pisanu le chiamò per avvisarle dell'intenzione dei sanitari di trasferirlo all'ospedale di Iglesias (Pisanu: "perché si era aggravato, gli si era sollevata la glicemia durante la notte, c'era uno scompenso totale nelle analisi e quindi hanno deciso di trasferirlo").

Ad Iglesias i familiari trovarono anche il dott. Chessa ed il dott. Medda (Pisanu: "...erano lì che giravano negli anditi. Noi eravamo già sconvolti, mi ricordo che la sera incrociammo Chessa...e lui disse: Io non lo so cosa ha combinato suo marito").

Ad Iglesias i medici si domandavano che cosa era stato fatto al paziente; il 4 ottobre il Pisanu venne trasferito alla Rianimazione del San Giovanni di Dio a Cagliari (Pisanu: "...si parlava di una possibile operazione che sarebbe potuta avvenire, però i valori erano talmente...").

La teste ha infine confermato le lamentele del padre circa la temperatura (ghiacciata) della sacca del Kabimix precisando che il preparato veniva posizionato dagli infermieri; richiesta di precisare il perché non avesse mai riferito dell'episodio avvenuto il 29 settembre in ordine all'erogazione troppo rapida del Kabimix (ai colleghi del padre ma anche in sede di querela e sommarie informazioni), la Pisanu ha dichiarato che forse il particolare le era sfuggito.

Montisci Maria Rosaria, medico di base di Pisanu Salvatore, ha integralmente confermato la ricostruzione dei fatti resa da Pisanu Stefania in ordine ai prodromi del ricovero ospedaliero al "Sirai"; la teste consigliò infatti al Pisanu una consulenza chirurgica per verificare l'eziologia dei dolori all'addome lamentati dal paziente.

Seppe quindi dalla moglie del Pisanu che questi aveva rifiutato il ricovero e si recò personalmente presso l'abitazione per convincerlo. Conobbe quindi del fatto che Pisanu era stato inserito nella lista degli interventi per il giorno dopo.

Nel parlare con la moglie alcuni giorni dopo, la teste apprese che non si era trattato di un'appendicite ma di un ascesso sotto il fegato. L'affermazione la lasciò perplessa ed il 14 agosto decise di andare a parlare con il paziente, in ospedale. Lo trovò *"in condizioni generali anche discrete subito dopo l'intervento"* ed il Pisanu le confermò il rinvenimento di *"una formazione ascessuale determinata da una garza dimenticata dal precedente intervento"*.

Lo trovò ancora bene in occasione di una successiva visita (Montisci: *"...avevo valutato che poteva stare anche discretamente. Ci siamo incrociati nell'andito, abbiamo passeggiato, mi ha raccontato di stare meglio, di avere avuto qualche complicanza e che sempre il primario gli aveva detto che preferiva non fargli subire un altro intervento ma piuttosto...alimentarlo per via parenterale e risolvere così la situazione"*). Venne a sapere dai familiari che la situazione era peggiorata e che si era reso necessario il trasferimento del Pisanu ad Iglesias; si recò a trovarlo colà ma lo trovò "soporoso" in quanto sottoposto a coma farmacologico; ne parlò con una collega del posto che le riferì che si stava valutando un altro trasferimento a Cagliari e forse un nuovo intervento chirurgico.

Giorgio Pia, all'epoca dei fatti medico presso l'ospedale "San Giovanni di Dio" di Cagliari, ha esposto di essere stato richiesto da una parente della famiglia Pisanu di interessarsi delle condizioni della persona offesa in relazione alle quali i familiari erano preoccupati soprattutto per il protrarsi della degenza al Sirai.

Il teste si mise in contatto con il dott. Chessa (che personalmente non conosceva) il quale, gentilmente ma decisamente, gli puntualizzò che il Pisanu *"era al corrente di tutte le sue vicissitudini cliniche"*.

Dopo questo colloquio, i parenti del Pisanu gli chiesero di contattare un chirurgo per una consulenza ed egli si rivolse al direttore della Clinica Chirurgica del San Giovanni di Dio il quale diede la disponibilità in caso di trasferimento del paziente in

quel presidio ospedaliero.

*

Diversi testi escussi fanno parte del personale infermieristico del presidio ospedaliero "Sirai" di Carbonia.

Mura Maria Beatrice ha riferito che il Kabimix viene somministrato seguendo un preciso protocollo, a temperatura ambiente, con infusione diffusa tra le 24 e le 36 ore e mai in tempi inferiori alle 12 ore; ha precisato di non ricordare che tipo di deflussore venisse impiegato all'epoca (morsetti o rotellina) e comunque di non aver mai notato degli interventi modificativi del flusso su richiesta o su iniziativa personale del paziente (Mura: *"A me no, ma non l'avrei comunque fatto perché deve andare ad una certa velocità"*); ha infine aggiunto di aver visto il Pisanu deambulare anche con la piantana della flebo ancora prima del trasferimento del predetto ad Iglesias.

Senis Daniela, infermiera nel reparto di chirurgia, ha dichiarato di essere entrata di servizio alle ore 22,00 e di aver trovato il Pisanu che stava male; a seguito di contestazione in aiuto alla memoria, ha confermato le precedenti dichiarazioni rese alla Guardia di Finanza nel verbale di s.i.t. del 17.12.2001 (*"La collega a cui diedi il cambio mi riferì quanto era accaduto durante il suo turno; in particolare che lo stesso si sarebbe aumentato volontariamente la dose di Kabimix, anche se la mia collega mi confermò di non aver visto materialmente il Pisanu regolare il deflussore"*). Ha, peraltro, aggiunto, di averlo visto, in altre occasioni, precedenti al summenzionato episodio, regolare il deflussore autonomamente (Senis: *"Ricordo che lui frugava il deflussore... l'ho visto quando stava bene che frugava il deflussore"*) e di non essere in grado di dare spiegazioni sul fatto di aver diversamente dichiarato nel dicembre del 2001; ha quindi escluso che il paziente si fosse lamentato con lei delle modalità di somministrazione del Kabimix (perché ancora congelato o perché infuso troppo lentamente).

Angioni Graziano, infermiere in quel reparto, ha ricordato in premessa che il Pisanu gli aveva raccontato di essere stato ricoverato per dolori all'addome e, a seguito

dell'intervento praticatogli, gli era stata rinvenuta una garza in quel distretto; il paziente veniva alimentato con un'infusione per via parenterale, nell'ultimo periodo di Kabimix. La sera del 29 settembre egli osservava il turno 14:00/22:00; verso l'ora della terapia (20:15/20:30), unitamente alla collega, si era recato nella camera del Pisanu e si era accorto che l'infusione del Kabimix scendeva "*più di quanto avrebbe dovuto scendere in quel momento*"; venne quindi chiuso il flusso dell'alimentazione, si monitorarono i parametri vitali del paziente ed il teste personalmente annotò in consegna che il Pisanu aveva aumentato volontariamente il flusso dell'infusione.

Su questo punto l'Angioni ha chiarito che l'annotazione nei termini sopra indicati non fu conseguenza del fatto di aver personalmente constatato l'iniziativa del paziente (Angioni: "*...non è perché lo ho visto fare ma perché frequentemente i pazienti lo fanno, ed è una cosa che riscontriamo di frequente*") – posto che, al contrario, egli non notò mai condotte simili da parte del Pisanu – quanto una deduzione derivante dal fatto che, nei precedenti passaggi in quella camera, l'infusione era stata controllata senza visualizzare irregolarità; l'Angioni ha inoltre escluso di aver chiesto conto dell'accaduto alla persona offesa "*dando per scontato che avesse potuto farlo lui*", ma di averlo certamente redarguito senza ricordare la risposta ottenuta dal Pisanu.

Ancora in ordine alla somministrazione del Kabimix, il teste ha precisato di non ricordare con esattezza a che ora fosse iniziata, circostanza della quale doveva essere riportata annotazione in cartella; di ricordare invece che dal monitoraggio dei parametri eseguito a seguito dell'accaduto era emerso un rialzo febbrile e l'elevazione del livello glicemico.

Locci Donatella era in servizio nel turno 14:00/22:00 del 29 settembre 2001, insieme al collega Angioni; al passaggio nella camera del Pisanu per la terapia, trovò quest'ultimo seduto sul letto (Locci: "*...ci ha detto: ragazzi, aiutatemi, mi sento giù, datemi qualcosa che mi tiri su*"); in quel momento, alzati gli occhi sulla sacca dell'infusione, "*abbiamo visto che il Kabimix scendeva molto più velocemente rispetto al dovuto*"; si chiese conto al Pisanu (Locci: "*Signor Pisanu, ha aumentato*

l'infusione?") ma questi non diede nessuna risposta; appariva arrossato e sudato; l'infusione venne chiusa e si controllarono i parametri vitali (Locci: *"...pressione, frequenza e emoglucotest, temperatura, abbiamo visto che erano un po' sballati e abbiamo chiamato subito il medico"*).

La teste ha aggiunto: che il paziente era cosciente ma confuso sul malessere avvertito; di non aver visto il Pisanu provvedere personalmente a regolare il flusso dell'infusione; che nella circostanza del suo intervento nella camera era presente un familiare, oltre all'altro degente; che il Kabimix veniva somministrato con temperatura pari a quella corporea; solitamente veniva inviato dalla farmacia e conservato in frigorifero; per la somministrazione doveva essere stemperato per essere infuso nelle ore successive; l'infusione avveniva di solito nelle 24 ore; il Pisanu non si era mai lamentato con lei della temperatura del Kabimix; che al precedente passaggio in camera, attorno alle ore 18:30, per il vitto, il controllo sull'erogazione dell'infusione non aveva riscontrato alcuna irregolarità; le condizioni del Pisanu erano in quel momento stazionarie.

Anche **Corona Massimiliano** osservava il turno 14:00/22:00 nella giornata del 29 settembre 2001; pur esprimendo una certa vaghezza nel ricordo, ha confermato di aver appreso dal collega dell'aumento del flusso del Kabimix somministrato al Pisanu e di ricordare invece perfettamente che il paziente era stato male; in precedenza, alle 18:30 aveva avuto modo di entrare nella camera e di constatare che le condizioni della persona offesa erano normali.

**

Cherchi Giulio era degente nella stessa camera del Pisanu (Cherchi: *"Io sono stato ricoverato il 14 settembre e sono uscito il 3 ottobre. Sono stato dimesso"*). Quest'ultimo gli raccontò della *"sua odissea all'ospedale Binaghi, che gli avevano fatto un'operazione e si erano dimenticati una garza nell'addome"*. Nel primo periodo di comune degenza, il teste ha ricordato che il Pisanu era una persona attiva (Cherchi: *"...scorrazzava nel corridoio con un carrellino con appesa una sacca...dove fuoriusciva del liquido"*); a seguito di una gastroscopia praticatagli,

cominciò a stare male ed alcuni giorni prima di essere trasferito ad Iglesias "era praticamente allettato, non riusciva più neanche a reggersi in piedi" (Cherchi: "...dopo che gli hanno eseguito questa gastroscopia, il liquido che fuoriusciva si era bloccato, se non ricordo male era intorno agli 800 prima ed era sceso intorno ai 150 ml").

Sull'episodio dell'aumento del flusso del Kabimix ha così depresso: la sera dei fatti il Pisanu stava male, sudava, non era riuscito ad alzarsi per andare in bagno ed il teste aveva dovuto aiutarlo; l'infermiere aveva rimproverato il Pisanu perché non si era accorto che il liquido dell'alimentazione era fuoriuscito in tempi più rapidi del normale ma il paziente non aveva alcuna responsabilità nell'accaduto (Cherchi: "...io non ho visto che abbia toccato alcune genere di apertura...a parte che non era in grado di poterlo fare, né di potersi alzare"); il teste, del resto, non l'aveva mai visto modificare la velocità del flusso (Cherchi: "Chiamava sempre l'infermiere"); di fronte al rimprovero dell'infermiere, il Pisanu era rimasto impassibile.

Il dott. Chessa - ha proseguito il Cherchi - lo aveva fatto chiamare dopo le dimissioni (all'epoca il Pisanu era già deceduto); nel corso di quell'incontro in ospedale, dopo aver discusso dello stato clinico del teste, il discorso era caduto sulla sorte del Pisanu ed il Chessa gli aveva sottolineato che la causa del decesso era stata l'errata somministrazione del Kabimix ma l'Angioni aveva espresso il proprio dissenso sul punto facendo presente al sanitario di aver potuto personalmente constatare che il Pisanu aveva iniziato a stare male a seguito della praticata gastroscopia (Cherchi: "...il giorno dopo la gastroscopia...non andava più in giro, rimaneva in camera e stava seduto a letto. Ricordo un particolare, diceva che non riusciva più a vedere bene...e anche le parole, farfugliava").

Il teste in esame ha altresì riferito che il Pisanu si lamentava della temperatura della sacca del Kabimix giacché gliela portavano ghiacciata ed aveva avuto modo sia di constatarlo personalmente (Cherchi: "Avevo anche toccato con mano questa sacca e si sentiva che era ghiacciata") che di vedere il Pisanu alla finestra nel tentativo di esporre al sole la sacca dell'infusione.

Quanto all'atteggiamento osservato dal paziente a riguardo, il Cherchi ha dapprima sostenuto che in una occasione il Pisanu *"aveva inveito contro gli infermieri"* per poi confermare le precedenti dichiarazioni rese a s.i.t. il 10.12.2001 (*"Ricordo che era una persona molto riservata e per non disturbare il personale medico e infermieristico evitava lamentele e si recava di persona, accompagnato da un carrellino quando era ancora in forze, nella stanza degli infermieri per farsi cambiare le sacche della sostanza fisiologica che venivano somministrate per endovena"*).

Il dott. Luca Natale, medico presso l'istituto di Rianimazione dell'ospedale "San Giovanni di Dio" - anche all'epoca dei fatti -, ha ricordato il Pisanu come un paziente conosciuto per un tempo limitato, proveniente dall'ospedale "Santa Barbara" di Iglesias. Giunse al San Giovanni in condizioni gravissime (Natale: *"...al punto che, malgrado tutte le terapie instaurate per questo stato di shock, il giorno dopo, dopo che sono smontato nel pomeriggio,..è deceduto"*).

Il dott. Chessa ed un suo assistente si presentarono di prima mattina e vi fu un colloquio presso lo studio del responsabile della divisione di Terapia Intensiva; il Chessa chiese l'evoluzione della situazione clinica del paziente ed il teste, in quella occasione, ebbe l'opportunità di dare una fugace occhiata alla cartella clinica della degenza al "Sirai"; non vi erano dubbi sulla sussistenza di un importante shock settico le cui causali, a detta del teste, possono peraltro essere molteplici; si parlò quindi del *"decorso postoperatorio molto complicato"* che aveva *"determinato uno stato di infiammazione acuta del paziente con varie complicanze"*; in quel contesto si fece qualche riferimento a problematiche nutrizionali (Natale: *"nel senso di non poter ancora alimentare il paziente quindi sottostare sempre ad una nutrizione ..artificiale"*); il teste ha invece escluso che fra gli argomenti trattati vi fosse un problema insorto nella somministrazione del Kabimix.

Il dott. Marco Martis, teste della difesa, ha precisato di essere medico chirurgo, specializzato in radiologia diagnostica e dal 2001 responsabile della sezione di ecografia dell'Ospedale "Sirai".

Il teste ha ricordato di aver avuto modo di vedere Pisanu Salvatore su richiesta del collega chirurgo il quale chiese una ecografia all'addome. Il paziente arrivò su di una sedia a rotella, accompagnato da un ausiliario, ma quando gli chiese se fosse in grado di alzarsi e di posizionarsi sul lettino per eseguire l'esame accondiscese di buon grado; l'esame si rivelò negativo (Martis: *"Lui aveva un drenaggio all'addome e mi chiedeva se il quantitativo che questo catetere drenava dall'addome, dall'interno, dalla cavità che stava progressivamente riducendosi, non fosse imputabile ad una eventuale occlusione dello stesso drenaggio...mi chiedeva se il liquido anziché arrivare alla sacca non stesse invece accumulandosi dentro l'addome...non rilevai assolutamente nessuna raccolta libera o saccata dentro la cavità dell'addome, il catetere era posizionato e drenava normalmente tutto quello che c'era da drenare"*). Il ricordo del teste non si è rivelato preciso in ordine alla collocazione temporale dell'esame ecografico (*"Era credo fine agosto, non ricordo il giorno esatto ma credo fine agosto"*) pur affermando che la gastroscopia era già stata eseguita.

§§§§

Il presente procedimento riguardò inizialmente anche i sanitari ed il personale infermieristico che eseguirono, nel 1997, nei confronti di Pisanu Salvatore, l'intervento di colecistectomia presso la Clinica privata "S. Antonio" di Cagliari (i dott.ri Binaghi, Palmas e Aronica e la ferrista Thibelaut).

I predetti imputati sono stati separatamente giudicati con richiesta di rito abbreviato: risulta, per quanto si trae dalle carte processuali, che nel corso del giudizio abbreviato, il GUP dispose accertamento peritale diretto alla verifica delle cause della morte del Pisanu e conferì incarico al Prof. Giovanni Battista Doglietto ed alla dott.ssa Rita Celli.

La difesa degli odierni imputati ha consentito non già all'acquisizione della relazione depositata al GUP dai soprannominati periti quanto invece alla produzione del verbale di trascrizione dell'esame del Prof. Doglietto e della dott.ssa Celli come reso all'udienza preliminare in data 15 luglio 2005.

Nel riportare in sintesi le valutazioni formulate, sul caso in esame, dai periti del GUP

(dei quali il P.M., nel presente procedimento ha chiesto l'audizione peraltro con istanza del tutto intempestiva, osteggiata dalla difesa che sul punto ha sollevato motivata opposizione, accolta da questo giudice) si osserva che non sempre i predetti sanitari hanno espresso identità di giudizi ed in particolare:

i due periti, sostanzialmente d'accordo su questo punto, individuano *"l'evento qualificante della condizione che portò al decesso"* del Pisanu nella garza rinvenuta nella sede del pregresso intervento di colecistectomia, ritenendo che tale evento abbia portato alla perforazione del duodeno con fistolizzazione e successiva progressione della setticemia (si legga l'intervento della dott.ssa Celli a pag. 4 del verbale ed ancora a pag. 28: *"...rimaniamo comunque convinti che.. l'evento iniziale è comunque stato scatenato dal decubito e comunque dalla presenza di questa garza in cotone di 20 x 20 che ha determinato dapprima un evento settico localizzato, e che fosse un evento settico lo dice chiaramente la terapia che è stata intrapresa immediatamente dopo l'intervento chirurgico e che fu protratta per almeno una ventina di giorni..."*); a questo dato si unisce, con l'effetto di una concausa sopravvenuta, *"una scorrettezza della gestione del paziente nel corso del ricovero all'ospedale "Sirai" di Carbonia"* che la dott.ssa Celli individua nella scelta della nutrizione parenterale e nella mancata sorveglianza del paziente (*" nel momento in cui questo soggetto sottoposto a nutrizione protratta con delle sostanze... a base di lipidi, questo tipo di alimentazione avrebbe dovuto prevedere una tipologia di cura e di assistenza sostanzialmente diversa da quella che effettivamente si legge o si può interpretare dagli scritti della cartella clinica... questo tipo di alimentazione, questa mancata sorveglianza del paziente potrebbe avere inciso a questo punto nella causa. nell'esito terminale"*).

Il prof. Doglietto puntualizza, invece, che l'intervento deciso dai sanitari di Carbonia di asportare la garza era dovuto e corretto; essi si erano ben resi conto del problema presentato dal paziente (*" i medici curanti lo sapevano e infatti fanno un'incisione diversa da quella che generalmente si fa per un'appendice, perché fanno un'incisione sottocostale sapendo che cosa devono andare a cercare"*) ed

intervennero, giustamente, asportando il corpo estraneo a prescindere dalle conseguenze (intervento pag. 6: “*le possibilità sono due: quella garza aveva già determinato una piccola lesione dell'intestino di cui i colleghi non si rendono conto - ma se molto piccola è facile non rendersene conto - o l'asportazione della garza di per sé ha determinato una piccola lesione dell'intestino. Non cambia il problema perché comunque quella garza doveva essere tolta*”).

La comparsa della fistola a qualche giorno dall'intervento venne trattata, a detta del prof. Doglietto, in modo opinabile ma non scorretto (si legga a pag. 6: “*.. si può discutere, come ha accennato la dottoressa, su quello che è stato l'atteggiamento, il decorso post operatorio del malato...vi ricordo che la fistola duodenale di per sé è una patologia molto grave, che può essere trattata come l'hanno trattata loro, in maniera conservativa, altri ritengono forse di doverla trattare in un'altra maniera, ma qui cominciamo ad entrare nelle abitudini, nelle opinioni... il dato di partenza da considerare è che la fistola duodenale è una patologia grave, è una patologia che può essere di per sé mortale*”; ed ancora, pag. 9: “*il decorso post operatorio di questo signore che dalla seconda giornata dopo l'intervento praticamente ha una diagnosi di fistola biliare è uno dei possibili decorsi perché è stato fatto uno dei possibili trattamenti... non particolarmente brillante però neppure particolarmente censurabile... perché diciamo rientra certamente in una delle possibili modalità di trattamento di una fistola che è....entero-biliare... certamente non è censurabile un atteggiamento attendistista, come quello che c'è stato, ma non è che non è stato fatto niente. E' stato messo in nutrizione artificiale, è stato messo a digiuno, gli hanno messo un sondino in aspirazione, hanno drenato per via percutanea....diciamo che è uno dei possibili meccanismi di terapia, poteva accadere che se fosse stato seguito da un altro collega poteva avere forse un atteggiamento diverso, per esempio più invasivo. Alcuni avrebbero potuto fare un intervento di diverticolizzazione duodenale, che una cosa complicatissima con un rischio anche operatorio molto elevato, però la scelta che è stata adottata di per sé...non è censurabile*”); ancora il prof. Doglietto rimarca la discrezionalità della scelta del protocollo praticato e le

"condizioni fuorvianti del paziente" ed esclude la comparsa della peritonite (intervento a pag. 14: " Rileggo gli stessi giorni dell'avvocato: 13 agosto "condizioni generali buone, addome trattabile, drenaggio 400 cc di liquido biliare". E' un malato che sta bene, ma presenta una grave patologia e c'è scritto, io lo leggo così: 400 cc di liquido biliare, uno comincia ad essere certamente preoccupato. Sono preoccupati anche i colleghi, perché il giorno 14 scrivono "condizioni stazionarie, si richiede transito con gastrophin, inizia nutrizione parenterale totale", cioè inizia il trattamento. Più o meno va bene, va benino insomma, è un malato che sopporta bene questa complicanza che ha perché, non so, il 18 "condizioni generali buone, drenaggio 700 cc, ristagno 800 cc", si lo sopporta bene, però la malattia c'è in maniera importante... La patologia che il malato comporta è a rischio, cioè può morire per questa patologia, ma non per quello non è corretto, almeno in quel momento, l'atteggiamento dei chirurghi che ritengono, visto che la fistola duodenale è ben drenata, di non doverlo operare... perché questo malato non ha mai avuto una peritonite..? perché il liquido che usciva da questo intestino invece di andare dentro la pancia, quindi determinare una grave peritonite che se non curata faceva morire malato... questo liquido era drenato per cui usciva fuori... questo malato diventa settico e la morte.. di questo paziente per una sepsi, cioè quell'infezione che c'era locale, perché non è mai stata una peritonite, era locale... ad un certo punto diventa una situazione generalizzata e poi il malato va incontro alla morte, però è difficile censurare un atteggiamento terapeutico soltanto perché è un atteggiamento inefficace, ossia non ha guarito... le condizioni generali di questo malato tutto sommato, se volete, per qualche verso sono state quasi fuorvianti, perché tutto sommato questo malato non è stato poi molto, molto male, se non verso la fine. Anzi, se vedete c'è addirittura ad un certo momento una riduzione della portata della fistola e questo... poteva far sperare che si stava veramente chiudendo, per cui l'atteggiamento in questo caso conservativo era giustificato"; ancora nell'ordine di idee della correttezza della nutrizione artificiale e del digiuno si veda a pag. 15).

In ordine all'esame esofago-gastro-duodenoscopico effettuato pochi giorni prima del

29 settembre, la dott.ssa Celli precisa che nella relazione l'annotazione è stringata poiché i periti hanno ritenuto che tale esame non abbia avuto alcuna incidenza sull'iter della patologia ovvero della malattia del signor Pisanu.

In tema di nutrizione parenterale e con particolare riferimento all'episodio di somministrazione accelerata del Kabimix, i periti concordano sul fatto che questa non abbia potuto avere alcuna incidenza sul determinismo *dell'exitus* del paziente (Prof. Doglietto: "... ci sono.. segnalazioni, che si evincono anche dalla cartella, di alcune cose che sono accadute, tipo la parenterale che scende molto velocemente... non è una cosa che sia stata fatta bene... che la parenterale sia scesa giù veloce, però non è certamente quello che può avere determinato la morte del malato, come anche il fatto che non ci fosse forse una quantità adeguata o sufficiente di vitamine, come anche segnalato nella perizia.. non è che uno muore perché gli mancano un pochino di vitamine"); ed ancora a pag. 18: "un'infusione veloce di Kabimix non può essere causa.. di morte"), nonostante convengano sul fatto che a partire dalla giornata del 29 settembre si sia presentata una condizione clinica di tracollo. Diversità di opinioni emergono infine dalle risposte dei periti in ordine al monitoraggio biochimico del paziente.

§§§§§

I consulenti tecnici incaricati dal P.M. dell'accertamento medico-legale sulle cause della morte del Pisanu, Prof. Oreste Terranova e dott. Massimo Montisci, hanno concluso la loro verifica riconducendo, sia nell'elaborato depositato agli atti che nel corso del loro esame al dibattimento, l'*exitus* del Pisanu ad uno stato settico che ha portato ad arresto cardio-circolatorio; sepsi originata dalla fistola duodenale quale complicanza insorta nel post-operatorio dell'asportazione del frammento di cotone dall'addome del paziente.

In ordine alle condotte imputabili ai sanitari che ebbero in cura la persona offesa, gli Ausiliari dell'Accusa hanno osservato:

– quanto all'intervento chirurgico eseguito presso la Clinica S. Antonio di Cagliari nell'ottobre 1997 – che "l'assenza di fattori estranei ad un intervento chirurgico in

grado di giustificare la presenza del residuo di cotone in cavità addominale, la riconducibilità delle complicanze cliniche del paziente nei ricoveri nel corso dell'anno 2001 alla presenza del corpo estraneo e la mancanza di fattori in grado di assumere le qualità di cause uniche ed esclusive consentono di affermare la sussistenza del nesso di causa tra la condotta dei sanitari...e la morte del signor Pisanu”;

quanto alla degenza presso l'ospedale “Sirai” di Carbonia, che la condotta dei sanitari che ebbero cura il signor Pisanu non fu corretta per l'incongruo monitoraggio del paziente e per l'errata prescrizione ed esecuzione dell'esofago-gastro-duodenoscopia. Il Prof. Terranova ed il dott. Montisci concordano sul fatto che “*l'asportazione del corpo estraneo rilevato in ipocondrio destro è risolvibile solo tramite un approccio chirurgico*”; puntualizzano, peraltro, il fatto che, sulla base della documentazione clinica “*l'asportazione del frammento di cotone (10.9.2001) era seguita dall'evidenziazione di una fistola duodenale esterna (14.8)*”.

Le considerazioni espresse sulla fisiopatologia della formazione fistolica (“*il corpo estraneo, lasciato in sede per un periodo di circa quattro anni, ha determinato la formazione di tessuto di granulazione e aderenze fibrotico-cicatrizziali a livello della parete duodenale. L'operazione chirurgica, resa necessaria dalle condizioni del soggetto, induceva i sanitari ad intervenire su una regione anatomica alterata dagli esiti della giacenza di un corpo estraneo*”) hanno condotto all'affermazione della “*prevedibilità*” e “*non evitabilità*” della possibile formazione di fistole con la conclusione, sotto questo punto, della correttezza della condotta dei chirurghi (“*la condotta dei chirurghi che eseguirono l'intervento configura...una scelta chirurgica obbligata dei medici e, pertanto... assolutamente inevitabile*”).

Osservano i due consulenti che le alternative terapeutiche postoperatorie a disposizione dei sanitari erano: 1) la terapia conservativa (aspirazione gastrica continua e NPT) e l'attesa; 2) un nuovo intervento chirurgico.

Si scelse la prima opzione “*decidendo di valutare l'andamento della fistola e di reintegrare le perdite idroelettrolitiche tramite terapia medica*”, senza che, peraltro,

la carente e lacunosa documentazione clinica permetta di esprimere il giudizio circa la correttezza e adeguatezza del monitoraggio eseguito sul paziente.

I consulenti del P.M. criticano, in particolare: la mancanza di esami ematochimici tra il 17 al 29 settembre, “ *doverosi in un paziente con una situazione clinica certamente instabile, date le perdite attraverso il drenaggio in ipocondrio destro*” e la scarsa descrizione dei quadri clinici in atto nel paziente con particolare riferimento alla mancanza di qualsiasi annotazione nel diario clinico riferibile ai giorni di 13, 14, 15, 17 e 24, 25 e 27 settembre, per il drastico peggioramento delle sue condizioni.

Tuttavia l'elemento peculiare che si inserisce negativamente nella storia clinica del Pisanu è l'EGDS eseguita il 20.9.2001.

Ad avviso dei consulenti Terranova e Montisci, in primo luogo, non sussistevano indicazioni clinico-diagnostico-terapeutiche a sostegno della prescrizione di questa indagine endoscopica; in secondo luogo, non vengono precisate le modalità di esecuzione dell'esame. A leggere i dati riportati in cartella, la manovra sarebbe stata condotta senza insufflazione d'aria sino alla seconda porzione duodenale; si tratterebbe - secondo il giudizio dei predetti sanitari - di una metodica “ *oltre che difficilmente realizzabile anche potenzialmente dannosa*” (relazione pag. 25: “ *la discesa dello strumento endoscopico senza possibilità di dilatare e visualizzare le strutture distali può comportare gravissime complicanze come ad esempio perforazione delle viscere*”); peraltro, risulterebbe comunque censurabile anche la metodica con insufflazione d'aria (pag. 25: “ *tale comportamento potrebbe causare, in un paziente portatore di fistola duodenale, un aumento del passaggio del contenuto endoduodenale dal tubo digerente alla cavità addominale perché il materiale viene pompato e quindi spinto dalla insufflazione dell'aria verso l'esterno e cioè in cavità addominale. Tale fatto sarebbe una potenziale fattore di rischio per una ulteriore diffusione del processo flogistico addominale e per lo sviluppo di contaminazione batterica*”); nello stesso senso gli interventi, in particolare del prof. Terranova, all'udienza dibattimentale dell'11 gennaio 2007 – si veda verbale, pagg. 8 e ss.).

Pur condividendo l'assunto di un quadro inizialmente favorevole (intervento dott. Montisci, verb.ud., pag. 7: "... a parte l'iniziale stabilizzazione clinica del paziente nel post-operatorio nel mese di agosto, nel mese di settembre, soprattutto a partire dalla metà di settembre, si assiste a un aggravamento clinico che coincide in modo particolare con l'indagine strumentale.."; Terranova, pag. 15: " quando le condizioni hanno incominciato a non essere più soddisfacenti, il malato è stato trattato, sicuramente l'hanno tenuto su, non è stato abbandonato"), i due consulenti del P.M. hanno rimarcato, anche al dibattimento, l'incongruità del monitoraggio praticato che se, per converso, eseguito correttamente, avrebbe permesso di rilevare l'evolversi negativo dello stato settico (Montisci, pag. 16: "si passa per esempio dal 5 del diario clinico, al 12, poi dal 12 al 16, quindi diversi giorni, dal 16 al 18, e poi dal 21 al 23, dal 23 al 26, dal 26 al 28...se nell'immediato post esame gastroscopico, il 21, 22 o 23 si fosse rilevata febbre, non abbiamo notizie relativamente alla presenza di piresia nel paziente, un aumento dei globuli bianchi o leucocitosi che sono i due parametri indicativi di un processo reattivo importante, ci risultano solo al 30 di settembre.."); il suggerimento di una peritonite in corso, per la diffusione del liquido del drenaggio nella cavità addominale, viene quindi dai due sanitari ribadito sulla base della carenza dei dati del drenaggio e dei risultati dell'esame autoptico ("come è stata anche rilevata in sede autoptica la presenza di discreto liquido siero-ematico in cavità addominale") a nulla rilevando, nel loro giudizio, il referto dell'esame ecografico eseguito il 28 settembre 2001 ("All'attuale controllo non si apprezzano falde liquide libere in addome") giacché tale responso "lasciava aperta la possibilità che ci fosse ancora del liquido tra le anse, ... anzi è la norma quando succedono questi problemi" (così il prof. Terranova, verb. ud. pag. 19, il quale, poco più avanti, afferma peraltro " queste cose con l'ecografia si possono anche vedere se sono abbastanza importanti, se non sono abbastanza importanti possono sfuggire"). ovvero l'esito della TAC eseguita il 30 settembre ("la TAC addome non rileva macroscopiche raccolte ascessuali").

Nell'esaminare infine il peggioramento delle condizioni cliniche del Pisanu a far data

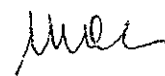
dal 29 settembre 2001 - peggioramento ricondotto dai sanitari di Carbonia e dall'anatomopatologo all'infusione endovenosa accelerata del Kabimix - i consulenti Terranova e Montisci dopo avere elencato quelli che sono indicati come effetti indesiderati del farmaco (*"innalzamento della temperatura corporea... brividi, tremori, nausea/vomito.. rossore e sudorazione sono stati rilevati durante la somministrazione di aminoacidi a dosi superiori la massima consigliata"*), concludono nel senso di escludere l'incidenza del farmaco nel determinismo della morte giacché *"non vi sono elementi scientificamente probanti per attribuire a tale evento il ruolo di causa unica ed esclusiva"*.

Per un verso le caratteristiche farmaco-tossicologiche del Kabimix - in quanto composto energetico somministrato a pazienti sottoposti a nutrizione parenterale totale (in questo senso il protocollo addizionale era stato attuato correttamente il paziente) - non possono avere ha agito quale complicità del contesto fisiopatologico del Pisanu in mancanza di indicazioni in letteratura in tal senso; per altro verso, fermo restando la correttezza dell'approccio alla NTP nel paziente, non si riportano dati in cartella in ordine alla durata e quantità dell'ipersomministrazione.

*

Le conclusioni assunte dai consulenti tecnici del pubblico ministero sono state decisamente criticate dai consulenti presentati per la difesa degli imputati, dott. Pietro Loriga (specialista in gastroenterologia e endoscopia digestiva e specialista in chirurgia generale e chirurgia dell'apparato digerente), Daniele Cafini (anatomopatologo e medico-legale), Nicolosi Angelo (chirurgo generale).

Censura, in particolare, il dottor Loriga, l'omessa valutazione, da parte degli Ausiliari del P.M., del referto endoscopico nella sua completezza giacché emerge dalla lettura degli atti che tale indagine venne eseguita con finalità non già diagnostica (come sostenuto dai dott.ri Terranova e Montisci) quanto terapeutica (Loriga, verb. ud., pag. 30: *".. l'endoscopista doveva posizionare - e lo fece - una sonda naso-gastrica da alimentazione che oltrepassasse la fistola e potesse nutrire il paziente per le vie naturali, affrancando il paziente da questa alimentazione parenterale, ... il beneficio*



innegabile è quello di far ripartire la motilità degli organi, la produzione degli ormoni digestivi, il che riproduce un effetto benefico sull'evoluzione della fistola perché lo stomaco riabilitato pompa il suo contenuto, così il duodeno, secondo le vie naturali"), opponendo altresì una serie di convincenti argomentazioni in ordine alle modalità di esecuzione dell'esame (si leggano le pagg. 30 e 31 riguardo all'aspirazione ed all'esclusione dell'effetto "inquinante" del passaggio dell'endoscopio); viene, inoltre, contestata la definizione di iperpiressia data dai consulenti del P.M. al rialzo termico presentato dal paziente ("...iperpiressia significa febbre oltre i 40 gradi. Qua ci troviamo di fronte una febbriola di un giorno di 37,5 a 7 giorni dall'esame endoscopico") e l'ipotesi di uno spandimento del liquido di drenaggio all'interno della cavità addominale del paziente (Nicolosi, intervento a pag. 33: "...le possibilità anche di spandimento sono modestissime, d'altra parte se ci fosse stata una perdita extra...la raccolta di questo materiale avrebbe provocato delle reazioni infiammatorie locali e di ordine generale che si sarebbero visualizzate ma non ci sono segni né clinici né di laboratorio che in un arco di tempo del genere documentino tale evenienza, anzi l'evoluzione della cura così come è avvenuta e così come ci si aspettava.... con la terapia conservativa della fistola, ha nel tempo provocato una progressiva riduzione delle secrezioni, come si è visto in effetti negli ultimi giorni, e nessuno degli esami di controllo... come l'ecografia che è stata fatta prima dell'evento tragico.... documentava spandimenti di un'entità tale che giustificassero un evento del genere").

Il dott. Cafini ha poi controbattuto sulla lettura offerta dai dott. Terranova e Montisci ai risultati dell'esame autoptico (pag. 35: "... tutti gli accertamenti eseguiti escludevano la presenza strumentalmente rilevabile di liquido libero in addome... un elemento che è stato enfatizzato dai consulenti tecnici è stato il rilievo autoptico di liquido libero tutto attorno al contesto delle anse intestinali del Pisanu... il trovare liquido libero in addome di una persona che ha avuto un certo periodo di rianimazione è una cosa normalissima, anche in assenza di una fistola, anzi mi meraviglierei se in una autopsia fatta alla fine di settembre, e sicuramente non così

tempestiva rispetto all'epoca della morte... aprendo l'addome non si trovasse del liquido in cavità, proprio perché il liquido si forma un po' per autolisi, un po' per ipostasi, un po' perché sicuramente nell'ambito delle terapie rianimatorie c'è una maggior propensione a caricare e iperidratare il paziente e quindi questo liquido filtra in addome; quindi assolutamente il rilievo autoptico non può essere considerato significativo ovvero in contrasto con i rilievi ecografici e con quelli di TAC").

Quanto all'incidenza del Kabimix, il dott. Nicolosi ha affermato che gli effetti collaterali del prodotto nutrizionale somministrato, nel caso di specie, al Pisanu non sono particolarmente severi "ma se fosse avvenuta un'infusione in termini così esplosivi, così rilevanti come viene indicato, è possibile che si possano avere anche degli effetti estremamente gravi; d'altra parte vi sono due elementi che fanno pensare che sia avvenuta in maniera rapida, da una parte la forte salita della glicemia perché si segnalano valori elevati... ed una terapia con l'insulina, e poi mi pare di leggere tra le righe della descrizione il sangue che era lattescente, quindi una quantità eccessiva di lipidi".

§§§§§§

Stante i contrapposti responsi offerti dai diversi sanitari incaricati dalle parti, questo giudice ha disposto accertamento peritale sugli stessi quesiti (causa della morte del Pisanu; accertamento di profili di responsabilità a carico degli odierni imputati) incaricandone il dott. Pierfelice Todde – direttore del Dipartimento dei servizi di diagnosi e cura – ed il dott. Giancarlo Mura – direttore della struttura complessa di Gastroenterologia -, entrambi in carico all'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu".

Nell'approfondita e motivata relazione che è stata depositata ed in esito ai chiarimenti resi all'udienza del 5.6.2007, i periti hanno esposto:

in considerazione del fatto che, dopo l'intervento chirurgico di asportazione del frammento di cotone residuo dalla colecistectomia eseguita nel 1997, risultò evidente la presenza di una fistola il cui contenuto duodenale fuoriusciva dal cavo peritoneale e da questo, tramite drenaggio, all'esterno – l'individuazione della

strategia terapeutica più indicata, nel ventaglio di possibilità offerte (“un reintervento chirurgico che escludesse il duodeno e quindi la fistola, dal transito alimentare tramite una anastomosi gastroduodenale”; una condotta conservativa e di attesa mettendo, con la nutrizione parenterale totale e la continua aspirazione del secreto gastrico, a riposo il duodeno e monitorando l’andamento clinico del paziente”)
risultò congrua (“...in quanto la prima ipotesi avrebbe comportato un intervento particolarmente gravoso in un paziente reduce da un altro recentissimo atto chirurgico. Inoltre una anastomosi avrebbe causato una permanente alterazione della normale condizione anatomica e funzionale dell’apparato digerente”);

a detta dei periti, importante e corretta si rivelò la scelta di effettuare, il 20.9.2001, un’esofago-gastro-duodeno-scopia; dopo aver distinto le endoscopie, a seconda della loro finalità, in diagnostiche e terapeutiche (evidenziando, per ciascuna, le indicazioni specifiche e le controindicazioni), i sanitari rimarcano “la necessità di ricorrere alla nutrizione parenterale totale (NPT) solo per il tempo strettamente necessario, sospendendola appena possibile eventualmente posizionando un sondino che oltrepassi il livello della fistola, così da consentire agli elementi nutrizionali di pervenire all’intestino per una via il più possibile naturale”; nel caso di specie, il tentativo – attuato dai sanitari di Carbonia attraverso la manovra endoscopica - di affrancare il Pisanu dalla nutrizione endovenosa (ormai protratta per oltre un mese) anche alla luce della riscontrata diminuzione del materiale proveniente dal drenaggio, ad avviso dei periti, si rileva del tutto giustificato ed in linea con le indicazioni della società scientifica.

I periti escludono inoltre che tale procedura abbia comportato l’insorgenza di complicanze incidenti sul proseguo della storia clinica del paziente, come ad esempio di una peritonite diffusa, tramite la fistola, dal passaggio di materiale infetto dal duodeno al cavo peritoneale; tale evenienza non trova alcun riscontro dall’esame della documentazione sanitaria a disposizione (che, per inciso consta altresì di una serie di produzioni effettuate dalla difesa all’udienza dell’11 gennaio 2007, relative ad ulteriori esami strumentali e clinici praticati al Pisanu).

Dal giorno dell'esame gastroscopico (20 settembre) al 29 settembre, momento in cui la situazione iniziò bruscamente a precipitare, le condizioni cliniche del Pisanu vengono registrate come sostanzialmente stazionarie con l'eccezione della nausea (giorno 26 settembre) e della somministrazione di emogel in corrispondenza di un calo della pressione arteriosa subito corretto (dati questi ultimi riportati nel registro delle consegne infermieristiche). La temperatura corporea viene registrata il giorno 20 (36.00), il 26 (37.4, in corrispondenza dell'episodio di ipotensione arteriosa) ed il 28 (36.8).

Escludono ancora l'ipotesi di una peritonite:

il dato clinico (riscontrato anche durante i ricoveri ad Iglesias ed a Cagliari)
dell'addome trattabile all'esame obbiettivo;

gli esami strumentali praticati successivamente alla manovra endoscopica e segnatamente: referto di ecografia addome completo del 28 settembre che mostra l'assenza di falde liquide libere e reperti pressoché normali, ad eccezione di un aumento di volume del fegato; referto di TAC addome del 30 settembre che non evidenzia alcun segno di infiammazione acuta generalizzata del peritoneo; referto ecografico addominale del 4 ottobre che conferma i risultati degli esami precedenti ed in particolare la presenza del tessuto fibrocatriziale nella sede dei pregressi interventi e l'assenza di versamenti liquidi in addome;

i dati del referto autoptico: anche nella descrizione dell'addome fatta dal perito settore non viene riportato alcun segno riconducibile a peritonite acuta ed anzi il peritoneo viene indicato come "*liscio e lucente*" (dovendosi, per converso, mostrare opaco ed ispessito in presenza di condizioni patologiche). Quanto al versamento liquido, nelle cavità addominali, di un materiale siero-ematico, lo stesso viene dai periti ricondotto a fenomeno di autolisi *post mortem* in un riscontro autoptico condotto a distanza di alcuni giorni dalla morte ed altresì al meccanismo della morte per la presenza del liquido in tutte le cavità sierose (pleure, pericardio, peritoneo).

Massima importanza viene invece riconosciuta dai dott.ri Todde e Mura all'episodio dell'infusione accelerata del Kabimix. Osservano i periti che l'ipersomministrazione

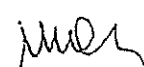
può provocare un sovraccarico di glucosio e lipidi e ciò trova riscontro, oltre che nelle annotazioni in cartella e nel registro delle consegne infermieristiche al giorno 29 settembre, negli effetti immediatamente manifesti di tale evento (tachicardia, ipertensione e iperglicemia, stato ansioso ed agitato del paziente) e negli esiti dei dati di laboratorio (tra i quali il "siero emolizzato e lattescente" riscontrato nel sangue).

Questi dati, nel giudizio espresso dai periti, evidenziano, quale conseguenza dell'infusione accelerata del Kabimix, una situazione di alterato metabolismo con elevata iperglicemia, resistente anche alla terapia insulinica, e sovraccarico di lipidi; la prima ha peggiorato l'infezione localizzata in sede sottoepatica - instaurando lo stato di sepsi -; il secondo l'insorgere di uno shock iperosmolare con conseguente acidosi metabolica.

Osservano i periti che *"quando alla sepsi si associa la disfunzione di un organo lontano dal sito di infezione si parla di sepsi grave o severa, che può essere accompagnata da ipotensione o evidenza di ipoperfusione. Se quest'ultima non può essere corretta con la somministrazione di liquidi, la diagnosi è di shock settico. Tutte queste condizioni (infezione localizzata, sepsi, sepsi grave, shock settico) possono essere considerati come diversi stadi di un continuum fisiopatologico. Da un punto di vista prognostico e delle possibilità terapeutiche, il rischio morte varia sensibilmente: pressoché nullo o comunque molto basso nello stadio di infezione localizzata, la sepsi è un evento di solito reversibile, mentre i pazienti con shock settico spesso vanno incontro a morte nonostante un trattamento appropriato ed aggressivo"* (relazione peritale pag. 31).

Nel caso di specie, ulteriore complicanza è costituita dal verificarsi di un grave stadio evolutivo della predetta condizione clinica, rappresentata dalla coagulazione intravascolare disseminata (CID) e dalla sindrome da insufficienza multiorgano.

Dopo aver descritto il processo di formazione della CID (relazione pag. 32. *"Schematicamente si tratta della formazione di microtrombi disseminati nei piccoli vasi, situazione che comporta due conseguenze fondamentali: un ostacolo ad un sufficiente afflusso ematico in organi particolarmente importanti (una delle*



principali cause dell'insufficienza multiorgano) e un abnorme consumo di piastrine...con conseguenti multiple emorragie cutanee e viscerali"), i periti si sono soffermati sull'aggravamento delle condizioni cliniche del Pisanu (a partire dalle ore immediatamente successive all'ipersomministrazione del Kabimix), come documentate dai dati laboratoristici (30/9: 13.000 leucociti con l'89,9 % di granulociti neutrofilii e 120.000 piastrine; presenza di aggregati piastrinici; temperatura di 37,8 rilevata immediatamente dopo l'assunzione accelerata del preparato nutrizionale; frequenza cardiaca di 122 battiti per minuto; esame emogasanalitico con risultato di acidosi metabolica; consulenza anestesiologicala che rivela *"paziente dispnoico. Disorientato, disidratato"*); il rilievo, all'esame autoptico, di molteplici focolai di polmonite a carattere ascessuale dimostra la gravità dello stato settico.

La gravità delle condizioni cliniche del paziente permane anche dopo il trasferimento all'Ospedale Santa Barbara di Iglesias; si mantiene l'alterazione metabolica (quasi sempre in acidosi), nonostante la corretta terapia instaurata; i dati di laboratorio dimostrano la leucocitosi neutrofila e l'iperglicemia; lo stato di shock settico ormai instauratosi si aggrava e diviene irreversibile durante il ricovero presso l'Ospedale San Giovanni di Dio; ciò risulta evidente, secondo le indicazioni dei periti, dalla progressiva ipotensione arteriosa e dalla immutata acidosi metabolica insensibili e resistenti alle energiche terapie praticate; si assiste all'ingravescente deterioramento della funzione di diversi organi, in particolare cuore (episodi di asistolia) e rene (anuria); la coagulazione del sangue appare compromessa (marcata riduzione delle piastrine e coagulopatia da consumo), situazione che non muta nonostante l'infusione massiva di sangue e piastrine, conducendo a CID la cui presenza si evince dai dati autoptici (emorragie diffuse nella cute ed in quasi tutti gli organi esaminati, nonché presenza di liquido siero-ematico in tutte le grandi cavità sierose).

Conclusivamente, i periti hanno ritenuto che il decesso di Pisanu Salvatore si sia determinato in base ad una sequenza di eventi ed in particolare:

il sovraccarico acuto di nutrienti (in particolare glucosio e lipidi in alte

concentrazioni) ha condotto a sepsi l'infezione localizzata nella sede dei precedenti interventi chirurgici, comportando di seguito una condizione di shock iperosmolare e di acidosi metabolica, evolutesi – nonostante le terapie praticate – in un quadro irreversibile di Coagulazione Intravascolare Disseminata e di insufficienza multiorgano, caratterizzata quest'ultima da una condizione di marasma generale in cui nessun organo vitale è in grado di assolvere, anche in minima parte, le proprie funzioni.

Del tutto congruo ed improntato a prudenza fu il protocollo post operatorio attuato come pure gli esami clinici e strumentali; in base a ciò vengono esclusi profili di colpa a carico degli odierni imputati che ebbero in cura il Pisanu nel corso della degenza all'Ospedale "Sirai" di Carbonia.

§§§§§§§§

La difesa dell'imputato Chessa, sottoposti ad esame, si è incentrata sulla doverosità dell'intervento di rimozione del corpo estraneo ("...il paziente è stato operato per l'asportazione di un corpo estraneo, era doveroso farlo...la garza era circondata da materiale purulento...i tessuti che sono attorno alla garza costituiscono una capsula...e sono tessuti chiaramente interessati da un processo flogistico purulento. In parte la parete di questo ascesso è costituita da tessuto cicatriziale e in parte evidentemente dalla parete del duodeno su cui poggiava la garza, la garza ha decubitato sulla parete del duodeno che...si è perforato, è uscito del liquido infetto che ha provocato la sintomatologia per cui il paziente si è recato in ospedale"), sulla non rilevabilità di questa minima lesione nel corso dell'intervento di asportazione della garza ("Durante l'intervento questa minima lesione non era evidenziabile proprio per l'aspetto dei tessuti che era macerato") e sulla correttezza del protocollo postoperatorio osservato ("...il trattamento è stato l'asportazione della garza, detersione della cavità, posizionamento di un tubo di drenaggio per raccogliere il prodotto della parete ascessuale ed eventualmente anche altro...dopo due o tre giorni dall'intervento...il tubo di drenaggio ha iniziato a dare del materiale bilioenterico...il totale di questi liquidi nell'arco delle 24 ore in un soggetto normale

è attorno ai tremila e ottocento cc, quasi quattro litri al giorno. Il paziente è stato trattato con drenaggio della cavità, posizionamento di sondino naso-gastrico, digiuno, questi sono i cardini della terapia...con la nutrizione parenterale vengono ridotti gli stimoli allo stomaco che produce meno liquidi, così pure l'albero biliare, si riducono i movimenti peristaltici per cui con il tempo si arriverà alla guarigione per un processo di cicatrizzazione per seconda intenzione della cavità").

Richiesto di precisare quale fosse lo scopo della gastroduodenoscopia effettuata il 20 settembre 2001, il Chessa ha escluso la finalità diagnostica ("*...la diagnosi era arcinota, si sapeva benissimo che il paziente aveva una fistola..il paziente era insofferente, ormai era un mese e più che portava il sondino naso-gastrico, che aveva una parenterale totale 24 ore su 24*") per affermarne, per converso, la natura terapeutica e sostitutiva del sistema nutrizionale sino a quel momento praticato al paziente; pur non evidenziandosi da una specifica annotazione in cartella, il Chessa ha affermato che la finalità dell'esame era stata resa nota al Pisanu e si poteva altresì desumere dalle modalità attraverso le quali era stato condotto ("*Quando si fa una gastroscopia a scopo diagnostico non si mettono fili guida e non si mettono sondini. Qui è descritto che si è entrati in cavità, è stato posizionato un filo guida che è una sonda flessibile in metallo attraverso la quale si introduce un sondino cavo per posizionarlo nella posizione voluta che è al di là della fistola duodenale per poter nutrire il paziente per via oro-intestinale*"); non vi era stata del resto alcuna insufflazione ("*l'insufflazione non è stata effettuata... la gastroscopia può essere condotta anche senza insufflazione tant'è che questo è confermato anche dal referto TAC che il paziente esegue poi ad Iglesias dopo che è stato ricoverato...*"); l'operazione non ebbe peraltro successo ("*... c'è scritto in cartella che alla fine il sondino, facendo un controllo scopino, era ritornato indietro nello stomaco e glielo abbiamo tolto, quindi diciamo che l'esame non ha avuto quell'esito che ci proponevamo*").

L'imputato ha quindi precisato che le annotazioni sulle condizioni del paziente erano positive ("*Sta bene considerando le condizioni che aveva, ero malato critico, ma per*

noi era soddisfacente la sua condizione tant'è che il paziente portava questa busta dove è contenuto il materiale nutritivo che gli si dava") e ciò spiega la manovra dell'esame gastroscopico per reintrodurre un sistema di alimentazione ordinario; considerato l'insuccesso dell'operazione, si riprese la somministrazione del Kabimix; Sono state quindi censurate dal Chessa le osservazioni dei consulenti del P.M. in merito:

alla discontinuità del monitoraggio del quadro clinico e dei parametri vitali del Pisanu nonché all'affermazione che "non veniva fuori il liquido perché andava raccogliersi in altre sedi e questo è contestato sia dalla clinica che dagli esami strumentali cui il paziente è stato sottoposto";

alla diagnosi di peritonite acuta resa dai consulenti del P.M., Terranova e Montisci. in conseguenza della EDGS eseguita il 20 settembre 2001 (sul punto l'imputato ha letto la sintomatologia della peritonite tratta da un testo di medicina del Prof. Gallone), non rilevandosi, a detta del Chessa, dalla lettura della cartella clinica del Pisanu alcun dato rapportabile a tale ipotesi diagnostica, neppure con riferimento ai rialzi termici del paziente ("vorrei evidenziare che nella cartella clinica non risulta che il paziente abbia avuto un giorno di febbre da quando è stato operato fino al giorno 29, giorno in cui è successo il fatto. Il dottor Terranova dice che il paziente ha avuto una febbre di tipo settico, di tipo evolutivo... dall'esame del grafico della cartella clinica che vado a mostrare non risulta che mai sia stato superato il valore di 37 e mezzo... questi sono fino al 21 agosto, questo è tutto il mese d'agosto fino ai primi giorni di settembre sempre al di sotto della linea di emergenza, come pure tutto quanto settembre, siamo arrivati al giorno 26, la gastroscopia è stata eseguita qui, se ci fosse stata una peritonite la temperatura avrebbe avuto quest'andamento sarebbe arrivata a questi livelli, cioè avrebbe avuto veramente l'andamento settico di una febbre altamente remittente.... qui non è mai salita al di sopra dei valori") ovvero con gli elementi riscontrati in esito all'esame autoptico ("l'anatomopatologo che fa l'autopsia non trova un quadro di peritonite come dice il dottor Terranova perché il sintomo tipico all'esame autoptico della peritonite è il peritoneo che da

lucente e levigato diventa opaco e rugoso. Il dottor Porcu lo descrive lucente e liscio anche all'autopsia e il liquido che trovo in addome è un liquido siero-ematico. Se fosse stato liquido proveniente dallo stomaco, e in particolare dal duodeno sarebbe stato liquido enterobiliare cioè sarebbe stato verde-nerastro... si trova solo un liquido siero-ematico che un prodotto di autolisi dovuto alla permanenza e alle ore passate dalla morte"); stride ancora, con la predetta diagnosi, l'atteggiamento stesso del paziente nei giorni che precedettero la scorretta assunzione del Kabimix ("questo signore non ha mai avuto, dal 20 al 29, dolore addominale, non ha mai avuto contrattura della parete addominale e lo dimostra il fatto che si muoveva con la sua piantana con appesa la busta di tre litri, andava in giro per il reparto, andava in guardiola a guardare la televisione con gli infermieri fino al giorno in cui è successo il fatto della discesa del Kabimix velocemente")

Sull'episodio dell'anomala somministrazione del Kabimix ha così riferito: venne informato dai suoi collaboratori, al termine di un intervento in sala operatoria, delle mutate condizioni del Pisanu; si recò nella camera del paziente e lo trovò "seduto sul letto, di colorito acceso, agitato, con polso frequente"; proprio il Pisanu gli disse "di averla combinata grossa" e di "essersi addormentato"; in quel momento fu informato del fatto che l'infusione del Kabimix era stata fatta scendere troppo rapidamente ("...per cui nella sacca, alle 18.30, dovevano esserci ancora 2180 cc, quindi vuol dire che se sono residuati, alle ore 20.00, 200 cc, tra le 18.30 e le 20.00, cioè in un'ora e mezza, sono scesi 2000 cc di questo liquido che ha creato nel paziente uno sconvolgimento metabolico enorme, cioè gli ha creato praticamente un'ipersmolarità, un'iperlipidemia e un'iperglicemia di grado molto elevato").

Ad avvalorare la fondatezza della predetta causale nell'insorgenza della sepsi, il Chessa ha affermato che la nutrizione parenterale ha più di una complicanza; la più comune è quella che deriva dall'infezione dei cateteri; la seconda è l'iperglicemia che va trattata con terapia insulinica, come è stato fatto nel caso di specie; l'opinione discordante - palesata dal prof. Doglietto nelle sue osservazioni rese all'udienza preliminare del luglio 2005 (nel procedimento a carico dei sanitari della Clinica S.

Antonio) –, a detta del Chessa, non considera che, nel caso del Pisanu, non si trattò di calorie in più bensì “ *di volume, di grassi, non è zucchero, sono lipidi*” (“*Il professor Doglietto ... dice che certamente un po' di calorie in più non avrebbero ammazzato il paziente. Qui non si tratta di calorie, qui si tratta di volume, di grassi, non è zucchero, sono lipidi. Se lei avesse la possibilità di vedere questa sacca, è una sacca di colore bianco, lattescente, densa che va metabolizzata lentamente. Lo stesso bugiardino del Kabimix lo dice che va incontro al coma iperosmolare per una infusione rapida*”).

§§§§§§§§§§

Ritiene il giudice che gli elementi acquisiti dall'approfondita istruttoria dibattimentale escludano la sussistenza di profili di penale responsabilità a carico di ciascuno degli odierni imputati, a titolo di colpa, nel determinismo della morte di Pisanu Salvatore.

Si è detto, e su questo aspetto è concorde l'opinione di tutti i sanitari escussi, che la sequenza causale di eventi, finalisticamente evolutisi nell'esito mortale, trova origine nell'abbandono di un frammento di cotone nell'addome del paziente nel corso dell'intervento di colecistectomia subito nell'ottobre del 1997 dal Pisanu – evento, questo, del quale sono stati chiamati a rispondere (in separata sede) i sanitari ed il personale infermieristico impegnati nel suddetto atto chirurgico.

Il corpo estraneo rimase silente per diversi anni sino al presentarsi, nel periodo di ferragosto del 2001, di una sintomatologia dolorosa che per localizzazione indusse alla formulazione di una diagnosi di appendicite (così si espresse lo stesso medico di base del Pisanu, dott.ssa M Rosaria Montisci). Al di là della correttezza di questa diagnosi iniziale, sta di fatto che gli esami strumentali praticati al Pisanu nella fase propedeutica al ricovero presso l'Ospedale “Sirai” di Carbonia evidenziarono la presenza “*nell'ipocondrio dx, nella presunta sede della colecisti...di un corpo nastriforme opaco*” (referto di Rxgrafia dell'addome eseguita il 9.8.2001).

L'intrapreso intervento chirurgico di asportazione del corpo estraneo (10 agosto 2001) fu un atto del tutto congruo e corretto né sono state sollevate dagli esperti



sanitari perplessità od osservazioni in ordine alle modalità di esecuzione.

L'evidenziazione di una fistola duodenale nei giorni immediatamente successivi (14 agosto) all'intervento viene ritenuto dagli stessi consulenti dell'Accusa come evento *prevedibile ma non evitabile*.

Il protocollo conservativo ed attendista adottato dal Chessa (basato sull'introduzione della nutrizione parenterale totale e sull'aspirazione gastrica continua), tra le diverse opzioni terapeutiche a disposizione (i consulenti del P.M. ed i periti Mura e Todde lo pongono in alternativa ad un nuovo intervento chirurgico, peraltro di maggior rischio), seppure definito "*non brillante*" (l'espressione proviene dal perito del GUP, Prof. Doglietto) è concordemente valutato in termini di congruità.

La stazionarietà delle condizioni cliniche del paziente (descritte come "discrete" e "buone"), il protrarsi della sottoposizione alla NTP e la rilevazione dell'aspirazione dei secreti, attraverso il drenaggio, in termini contenuti e progressivamente diminuenti, indussero i sanitari ed in particolare i dott.ri Chessa e Medda (quest'ultimo endoscopista) - nei cui confronti si formula specificatamente l'addebito in termini di colpa - ad eseguire un esame esofago-gastro-duodenoscopico con evidente finalità terapeutica, rinvenibile nel tentativo di affrancare il paziente dal sistema nutrizionale in atto per ricondurlo alla naturale ed autonoma motilità dell'apparato digerente.

La validità della predetta manovra (peraltro non esitata favorevolmente giacché non si riuscì a posizionare il sondino oltre la fistola) viene affermata dai periti del Tribunale, Todde e Mura, con approfondita motivazione anche sotto il profilo delle modalità esecutive, superando le isolate controdeduzioni dei consulenti dell'Accusa, Terranova e Montisci.

Non trova infatti riscontro ed anzi viene smentita proprio dalle modalità di esecuzione dell'esame - come descritte in referto - la finalità diagnostica propugnata dai consulenti del P.M. anche in relazione all'annotazione, in cartella, di un esame di *gastrophin* richiesto ma non eseguito (sul punto l'imputato Chessa ha dato congrua motivazione dell'annullamento dell'esame in parola); le allegate conseguenze di tipo

settico, ricondotte all'asserita metodica insufflativa dell'esame di cui trattasi, consistenti nello spandimento libero, nella cavità addominale, del materiale infetto proveniente dal secreto della fistola, non vengono evidenziate da alcun dato clinico, strumentale o laboratoristico rilevabile in cartella o nel registro delle consegne infermieristiche; anche a voler affermare che la cartella clinica del Pisanu è lacunosa e non contiene dati sufficienti proprio a decorrere dal 20 settembre 2001 (data dell'EGDS), non si ritiene che ciò supporti la tesi - sostenuta dai dott.ri Terranova e Montisci - dell'insorgere di una peritonite, circostanza, questa, che viene decisamente esclusa dai referti degli esami strumentali praticati diversi giorni dopo (esame ecografico addome completo del 28 settembre e TAC addome del 30 settembre 2001, entrambi negativi circa la presenza di falde liquide libere *in situ*), dall'assenza di iperpiressia, dalla trattabilità dell'addome ancora in prossimità *dell'exitus*, dai risultati dell'esame autoptico (che ha escluso la presenza dei segni tipici della patologia riferita).

La validità terapeutica dell'EGDS neppure è negata dai periti del GUP, dott.ri Doglietto e Celli, i quali, nel contesto del separato procedimento a carico dei sanitari responsabili dell'intervento nel 1997 di colecistectomia, hanno escluso qualunque incidenza concausale del predetto esame *nell'iter* delle patologia del Pisanu.

Poiché l'indagine endoscopica costituisce l'unico l'intervento dell'imputato Medda nel contesto delle cure riservate alla persona offesa, deve ritenersi che l'affermazione della congruità dell'atto, sotto il profilo delle finalità e delle modalità esecutive, e la conseguente esclusione della sua incidenza sul processo determinativo del decesso del paziente, comporti il giudizio di non ravvisabilità di profili di colpa nella condotta riferibile al predetto imputato.

Negli stessi termini ci si deve esprimere con riferimento alla posizione del Chessa per il quale valgono le considerazioni sopra esposte in merito alla doverosità dell'intervento di asportazione della garza, alla correttezza e congruità sia del protocollo conservativo instaurato in conseguenza dell'evidenziata formazione della fistola duodenale che del successivo esame gastroscopico effettuato.

Le conclusioni formulate dai periti Todde e Mura, nominati nel presente processo, individuano la causa del decesso del Pisanu nell'evoluzione infausta dell'infezione localizzata entro la sede dell'intervento chirurgico di rimozione del corpo estraneo, la quale, per effetto dell'azione sinergica determinata dal sovraccarico di glucosio e lipidi – prodottasi in conseguenza della somministrazione accelerata di Kabimix verificatasi il 29 settembre 2001 – è mutata in shock settico e metabolico.

La ricostruzione etiopatogenetica dell'exitus del Pisanu fornita dai periti risulta del tutto appagante in quanto supportata dai dati clinici e strumentali riportati nelle cartelle cliniche, anche in relazione alla degenza del paziente presso le altre strutture ospedaliere (S. Barbara di Iglesias e San Giovanni di Dio a Cagliari).

Non pare essere casuale il fatto che l'improvviso peggioramento delle condizioni cliniche del Pisanu si registri immediatamente dopo l'annotazione in cartella dell'aumento volontario della somministrazione dell'infusione del composto nutritivo.

Circa l'iniziativa in tal senso del paziente, si osserva che l'istruttoria dibattimentale ha raccolto in proposito elementi non univoci né in un senso, né nell'altro anche se rimane indubitabile (per affermazione della figlia del Pisanu) che la persona offesa provasse nei confronti dell'alimentazione parenterale praticatagli una vera e propria insofferenza ossessiva tanto da lamentarsi (si badi solo) con i congiunti o con il vicino di letto (e non già con il personale infermieristico e sanitario) della temperatura della sacca e della durata dei tempi di somministrazione e da fare di tale argomento il principale oggetto di conversazione. Stupisce, inoltre, la riferita reazione silente opposta dal Pisanu al rimprovero degli infermieri (egli giunge a negare il fatto solo con i parenti) nonché la circostanza dell'aver, i parenti, taciuto l'episodio del Kabimix in sede di presentazione di querela nonostante l'evidente importanza del dato.

Ma anche a voler escludere la riferibilità all'azione volontaria del paziente dell'aumento del flusso dell'infusione nutriente, non può comunque essere revocata in dubbio la circostanza storica dell'ipersomministrazione verificatasi, stante, per un

verso, le risultanze del testimoniale sul punto (Tocco Maurizio ha riferito che la sacca del Kabimix - contenente circa 2500 cc iniziali - recava l'annotazione dell'inizio della somministrazione - 13:45 - e che al suo arrivo nella camera del cognato, attorno alle 20:30, erano rimasti solo 250 cc di composto, con conseguente deflusso di circa 2.300 cc in meno di sette ore) e, per altro verso, l'immediata reazione sul paziente del sovraccarico di glucosio e lipidi, del tutto corrispondente agli "effetti indesiderati" del farmaco come esposti nella descrizione del prodotto e delle sue caratteristiche (è in atti una copia del foglio illustrativo del Kabimix).

A prescindere dunque dalla sua genesi - in ogni caso non imputabile al Chessa - il dato dell'ipersomministrazione in tempi accelerati risulta reale e riscontrata; così come è parimenti innegabile il legame causale fra il sovraccarico di lipidi e glucosio creatosi nel paziente e l'acidosi metabolica instauratasi - quest'ultima resistente alle terapie più aggressive - ed il conseguente marasma organico determinato dall'evolversi dell'infezione localizzata in shock settico.

Del tutto corretta fu la scelta di trasferire, a quel punto, il Pisanu dal "Sirai" ai centri ospedalieri di Terapia Intensiva; nonostante le adeguate cure ed assistenza praticate prima ad Iglesias e da ultimo a Cagliari, il paziente venne a morte per il presentarsi della CID (Coagulazione Intravascolare Disseminata) quale conseguenza del gravissimo scompenso metabolico, insensibile alle energiche terapie praticate, e di una condizione di insufficienza multiorgano irreversibile.

Ne danno atto i periti nel riferirsi ai dati clinici contenuti nelle cartelle relative ai ricoveri in Rianimazione di Iglesias e Cagliari: vengono infatti descritti danni epatici (aumento delle transaminasi), malfunzionamento renale (sino ad anuria) e cardiaco (sono documentati episodi di asistolia e scompenso), del resto confermati dai rilievi autoptici (edema polmonare ed insufficienza ventricolare sinistra; presenza di liquido nelle cavità sierose) anche con riferimento alla CID (emorragie diffuse nella cute e negli organi esaminati; liquido siero-ematico in tutte le grandi cavità sierose).

A fronte di tale sequenza di eventi strettamente concatenati e causalmente legati alla presenza dell'infezione localizzata (fistola duodenale) ma comunque non riferibili a

condotte di negligenza od imperizia del Chessa (e tanto meno del Medda), la mancata esecuzione di esami ematochimici nei confronti del Pisanu nel periodo che intercorre fra l'esecuzione dell'EGDS (20 settembre) ed il 29 settembre deve ritenersi un fatto – seppure censurabile - del tutto indifferente al processo causale che ha portato *all'exitus* della persona offesa; invero, sino al 29 settembre, e dunque sino al momento dell'iperinfusione di Kabimix – le condizioni cliniche del Pisanu, ancorché serie – non potevano certo definirsi critiche o preoccupanti ; l'evento di cui trattasi ha inciso, al contrario, in maniera preponderante e risolutiva senza che nel suo verificarsi possano essere ravvisati profili di negligenza, imprudenza od imperizia da parte del Chessa la cui condotta sino a quel momento e nelle fasi immediatamente successive al fatto acuto di scompenso metabolico e di shock settico, fu improntata a cautela e congruità di interventi terapeutici.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte deve pertanto pervenirsi a verdetto assolutorio nei confronti degli odierni imputati con la formula indicata nel dispositivo.

P.Q.M.

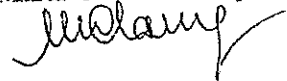
Visto l'art. 530 c.p.p. assolve **CHESSA PIETRO PASQUALE** e **MEDDA ALESSANDRO** dal reato loro ascritto perché il fatto non sussiste.

Visto l'art. 544 c.p.p. indica in giorni 90 il termine per il deposito della sentenza.

Cagliari, 30.10.2007.

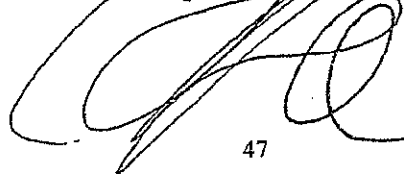
IL GIUDICE

dott.ssa Maria Cristina Lampis



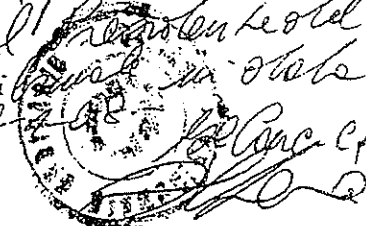
Depositato in Cancelleria
Cagliari, 19/10/07

IL CANCELLIERE C.
(Silvana Medda)



47

Si è visto che
il termine per il
deposito della
sentenza è stato
proposto di 90 gg.
con provvedimento
del presidente del
tribunale in data
19/10/07



Avv. Guido Manca - Bitti

AZIENDA U.S.L. N. 7
CARBONIA

09127 Cagliari - Via Ada Negri 12 - Tel. 070 668524 27 APR. 2009

00193 Roma - Via P. Da Palestrina, 19 - Tel. 06 3208461

AZIENDA U.S.L. N. 7
CARBONIA
27 APR. 2009
e-mail: studiomancabitti@virgilio.it

PROTOCOLLO
ARRIVO

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.

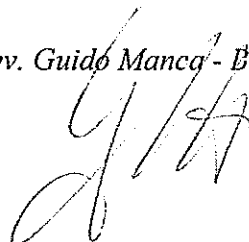
L'unico appello è stato proposto dalla parte civile, quindi solo per gli aspetti risarcitori della vicenda.

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 alle 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



CORTE D'APPELLO DI CAGLIARI**PRIMA SEZIONE PENALE**

Il Presidente, visto l'appello interposto dalla Parte Civile

PISANO GIUSEPPE, u. Nuoris il 19/4/45; TOCCO MARIANGELA
u. Narcao il 9/4/54; Pisano Silvio u. Carbonia, il 12/8/86;
Pisano Stefania, u. Carbonia il 20/08/80 elettivamente
dow.ti per legge c/o studio dell'Avv. Michele Schiro' (CA)
che li rappresenta e difende.

1678

Nel Procedimento Penale contro:

- 1) MEDDA ALESSANDRO, u. Iglesias il 23/01/1967 e rite in
Carbonia, rione Cannos di sopra s.k.c. d. d.;
- 2) CHESSA PIETRO PASQUALE, u. Orune il 27/03/48 e rite
in Capoterra loc. Poggio dei Pini strada 66 n. 1 d. d.;

Entrambi difesi di fiducia dall'Avv. Guido Marco Bitti
del foro di Cagliari.

avverso la Sentenza del TRIBUNALE DI CAGLIARI in data 30/10/2007
 con la quale furono giudicati, come da dispositivo;

Visto l'art. 601 C.P.P., manda agli Ufficiali Giudiziari di citare a comparire all'udienza che terrà questa Corte
 d'Appello (Palazzo di Giustizia terzo piano ala nuova) il giorno 02-04-2009
 alle ore 9,00 e seguenti i ... predetti imputati, e le parti civili PISANO GIUSEPPE u. Nuoris
19/4/45; TOCCO MARIANGELA u. Narcao il 9/4/54; PISANO SILVIA
u. Carbonia il 12/8/86; PISANO STEFANIA, u. Carbonia
il 20/08/80 tutti elett. dow.ti per legge c/o studio dell'
Avv. Michele Schiro' (CA) che li rappresenta e difende.

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

Cagliari, 06.04.2009

Fattura n. 28

Egr. Sig.
PIETRO PASQUALE CHESSA
Loc. Poggio dei Pini
09012 CAPOTERRA
C.F. CHS PRP 48C27 G147A

**Tribunale di Cagliari - procedimento n. 3742/03 R.N.R. nei confronti di
Pietro Pasquale Chessa per il reato di cui all'art. 589 c.p.**

Corrispondenza informativa	240,00
Sessioni con cliente	576,00
Sessioni collegiali, consulenti, magistrati	776,00
Esame e studio	1.035,00
Indennità di ricerca e attesa	342,00
Investigazioni e colloqui investigativi	160,00
Assistenza nelle indagini preliminari	180,00
Partecipazione udienze	780,00
Attività difensiva d'udienza	4.200,00
Discussione	670,00
Istanze e richieste	1.020,00
Citazioni e notifiche	330,00
	<hr/>
	10.309,00
12,5% art. 8 T.P.	1.288,63
	<hr/>
	11.597,63
Aumento 50% art. 2 T.P.	5.798,81
	<hr/>
	17.396,44
Diminuzione per assistenza più imputati (art. 3 c. 2 T.P.)	3.479,29
	<hr/>
	13.917,15
Imponibile IRPEF	
C.P.A. 2%	278,34
	<hr/>
	14.195,49
Imponibile IVA	
I.V.A. 20%	2.839,10
	<hr/>
Totale Euro	€ 17.034,59
	<hr/>

avv. Guido Manca - Bitti

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

Cagliari, 06.04.2009

Fattura n. 29

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

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

Corrispondenza informativa	240,00
Sessioni con cliente	576,00
Sessioni collegiali, consulenti, magistrati	776,00
Esame e studio	1.035,00
Indennità di ricerca e attesa	342,00
Investigazioni e colloqui investigativi	160,00
Assistenza nelle indagini preliminari	130,00
Partecipazione udienze	780,00
Attività difensiva d'udienza	4.200,00
Discussione	670,00
Istanze e richieste	1.020,00
Citazioni e notifiche	330,00
	<hr/>
	10.309,00
12,5% art. 8 T.P.	1.288,63
	<hr/>
	11.597,63
Aumento 50% art. 2 T.P.	5.798,81
	<hr/>
	17.396,44
Diminuzione per assistenza più imputati (art. 3 c. 2 T.P.)	3.479,29
	<hr/>
	13.917,15
Imponibile IRPEF	
C.P.A. 2%	278,34
	<hr/>
Imponibile IVA	14.195,49
I.V.A. 20%	2.839,10
	<hr/>
Totale Euro	€ 17.034,59

=====
avv. Guido Manca - Bitti



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 519 del 21 MAG. 2009

è stata pubblicata

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

a partire dal 21 MAG. 2009 al 4 GIU. 2009

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali



franka