

TRIBUNALE ORDINARIO DI MILANO

Sezione V penale

N. 18899-2011 R.G.N.R.

sent. n. 8461 del 15.7.2015

N. 5665-2014 R.G. Trib.

N. 10580-2011 R.G. GIP

REPUBBLICA ITALIANA

In nome del Popolo italiano



Il Tribunale ordinario di Milano, Sezione V penale, in composizione monocratica, nella persona del Giudice dott.ssa Beatrice Secchi all'udienza in data 15.7.2015 ha emesso la seguente

SENTENZA

nei confronti di

1) **B** **A** **M** nato il [redacted] a Monza; domiciliato in [redacted]
[redacted] [redacted]

Difeso di fiducia dall'avv. **A** del Foro di Milano, con studio in [redacted]

2) **Z** **T** nato il [redacted] a [redacted]; domiciliato presso avv. **C**
in [redacted]; assente

Difeso di fiducia da avv. **D** del foro di Milano con studio in [redacted]

3) **R** **P** nato il [redacted] a Messina; domiciliato in [redacted]
[redacted] assente

Difeso di fiducia da avv. **E** del foro di Monza con studio in Monza
e dall' Avv. **F** del foro di Monza con studio in [redacted]

4) **S** **G** nato il [redacted] a Milano; domiciliato in [redacted]
[redacted] di 3; assente

Difeso di fiducia da avv. **A** del foro di Milano con studio in Milano c

[redacted] 

5) **B...** **G...** **F...** nato il ... a ...; domiciliato presso ...

Difeso di fiducia da avv. ... del foro di Milano con studio in Milano (...)

6) **N...** **E...** nato il ... a ...; domiciliato presso l'avv. ... in Milano ...; assente

Difeso di fiducia dall' avv. ... del foro di Milano con studio in Milano (...)

7) **A...** **A...** nato il ... a ...; domiciliato presso l'avv. ...; assente;

difeso di fiducia da avv. ... del foro di Milano con studio in (...)

8) **G...** **G...** nato il 25 ... a ...; domiciliato presso l'avv. ...; assente

Difeso di fiducia da avv. ... del foro di Brescia con studio in Brescia via ...

9) **M...** **R...** **G...** nato il ... a ...; domiciliato presso avv. ... in Milano ...; assente

Difeso di fiducia dall' avv. ... del foro di Milano con studio in Milano (...)

10) **G...** **G...** nato il ... a ...; domiciliato presso l'avv. ... in Milano v ...; assente

Difeso di fiducia da avv. ... del foro di Milano con studio in Milano (...)

IMPUTATI

Del reato p. e p. dall'art. 589 c.p., perché, **R...**, **S...**, **B...**, **B...** e **Z...** quali urologi di **B...** **V...** (affetto da neoplasia vescicale con sospetta recidiva) presso l'Ospedale di **R...** **M...** **A...**, **G...**, **M...** e **G...** in qualità di medici della struttura intermedia di **F...** di **R...** nel periodo di degenza del paziente (7.3.11 - 26.3.11), per colpa consistita in negligenza, imprudenza, imperizia, violazione delle norme dell'arte medica, verificandosi in occasione di uro - TAC con mezzo di contrasto reazione anafilattoide con arresto cardiaco necessitante ricovero in terapia intensiva, ivi sviluppandosi infezioni nosocomiali vagliate da esami colturali con



antibiogrammi. R. S. B. B. e Z. non correttamente recependone gli esiti laddove indicativi di infezione da batterio enterococco virulento e multiresistente, impostando terapia antibiotica inadeguata e inefficace, segnatamente con Gentamicina non combinata con agente attivo sulla parete batterica, non considerando debitamente l'isolamento dal catetere arterioso dell'enterococco, non impedendo così persistere e aggravamento della batteriemia sostenuta dall'enterococco, trasferendo il paziente presso la struttura intermedia di P. di R. per completamento della convalescenza senza trasmettere agli internisti gli antibiogrammi. N., A., G., M. e G. non monitorando segni clinici di infezione in atto (con misurazione temperatura, esami ematochimico), non impedendo così che l'infezione progredisse fino a raggiungere quadro di shock settico irreversibile, cagionavano la morte della persona per shock settico da ascesso perirenale sinistro.

In 26 aprile 2011

Persone offese:

R. M. coniuge F. nata il 10/11/1945 a B. V. 119/1001 e D. S. B. figlio di B. V. nato il 10/11/1945 a Milano; B. G. nato il 10/11/1945 a Domodossola;

Motivazione

Con decreto emesso in data 6.3.2014, B., A., M., Z., T., R., P., S., C., B., G., P., N., E., A., G., M., R., G., G., venivano rinviati a giudizio per rispondere del reato di cui in epigrafe.

Nel corso dell'istruttoria dibattimentale – svoltasi nell'assenza degli imputati – veniva acquisita copiosa produzione documentale, escussi i testi richiesti dalle parti ed esaminati i consulenti tecnici (che depositavano altresì le rispettive consulenze). All'udienza in data 7.1.2015, il difensore della parte civile F. revocava la costituzione di quest'ultima.

Chiusa l'istruttoria dibattimentale, le parti rassegnavano le rispettive conclusioni.

Il P.M. formulava richiesta di assoluzione di tutti gli imputati perché il fatto non sussiste.

I difensori degli imputati chiedevano l'assoluzione di tutti con formula piena.

1. Alla luce delle risultanze dell'istruttoria dibattimentale, l'ipotesi accusatoria non ha trovato conferma in relazione ad alcuno degli odierni imputati già sul piano della tipicità materiale, dovendosi pertanto pronunciare – nei confronti di tutti – sentenza di assoluzione



perché il fatto non sussiste.

In prospettiva accusatoria, la condotta colposa degli imputati – tanto degli urologi dell'Ospedale di I – quanto dei medici operanti presso la struttura intermedia di Passirana – sarebbe stata causalmente efficiente rispetto alla morte del signor B. per shock settico da ascesso perirenale sinistro. I primi, non recependo correttamente gli esiti degli esami colturali con antibiogrammi effettuati sul paziente, non considerando debitamente il batterio dell'enterococco (isolato dal catetere arterioso) e somministrando al signor B. inadeguata ed inefficace terapia antibiotica, non avrebbero impedito il persistere e l'aggravamento della batteremia sostenuta da tale batterio; i secondi, non monitorando i segni clinici di infezione in atto, non avrebbero impedito che l'infezione progredisse fino a raggiungere un quadro di shock settico irreversibile.

2. Giova invero rilevare, preliminarmente, che l'addebito elevato agli odierni imputati confluisce senz'altro nel paradigma omissivo, vertendosi, con ogni evidenza, su rimproveri afferenti ad inerzie giuridicamente rilevanti, in quanto ascritte a soggetti garanti (i medici imputati, appunto).

Orbene, trattandosi di condotte omissive, duplice è l'accertamento che, in punto di giudizio causale, deve essere compiuto. In primo luogo, infatti, occorre accertare, alla stregua della causalità condizionalistica, la reale sequenza naturalistica che ha condotto all'evento in concreto realizzatosi, ovverosia la morte del signor B.: presupposto indispensabile per procedere, in seconda battuta, al momento, normativo ed ipotetico, di "addizione mentale" delle condotte doverose omesse, onde verificare se, qualora le stesse fossero state tenute, sarebbe venuto meno l'evento hic et nunc realizzatosi (secondo il parametro, non diversamente dal primo, della certezza o della probabilità ad essa prossima).

3. Tanto precisato, sulla scorta di tali premesse, giova immediatamente procedere ad una puntuale ricostruzione degli eventi, secondo le emergenze probatorie restituite dal dibattimento, allo scopo (ove possibile) di appurare il reale antecedente eziologico della morte della persona offesa.

Deve innanzitutto osservarsi che le condizioni di salute del signor B. – ben riassunte nelle consulenze tecniche agli atti, in cui si dà conto di una lunga e travagliata storia clinica – al momento dei fatti erano particolarmente complesse.

3.1. A partire dalla diagnosi nel 2004 (quando già il paziente aveva 70 anni) di una neoplasia vescicale in prossimità dello sbocco in vescica dell'uretere sinistro – con successiva resezione chirurgica – e fino all'epoca del decesso, il signor B. è stato

sottoposto ad immunoterapia con BCG ed a periodici controlli endoscopici con asportazioni delle recidive quando presenti. La sede della neoplasia rendeva obbligatoria la rimozione chirurgica ma, allo stesso tempo, esponeva a retrazioni fibrotico-cicatriziali facilitanti idronefrosi omolaterale; evento poi verificatosi con esclusione, dal 2010, della funzionalità del rene sinistro. Dall'anamnesi generale del signor B... emergeva: obesità, BPCO, cardiopatia-coronaropatia, insufficienza venosa arti inferiori, idronefrosi sinistra grave – insufficienza renale. Tra il 2004 e il 2011 il paziente aveva subito 11 ricoveri. Si trattava, dunque, di un soggetto affetto da problematiche neoplasiche e polipatologiche particolarmente complesse.

3.2. Inquadrate brevemente le condizioni del paziente, merita, a questo punto, compiersi una sintetica ricostruzione degli avvenimenti oggetto dell'odierno procedimento.

Il 13.2.2011, a causa di un sospetto di recidiva di neoplasia, la persona offesa veniva ricoverata presso il reparto di urologia dell'Ospedale di... e sottoposta ad UroTac addominale con metodo di contrasto; nel corso di tale esame diagnostico andava tuttavia incontro ad un grave shock anafilattico - assolutamente imprevedibile, atteso che già in altre occasioni B... aveva subito infusioni di mezzi di contrasto senza reazioni particolari - che lo portava all'arresto cardiaco. Il paziente, rianimato ed intubato, veniva conseguentemente trasferito nell'Unità di terapia intensiva di... dove restava ricoverato sino al 25.2.2011.

Durante la permanenza nel reparto di rianimazione (14.2.2011-25.02.2011), sul paziente venivano posizionati un catetere venoso centrale (inserito al collo), un catetere arterioso (inserito al braccio) ed un catetere vescicale in permanenza; il 18.2.11, B... veniva qui sottoposto a terapia antibiotica con Levofloxacin su base empirica e sulla base del risultato batteriologico di un bronco aspirato - positivo per *Pseudomonas aeruginosa* -- confermato da una emocultura, positiva anch'essa per *Pseudomonas aeruginosa* (esame richiesto il 22.2.11, con esiti del 25.2.11). Il reparto di rianimazione chiedeva altresì l'esecuzione dell'esame colturale dei cateteri (venoso ed arterioso) e dei tamponi di ingresso degli stessi.

Risolto l'episodio acuto, **in data 25.2.11 il paziente veniva trasferito nuovamente in urologia**, dove continuava la terapia con levofloxacin iniziata in rianimazione. Nella stessa data giungeva l'esito completo della emocultura richiesta il 22.2.11: 1 campione, positivo per *Pseudomonas Aeruginosa* e *Staphylococcus Epidermidis*, (colonizzante della cute umana); Il campione, positivo per *Escherichia coli* e *Staphylococcus Epidermidis*.



Gli esiti della coltura dei tamponi e dei cateteri giungevano qualche giorno dopo.

Il risultato della coltura del tampone ingresso catetere arterioso, stampato il 1.3.11, indicava positività per *Staphylococcus haemolyticus* (resistente a levofloxacina e sensibile alla gentamicina con MIC basse) e per *Escherichia coli* (resistente a Levofloxacina e sensibile alla Gentamicina con MIC basse).

L'esame colturale tampone ingresso catetere venoso centrale, stampato nella stessa data, risultava negativo.

Il 2.3.11, la seconda stampa, riportava - in ordine all'esame colturale catetere arterioso - esito positivo per *Enterococcus faecalis* (resistente alla Gentamicina e alla levofloxacina; non veniva verificata la sua resistenza al sulfametossazolo, che è il principio attivo del Bactrim, antibiotico successivamente indicato nel foglio di terapia del paziente quando sarà trasferito a *Staphylococcus haemolyticus* (sensibile alla gentamicina) ed *Escherichia coli* (sensibile alla gentamicina).

Il 2.3.11, sulla base degli esiti degli esami culturali e verificata la resistenza dei batteri riscontrati alla Levofloxacina, veniva modificata la terapia antibiotica, ed al Levofloxacina era sostituito il Gentalyn.

Il 3.3.2011 risultava chiuso l'ultimo referto della coltura sui cateteri e tamponi (chiesta il 25.2): l'esame colturale da catetere venoso centrale risultava positivo per Stafilococco *Epidermidis* (resistente alla levofloxacina, sensibile alla Gentamicina e al Trimethoprim/sulfametossazolo) e per *Enterococcus faecalis* (sensibile al Gentamicin Synergy Screen ≤ 500 , e non testato per Trimethoprim/sulfametossazolo).

Nei giorni successivi il decorso clinico del paziente si mostrava favorevole, la diuresi buona, la creatinina normale (valore di 1.1), i parametri vitali stabili e la temperatura corporea mai superiore a 38° (cfr. documentazione medica e consulenza tecnica dott. V... , dott. P... , dott. S... , p. 6). Veniva, dunque, deciso di sottoporre B... ad un periodo di riabilitazione, per renderlo idoneo all'intervento endoscopico vescicale e, pertanto, il paziente veniva inviato alla Unità Ospedaliera di assistenza sanitaria di Passirana. Al momento delle dimissioni era prevista la somministrazione di Bactrim Forte (principi attivi Trimetoprim/sulfametossazolo).

A partire da tale data gli urologi di Rho non avrebbero più esercitato diagnosi e cure sul paziente.

In data 7.3.11 B... veniva quindi trasferito nella struttura di Assistenza intermedia di ..., che accoglie ed assiste quei pazienti che, avendo superato la fase acuta della

loro patologia, attraversano una fase post-acuta o sub-acuta, nella quale - pur essendo stabilizzati clinicamente - necessitano di osservazione e continuità terapeutica; qui il paziente giungeva in discrete condizioni generali e con il catetere vescicale in permanenza (il catetere arterioso ed il catetere venoso erano stati rimossi prima del trasferimento).

In data 16.3.2011 veniva sospeso il Bactrim (vd. foglio terapia della cartella clinica p. 1230). Nel corso del ricovero in si manifestavano episodi di ematuria e conseguente ostruzione del catetere vescicale, le quali richiedevano procedure di sostituzione del presidio (non prive di rischi di contaminazione batterica delle urine e delle vie urinarie). In data 24.3.2011 veniva effettuato un cambio del catetere vescicale senza protezione antibiotica.

Il 26.3.2011, intorno alle 17:00, B veniva colpito da una insufficienza respiratoria acuta, associata a febbre (38,5°), con picco di 40°. Si tratta di un quadro clinico compatibile con uno shock settico. La riconosciuta gravità del quadro clinico suggeriva la somministrazione di Rocefin (ceftriaxone) come terapia empirica: **B veniva intubato e trasferito al pronto Soccorso di**, ove era sottoposto a CPAP (maschera facciale per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta) e veniva rilevata un'acidosi metabolica grave.

Il 27.3.11 il paziente era trasferito al reparto Intensivi di, ricoverato con diagnosi di "insufficienza respiratoria acuta" e sottoposto a terapia antibiotica empirica con Imipenem (poi sospeso l'1.4.11 per reazione allergica).

Dal 1.4. veniva somministrata gentamicina, cui veniva aggiunta levofloxacina a partire dal 3.4.

Il 28.3.11 veniva effettuata una emocoltura, la quale risultava positiva per *Proteus Mirabilis* (risultato del 1.4.11).

Il giorno seguente, il 29.3.2011, veniva richiesto l'esame colturale urina da catetere a permanenza; l'esito di quest'ultimo, stampato il 31.3.11, dava esito negativo.

Il 2.4.2011 erano isolati due ceppi (urine, esito del 4.4.2011 e sangue, esito del 5.4.2011) di *Enterococcus faecium* con profilo antibiogramma diverso: entrambi resistenti a levofloxacina e a gentamicina ma con diversa sensibilità a tetraciclina.

L'8.4.2011 veniva effettuato esame colturale urina da catetere a permanenza, da cui risultava la presenza di *Escherichia coli*, resistente a levofloxacina e gentamicina. Gli esiti di quest'ultima coltura giungevano l'11.4.11. In questa data si decideva, dunque, di sospendere il trattamento con levofloxacina e gentamicina ed introdurre cura antibiotica

con Cefotaxime, a cui risultava sensibile l'*Escherichia coli* (ma inefficace contro l'*Enterococcus Faecalis*); veniva peraltro richiesto esame colturale urina da catetere a permanenza.

L'esito di quest'ultima emocoltura, giunto il 15.4.2011, era: *Escherichia Coli* ed *Enterococcus Faecalis*.

Nel periodo del ricovero a [redacted] risultano altresì segnalate piaghe da decubito.

Il 22.4.11 veniva formulata diagnosi di ascessualizzazione perirenale e si decideva il trasferimento del paziente a [redacted] per la effettuazione di un intervento chirurgico: B. [redacted] era sottoposto altresì a visita nefrologica. Risultava in atto uno stato settico da urosepsi, con tentativo di bonifica con antibiotico, cui conseguiva, dunque, terapia antibiotica a base di Teicoplanina, efficace contro l'*Enterococcus Faecalis* (in sostituzione del Cefotaxime) e una nuova emocoltura. Quest'ultima, il cui esito giungeva il 26.4.2011 (alle ore 9:40), segnalava la presenza di *Enterococcus Faecalis*, con profilo diverso dagli enterococchi isolati precedentemente (sia dai cateteri arterioso e venoso del 25.2.11 che dall'urinocoltura dell'11.4.2011, risultando quello isolato il 22.4.11 sensibile solo a linezolid, teicoplanina, vancomicina, a differenza dei ceppi isolati in precedenza e sensibili a betalattamine).

Alle ore 16:15 dello stesso giorno subentrava infine il decesso.

4. Così brevemente riassunti gli sviluppi fattuali della vicenda, le risposte fornite dai consulenti sulla causa della morte di B. [redacted] sono state differenti.

Per un verso, l'accusa ritiene che l'exitus sia riconducibile ad uno "shock settico primitivamente sostenuto da ascesso perirenale sinistro in soggetto con nefropatia (ureteroidronefrosi bilaterale, di grado IV a sinistra) e probabile recidiva di neoplasia vescicale, di recente passivo di grave reazione anafilattoide a mezzo di contrasto organo iodato" (cfr. consulenza tecnica della Procura, p. 33): gli urologi di [redacted] non avrebbero impostato il corretto schema antibiotico contro l'*enterococcus faecalis*, con conseguente evoluzione sfavorevole della vicenda clinica con il concludersi di una situazione di shock settico.

Per l'altro, alcuni dei consulenti tecnici delle difese degli imputati hanno evidenziato come non possa ritenersi certa la natura settica della morte di B. [redacted] che andrebbe ricondotta ad "un globale marasma con insufficienza multiorgano (MOF, acronimo che sta per multi organ failure) intervenuta su situazione di polipatologie (BPCO- Dislipidemia - Ipertensione arteriosa - Neoplasia vescicale - Idronefrosi di IV grado - Lesioni da

pressione). Le ripetute infezioni da parte di numerosissimi e differenti germi, documentate nel corso del prolungato ricovero, hanno sicuramente compromesso le capacità di resistenza dell'organismo sommando danno a danno, e accumulando sofferenze d'organo che sono andate indebolendo le capacità funzionali di ogni apparato. I dati autoptici – in accordo con il sospetto clinico di MOF, Multi Organ failure – hanno identificato svariati quadri di sofferenza multiorgano, conclusisi con l'edema polmonare acuto, epifenomeno terminale comune a molte morti consimili, ed attribuibile ad un cedimento finale del cuore.

Deve sottolinearsi, di contro, come non sono ravvisati elementi tecnici a sostegno di una c.d. morte settica: sotto il profilo medicolegale, infatti, non si può in alcun modo sostenere che il decesso sia riconducibile in maniera diretta ed esclusiva – come apoditticamente sostenuto dalla consulenza tecnica redatta per il Pubblico Ministero – ad una sepsi, mancandone le basi tecniche. Infatti, i reperti di cui alla necropsia collegialmente eseguiti erano costituiti – per quanto di rilievo – da una idronefrosi sinistra con consensuale ascesso perirenale, una flogosi acuta renale destra, ed un edema polmonare acuto: mancano, per contro, sia da un punto di vista macroscopico che istologico, sedi di localizzazione di fatti settici in parenchimi nobili (polmone, cervello, milza), quadri che, al contrario, usualmente sono presenti nelle morti attribuibili ad uno stato settico. Istologicamente, infatti, non si apprezzano localizzazioni d'organo, milza diffluente, compromissione del surrene solo per citare i principali, mentre, come si evince anche dalla cartella clinica, gli ultimi giorni sono caratterizzati da importante scompenso che mal si attaglia alla ipotesi settica: piastrinopenia, anemia anasarca. In un simile grave ed impegnato contesto, quindi, parrebbe realmente azzardato conferire efficienza causale dell'evento morte ad un fatto infettivo. Non potendo, pertanto, il decesso esser attribuito con certezza a fatti infettivi, ne discende che quand'anche vi fossero state delle criticità nella dimissione dal Reparto di Urologia di (si ribadisce, da escludersi per tutte le ragioni sopra indicate), nulla ne potrebbe, comunque, essere conseguito, in termini di rapporto di causalità materiale, rispetto al decesso” (in questo senso v. consulenza tecnica dott. M. S. e dott. M. S., dott. S. S., pp. 24, 25).

Ancora, il dottor M. S. scrive nella sua consulenza: “identificare una singola specifica causa di morte nel suddetto quadro è solo un esercizio intellettuale. Il paziente è deceduto per la sommatoria di una serie di concause, non più compatibili con la vita. Ricondurre la complessa patologia del paziente e la concausa di morte ad un enterococco isolato ai primi

di marzo da un catetere vascolare e non trattato con una mirata terapia antibiotica, o ad altri contaminanti non adeguatamente trattati, è privo di fondamento” (v. consulenza tecnica dott. M. ..., p. 14).

5. Inoltre - a parte il fatto che le suddette dinamiche etiologiche non si pongono in logica alternatività tra loro (ben potendo, invero, il cedimento complessivo derivare anche, seppur non solamente, dallo shock settico in parola, come rilevato dagli stessi consulenti difesa: cfr. “sono due aspetti che viaggiano parallelamente, uno aggrava l’altro, vicendevolmente, sono due parametri che viaggiano in coppia, direi che dire cosa comincia prima mi sembra un po’ forzato, sinceramente”: v. esame dott. S. ... a. trascr. ud. 18.2.2015, pp. 69-70) - a rivelarsi dirimente appare il dato per cui, a fronte dell’isolamento nel paziente di molteplici e differenti batteri e rilevata la discontinua presenza dell’*enterococcus faecalis* nelle colture effettuate, non si è raggiunta la prova certa in ordine a quale delle molteplici cariche batteriche da cui B. ... è stato colpito, nel corso di due mesi e mezzo di complessa degenza presso diverse strutture sanitarie, abbia condotto alla formazione dell’ascesso perirenale ed alla morte.

L’ipotesi causale isolata in imputazione (derivazione dal batterio *enterococcus faecalis*) non ha trovato invero adeguata conferma sul terreno processuale, ad essa essendosi affiancate ulteriori, distinte ma ugualmente plausibili (giacché altrettanto dotate di intrinseca razionalità scientifica) opzioni condizionalistiche: con ciò privando l’inferenza accusatoria dello standard di certezza imposto dalla regola dell’oltre ogni ragionevole dubbio.

I consulenti del P.M., a pagina 30 del loro elaborato, sul rilievo che gli esami colturali eseguiti su B. ... nel corso della degenza presso l’Ospedale di B. ... avevano confermato la presenza di *enterococcus faecalis* nel sangue e nelle urine da catetere, hanno sostenuto che l’asserito errore terapeutico degli urologi di Rho, che non avevano somministrato una terapia antibiotica adeguata a contrastare l’*enterococcus faecalis* isolato in data 25.2.2011, configurasse un antecedente causale del decesso del paziente.

6. I consulenti tecnici della difesa hanno però messo in evidenza plurimi punti critici della ricostruzione operata dai CT della Procura. Del tutto lineari, intrinsecamente logiche ed aderenti alla realtà fattuale si mostrano le deduzioni in punto di causalità tratte dai consulenti tecnici delle difese, i quali sono stati in grado di dare appaganti risposte ai quesiti formulati in dibattimento e di fornire una spiegazione adeguata ai dati fattuali emersi nel procedimento.

6.1. In primo luogo, i consulenti delle difese hanno osservato che il batterio dell'enterococco (asseritamente) non correttamente trattato dagli urologi di Rho era risultato dalla coltura dei cateteri (venoso ed arterioso) effettuata il 25.2.2011 e non dalla emocoltura effettuata nella medesima data. I consulenti hanno spiegato la diversa valenza dei risultati delle analisi ottenute dalla emocoltura e dalla coltura dei cateteri, sottolineando che quest'ultima modalità può rivelarsi fuorviante, laddove indicativa della (normale) presenza di contaminanti e non di infezioni in atto. Scrive il dott. Merlino nella sua consulenza: "perché si possa parlare di infezione in atto è necessario che il batterio sia evidenziato a livello del torrente ematico nonché da dati clinici evidenti (febbre remittente accompagnata a brivido) o leucocitosi marcata" (consulenza tecnica dott. Merlino, p. 2). In assenza di segni clinici di tal fatta, i dati microbiologici relativi a coltura di HUB o della punta di catetere non devono essere tenuti in considerazione, essendo scontato che la punta di un catetere venoso centrale possa portare all'isolamento di specie batteriche. Il dottor Merlino ha osservato che tutte le linee guida concordano su queste considerazioni, comprese quelle della ISDA (Infectious Diseases Society of America) e CDC (Center for Diseases Control - Atlanta) (cfr. consulenza dott. Merlino, p. 6).

6.1.1. Ora, i consulenti delle difese hanno rilevato che, nel periodo di degenza in urologia, a fronte di una emocoltura (quella del 25.2.11) negativa per l'*enterococcus faecalis* e – come emerge dalle cartelle cliniche e i diari in atti – di una clinica del paziente non indicativa di un quadro settico in atto, l'*e. faecalis* risultante delle colture dei cateteri non doveva essere tenuto in considerazione. La documentazione medica restituisce, invero, il quadro di un paziente che – tenuto conto della pregressa storia clinica e dell'arresto cardiaco appena subito – mostrava segni di miglioramento. Tanto la temperatura corporea quanto il numero di globuli bianchi registrati sul paziente erano, secondo quanto sostenuto da tutti i consulenti delle difese, compatibili con lo stato di salute del paziente e non indicativi di uno stato settico.

In particolare - nel periodo del ricovero in urologia – la temperatura corporea è arrivata a raggiungere i 38° solo in una occasione (si consideri peraltro che la rilevazione auricolare sovrastima di mezzo grado la reale temperatura). D'altra parte, la febbre non aveva mai assunto andamento settico (febbre remittente accompagnata da brivido) e comunque era giustificata dalle comorbilità del paziente (tra le quali insufficienza respiratoria da BPCO, insufficienza cardiaca e soprattutto situazione anatomica vescicale, quasi interamente priva di mucosa funzionalmente e meccanicamente valida, come

successivamente documentato nel riscontro autoptico: cfr. consulenza tecnica dott. M. (p. 5). Allo stesso tempo, i globuli bianchi erano progressivamente diminuiti, tanto che il 7.3.2011 il paziente poteva essere trasferito nel reparto per cure intermedie. Sulla scorta di tali rilievi, i consulenti tecnici delle difese hanno ritenuto che il risultato delle colture dei cateteri del 25.2.2011 non fosse indicativo di una infezione e, conseguentemente, hanno giudicato come frutto di una scelta corretta la terapia antibiotica somministrata, diretta al trattamento degli unici batteri evidenziati a livello ematico (Levofloxacin, per combattere la *P. aeruginosa*, e successivamente gentamicina, per combattere l'*escherichia coli*). La correttezza della terapia antibiotica somministrata è stata, peraltro, riconosciuta in dibattimento anche dal consulente della Procura dott. F. (cfr. trascr. ud. 7.01.2015, p. 56). Quest'ultimo ha altresì concordato in ordine alla minore valenza indicativa degli esami colturali dei cateteri ed ha spiegato che, nel periodo di degenza presso la terapia intensiva di R. B. era soggetto ad una infezione polimicrobica, specificando tuttavia che se certamente la *p. aeruginosa* e l'*escherichia* potevano ritenersi causa di una infezione (e lo stafilo epidermidis era un normale colonizzatore della cute umana), il dato relativo all'enterococco isolato il 25.2.2011 "non può essere definito in quella fase come sicuramente una infezione, ma era una presenza di un germe in un catetere endovascolare che andava secondo me tenuta da conto" (trascr. ud. 7.1.2015, pp.68 e 69).

Quindi lo stesso consulente della Procura, che in sede di elaborato scritto aveva sostenuto che l'errore medico sarebbe stato il non adeguato trattamento di un'infezione (vd. consulenza tecnica della procura p. 29: "gli schemi terapeutici per il trattamento delle infezioni causate da enterococchi prevedono infatti l'impiego combinato di un agente attivo sulla parete batterica e di un amino glucoside, come streptomycin e gentamicina, cosa invece omessa dagli Urologi curanti del signor B. (")), ha poi affermato in sede di esame dibattimentale che la presenza dell'*enterococcus faecalis* poteva rappresentare una semplice contaminazione che non richiedeva alcun tipo di contrasto; ha anche affermato che la terapia antibiotica somministrata poteva ritenersi corretta ma che comunque le valutazioni operate dai medici avrebbero dovuto essere riportate in cartella.

6.2. I consulenti tecnici delle difese hanno poi evidenziato, sulla scorta dei risultati di tutti gli esami colturali effettuati (tanto del sangue, quanto dell'urina e dei cateteri), la circostanza che l'asserito batterio responsabile (*enterococcus Faecalis*) della morte di B., isolato dai cateteri la prima volta il 25.2.2011, sarebbe stato riscontrato sul paziente in modo discontinuo - scomparendo dai risultati delle analisi fino all'11.4.11 - senza che,

in questo periodo, il paziente manifestasse segni di infezione in atto.

Come affermato dal dott. M... in sede di esame dibattimentale: "non è pensabile che un microrganismo isolato per caso da una punta del catetere, non trattato, quasi come una sorta, scrivevo nella mia relazione, di fiume carsico si inabissa, sta nascosta senza dare mai una febbre di tipo settico, con globuli bianchi che scendono, con la proteina C reattiva che scende, con uno stato di salute accettabile, per poi riemergere a distanza di settimane, provocando la morte del paziente" (cfr. dott. M..., trascr. ud. 18.2.2015, p. 50).

Il dottor M..., consulente della difesa, sul punto ha osservato: "se questo (*Enterococcus faecalis* n.d.r.) fosse stato il germe responsabile unico avrebbe avuto un continuum sul piano clinico" (v. esame dibattimentale dott. M..., trascr. ud. 18.2.2015, p. 73, 74).

Richiesti di spiegare come fosse possibile che un batterio asseritamente killer comparisse in modo discontinuo nelle colture del paziente, i consulenti tecnici del P.M. non sono stati in grado di fornire una risposta scientificamente fondata. Il consulente del P.M. dott. I... a domanda circa l'assenza dall'urinocoltura dell'8.4.2011 dell'*enterococco faecalis*, così ha risposto: "non è spiegabile, io non glielo posso spiegare" (v. trascr. ud. 7.1.2015, p. 64).

Dato documentale è che dagli esami di laboratorio tale batterio non sempre risulta.

6.3. I consulenti delle difese hanno evidenziato che neppure durante il periodo di degenza a Passirana (almeno sino al 26.3.2011) erano presenti segni clinici di un processo infettivo in atto, tanto meno di SIRS o Sepsis (consulenza dott. M..., p. 7); e ciò, peraltro – deve osservarsi in *limine* - non perché, come sostenuto in imputazione in prospettiva accusatoria, i sanitari di P... avevano omesso di monitorare i suddetti segni clinici.

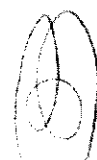
Come emerge dalla documentazione medica acquisita, anche durante il periodo di degenza in Passirana le condizioni del paziente erano tranquillizzanti. D'altra parte, come sottolineato nell'elaborato scritto del dott. M..., ai fini dell'accettazione e della permanenza dei pazienti a Passirana, i parametri vitali dei pazienti devono rispettare precise soglie. Al momento del ricovero il soggetto deve presentarsi in stato di "assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni: temperatura corporea > 38C° o < a 36 C°; frequenza cardiaca > a 90; frequenza respiratoria > a 20 atti/min o PCO2 < 32 mm Hg; globuli bianchi > 12000/mm3 o < 4000/mm3 o > 10% di cellule immature" (cfr. documenti programmatici istitutivi del Servizio di Assistenza intermedia emanati dalla

regione Lombardia – all. nn. 4 e 5 alla Consulenza tecnica del dott. Merello). Il quadro clinico di Bocchi, descritto dal 17 marzo al 26 marzo, rappresenta un paziente stazionario, tranquillo, che si alimenta, normoteso. Nel diario clinico venivano giornalmente indicate le condizioni generali del paziente e riportati i parametri vitali. Dal dibattimento è, invero, emerso che a Piacenza - diversamente da quanto contestato ai medici di quest'ultima struttura nel capo di imputazione - la temperatura corporea veniva registrata quotidianamente, più volte al giorno. Come riferito, infatti, dalla teste B. G. Merello - caposala presso la Struttura di Piacenza - il personale sanitario, sulla base di un piano di lavoro definito, doveva rilevare i parametri vitali 2 o tre volte al giorno, ed in particolare, venivano monitorate la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione dell'ossigeno, la diuresi in presenza di catetere vescicale e la temperatura corporea. (cfr. teste Bocchi, trascr. ud. 18.2.2015, p. 6). Come è prassi nei Reparti per Assistenza Sanitaria intermedia dedicata a pazienti di lungodegenza, difatti, in cartella sono segnalati soltanto i dati positivi. La teste ha precisato che la temperatura corporea veniva registrata e trascritta nel diario infermieristico esclusivamente se al di fuori dei parametri di normalità (cfr. teste Bocchi, trascr. ud. 18.2.2015, p. 6,7,8).

Ora, nel periodo di degenza a Piacenza il paziente era sfebbrato. Ciò ovviamente fino al 26.3.2011, quando la temperatura corporea arrivava a 38° (con picco di 40°) e si verificava il gravissimo shock settico in conseguenza del quale il paziente veniva trasportato prima al pronto soccorso di Reggio Emilia e poi a Bologna. Da quel momento in poi le condizioni di Bocchi restavano critiche fino al momento del decesso.

6.4. Ancora, l'incertezza in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra *enterococcus faecalis* (isolato il 25.2.11 e non trattato) e morte del sig. Bocchi emerge già considerando i risultati degli esami effettuati nell'immediatezza dello shock settico del 26 marzo, e segnatamente dell'esame ematochimico del 28 marzo e di quello delle urine del 29 marzo: non è presente traccia alcuna di *enterococcus faecalis*, quindi di quel germe che, in prospettiva accusatoria, rappresenterebbe la causa della morte del paziente; l'urinocoltura del 29 marzo addirittura dava esito negativo.

6.4.1. I consulenti delle difese, sulla scorta di tali risultati, hanno ritenuto di poter attribuire la forma settica del 26.3. al batterio Gram negativo, *Proteus Mirabilis*, sulla scorta dell'emocoltura praticata in seguito a tale grave episodio (esami ematici del 27.3.11 e richiesta emocoltura del 28.3.11), la quale è appunto risultata positiva per tale batterio. Secondo il dott. Merello, la positività al *Proteus Mirabilis* permette di attribuire a questo



microorganismo l'etiologia dell'episodio settico del 26.3. Tale batterio non era mai stato isolato precedentemente da CVC e CAV e pertanto, sempre secondo il dott. M... l'episodio del 26 marzo non può ritenersi correlato ai presunti inadeguati trattamenti dei contaminanti gli accessi vascolari. Secondo il consulente della procura dott. F... invece, lo stato di shock settico del paziente in data 26.3.2011 non era compatibile con una mera infezione da *proteus mirabilis* perché: "le infezioni da proteus anche se sono, diciamo, massicce con dati emocolturali positivi, in genere non danno un quadro così drammatico, e poi credo che sia stata debellata abbastanza rapidamente, quindi anche questa suscettibilità alla terapia antibiotica mirata è indice di una non elevata aggressività del microorganismo" (trascr. ud. 7.01.2015, p. 38).

6.5. L'incertezza in ordine alla sussistenza del nesso eziologico tra *enterococcus faecalis* (isolato il 25.2.11 e non trattato) e morte del sig. B... risulta acuita, inoltre, laddove si ponga mente ai successivi esami colturali effettuati, i quali hanno evidenziato plurime cariche batteriche diverse, tra le quali l'*enterococcus faecium*.

6.5.1. Quest'ultimo, come è stato fatto osservare dai consulenti delle difese, è "individuo" differente rispetto all'*enterococcus faecalis*. I due organismi, invero, non sono la stessa cosa: si tratta di due diverse *species* del medesimo genere. Tale dato - deve osservarsi *in limine* - non è stato affatto preso in considerazione nell'elaborato scritto dei consulenti della Procura. In dibattimento il dott. Is... ha viceversa sostenuto - su specifica domanda di un difensore - che si tratta del medesimo batterio. Richiesto di segnalare le ragioni per le quali riteneva l'identità tra l'*e. faecium* e l'*e. faecalis*, il dott. Isabella ha risposto: "secondo me sono la stessa cosa" e poi ha aggiunto, "sulla base di elementi microbiologici e di sensibilità" (trascr. ud. 7.1.2015, p. 63), senza tuttavia specificare la risposta.

I consulenti delle difese hanno all'opposto, concordemente, sostenuto che si tratta di batteri differenti. In ordine alla risposta fornita dal dott. Is..., il dott. M... ha osservato in dibattimento: "sarebbe come dire che secondo me il virus influenzale di tipo A è uguale al virus influenzale di tipo B oppure, così, che una mela golden è uguale a una mela verde. Sono due cose completamente differenti, sono due specie differenti che appartengono al medesimo genere" (trascr. ud. 18.2.2015, p. 49). Illuminanti sul punto sono state le parole del dott. M..., il quale ha spiegato: "la classificazione degli organismi viventi non è un fatto personale, non è un'opinione, i microrganismi si distinguono in tipo, classe, ordine, famiglia, genere e specie, il genere enterococco è un genere che appartiene alla famiglia



delle enterococcaceae, il genere enterococco comprende due specie di interesse umano, che sono il faecium e faecalis". Il consulente ha altresì aggiunto che non è assolutamente possibile che un *enterococcus faecalis* si trasformi in *enterococcus faecium* né che avvenga la trasformazione contraria.

6.6. L'11.4.2011 ricompare un *enterococcus faecalis*. Tuttavia, come concordemente sostenuto da tutti i consulenti tecnici delle difese, non vi sono elementi per ritenere che si tratti del medesimo enterococco isolato quasi due mesi prima, e che, non adeguatamente combattuto, avrebbe portato alla morte di B... Così come, secondo i consulenti delle difese, neppure lo shock settico del 26.3 può essere stato provocato da quell'enterococco isolato il 25.2.2011, e ciò per la semplice ragione che quest'ultimo enterococco non è mai più stato isolato da tutti gli esami colturali successivamente effettuati: tutti gli altri enterococchi rinvenuti successivamente sono individui di germi diversi e la loro diversità è provata dalla diversità degli antibiogrammi. Si considerino gli antibiogrammi dell'*enterococcus faecalis* tracciati nel corso dell'intero periodo (sul punto, vd. Consulenza tecnica dott. V..., dott. N..., dott. S..., pp. 20 e 21).

L'*Enterococcus faecalis*:

- **isolato il 25.2.2011 (catetere arterioso e catetere venoso):**

- in catetere arterioso: sensibilità a ampicillina, cloramfenicolo, daptomicina, linezolid, penicillina, rifampicina, streptomina synergy screen, teicoplanina e vancomicina; resistente, tra gli altri, a synergy screen;

-in catetere venoso centrale, a differenza del precedente, sensibile anche a ciprofloxacina, gentamicina e levofloxacina

- **isolato l'11.4.2011 (urine da catetere vescicale a permanenza) :**

sensibile a ampicillina, daptomicina, linezolid, nitrofurantoina, penicillina, rifampicina, streptomina synergy screen, teicoplanina e vancomicina;

resistente a ciprofloxacina, gentamicina, levofloxacina

- **isolato il 22.4.2011 (emocoltura, per la prima volta):**

sensibile solo a teicoplanina, vancomicina e linezolid

6.6.1. Tanto le analisi delle punte di catetere effettuate a febbraio 2011, quanto le colture eseguite successivamente ad aprile, dimostrano la estrema variabilità dei batteri isolati nei diversi contesti ospedalieri. Secondo i consulenti tecnici delle difese l'antibiogramma è l'unico strumento valido ai fini della formulazione di tale conclusione.

Il dott. V..., sul punto, ha specificato in sede di esame: "è chiaro che non possiamo



sostenere che ci sia una sovrapposizione o comunque un'identità quando abbiamo delle differenze nell'antibiogramma che a mio parere, come penso a parere anche degli altri consulenti, sono per ora, per le conoscenze che abbiamo, sufficientemente significativi" (trascr. ud. 18.2.2015, p. 58). Il dottor M... ha avvalorato tali rilievi: "tutti i laboratori del mondo forniscono referti come questi e in tutte le unità operative di medicina, di malattie infettive, di chirurgia quando devono scegliere un antibiotico lo fanno sulla scorta di questi referti, sono ormai delle procedure che sono entrate nell'uso comune" (trascr. ud. 18.2.2015, pp. 58 e 59). Il consulente, sulla scorta degli antibiogrammi, ha ancora rilevato: "inoltre da ceppo a ceppo ci sono delle differenze in funzione di un passaggio da uno stato di resistenza a uno di sensibilità. Anche questo non è possibile, è possibile il passaggio dalla sensibilità a resistenza sotto la pressione di un antibiotico, non è possibile il passaggio dalla resistenza alla sensibilità. Quindi fidarsi di quattro antibiogrammi per dire che si tratta di quattro ceppi differenti in base a questo insieme di considerazioni a mio avviso è valido" (trascr. ud. 18.2.2015, pp. 59 e 60).

Il consulente del P.M., dott. I..., in sede di esame ha, per contro, sostenuto che non è possibile concludere con certezza che si tratti di germi differenti sulla sola base della diversità degli antibiogrammi, perché tali test "non possono avere per la loro stessa natura una sicurezza identificativa" (trascr. ud. 7.1.2015, p. 70) atteso che presentano un grado di variabilità anche individuale molto importante. Secondo il dott. I..., una certezza potrebbe aversi solo attraverso degli esami molecular printing, che restituiscono l'impronta molecolare digitale del germe, ma che allo stato non sono praticabili.

6.7. Deve da ultimo essere rilevato che i risultati dell'urinocoltura effettuata a Bollate l'11.4.2011, da cui risulta l'*enterococcus faecalis*, non sono stati immediatamente tenuti in considerazione neppure dai sanitari di B..., perché la teicoplanina - l'unica ritenuta utile per contrastare l'*e. faecalis* - veniva somministrata a B... solo a seguito dell'emocoltura del 22.4.2011. Alcuni consulenti tecnici delle difese hanno, dunque, ragionevolmente osservato che se si volesse in astratto sostenere che un'infezione da *enterococcus faecalis* abbia avuto qualche ruolo causale nel determinismo del decesso, tale ruolo potrebbe essere attribuito solo a quello isolato il 22.4.2011, il quale è profondamente diverso, come attestato dagli antibiogrammi, da quello isolato il 25.2.11 (v. consulenza dott. V..., dott. N..., dott. S... > p. 21).

7. Dalle osservazioni che precedono emerge la fragilità dell'ipotesi accusatoria, insuscettibile di fondare un convincimento di colpevolezza.

L'istruttoria dibattimentale ha restituito, invero, una irriducibile discordanza di opinioni scientifiche, tra le quali il giudice è chiamato a scegliere secondo il parametro della migliore aderenza al caso di specie, secondo i dettami della razionalità e nell'alveo di un compiuto percorso motivazionale. Orbene, come tutte le precedenti considerazioni chiariscono, il fondamento su cui l'accusa ha basato la propria contestazione è insufficiente, in quanto scalfito dalle lineari, coerenti e conferenti deduzioni dei consulenti delle difese. Questi ultimi hanno addotto confacenti ragioni scientifiche per supportare una lettura alternativa degli eventi senz'altro sostenibile sul piano logico.

A fronte delle tesi prospettate, da un lato, dall'accusa e, dall'altro, dalla difesa in ordine alla causa di morte del signor B . . . e considerato il decorso clinico del paziente e le sue condizioni complessive, non è possibile stabilire con assoluta certezza - per tutto quanto sopra dettagliatamente esposto - la causa della morte del signor B . . .

Residua sul punto una insuperabile incertezza, a fronte della quale non sarebbe neppure possibile cristallizzare con precisione quale sia la condotta doverosa che gli imputati avrebbero omesso, né - a fortiori - sarebbe praticabile un rigoroso giudizio controfattuale omissivo (non potendosi saggiare la probabilità di impedimento dell'evento allorquando rimanga indefinita la causa di quest'ultimo e, di conseguenza, la tipologia di condotta non tenuta).

Alla stregua della consolidata giurisprudenza di legittimità, in tema di responsabilità professionale del sanitario, in linea con quanto puntualizzato dalle Sezioni unite (sentenza 10 luglio 2002, Franzese), nella ricostruzione del nesso eziologico tra la condotta omissiva del sanitario e l'evento lesivo non si può prescindere dall'individuazione di tutti gli elementi concernenti la "causa" dell'evento (morte o lesioni del paziente), giacché solo conoscendo in tutti i suoi aspetti fattuali e scientifici il momento iniziale e la successiva evoluzione della malattia è poi possibile analizzare la condotta omissiva colposa addebitata al sanitario per effettuare il giudizio controfattuale e verificare, avvalendosi delle leggi statistiche o scientifiche e delle massime di esperienza che si attagliano al caso concreto, se, ipotizzandosi come realizzata la condotta dovuta (ma omessa), l'evento lesivo "al di là di ogni ragionevole dubbio" sarebbe stato evitato o si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (Cass. pen., Sez. 4, Sentenza n. 25233/2005, Rv. 232013).

Ne consegue, assorbiti gli ulteriori (e logicamente subordinati) profili in punto di colpa, la necessità di pronunciare sentenza assolutoria perchè il fatto non sussiste.



Il termine per il deposito della motivazione della sentenza deve essere stabilito in novanta giorni.

P.Q.M.

Visto l'art. 530 c.p.p.

assolve

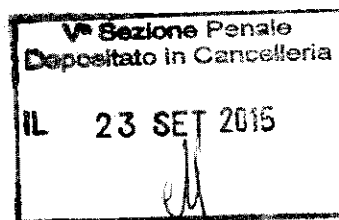
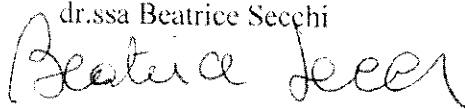
B... A... M... Z... T... R... P... S... G... B...
G... N... E... A... A... G... G... M... R... G...
G... G... dal reato loro ascritto perchè il fatto non sussiste.

Motivazione entro novanta giorni

Milano, 15 luglio 2015

Il Giudice

dr.ssa Beatrice Secchi



L'ASSISTENTE GIUDIZIARIO
Nicoia LUCHENA