

400304

Prof. Enzo Ronchi – Professore Ordinario  
Dott.ssa Ombretta Campari – Specialista  
Dott.ssa Antonia Locatelli – Specialista  
Istituto di Medicina Legale  
Università di Milano

Dott.ssa Maria Cristina Marengli  
Specialista in Anestesia e Rianimazione  
Dip. di Anestesia e Rianimazione  
IRCCS Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena

**PROCURA DELLA REPUBBLICA**

presso il Tribunale di MILANO

DEPOSITATO NELLA SEGRETERIA DELLA PROCURA  
PERVENUTO ALLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE  
ORDINARIO DI MILANO

Addi 01 APR 2009

ALLE ORE

L'AUSILIARIO

IL CANCELLIERE B3

Dott. Fabio Di Cesare

**RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA COLLEGIALE**

IN ORDINE AL DECESSO DI

[REDACTED]

per incarico del PUBBLICO MINISTERO Dott.ssa G. PRADELLA

R.G. nr. 25477/2008 mod. 21

Ai Consulenti Tecnici sono stati formulati i seguenti quesiti.

*"Esaminati gli atti, ed in particolare le cartelle cliniche e le consulenze tecniche dei dottori Squicciarini, Pini, Sartori, Greco ed Olivieri, acquisita ogni ulteriore documentazione ritenuta eventualmente utile e opportuna, dicano i consulenti se i decessi di [REDACTED] siano effettivamente e concretamente riconducibili, sotto il profilo causale (o di concausa), agli interventi chirurgici effettuati dai dottori Brega Massone, Presicci e Pansera. Si approfondisca a tal fine la possibile ingerenza di fattori causali alternativi all'intervento chirurgico, anche sotto l'aspetto probabilistico, nel verificarsi dell'evento morte, tenendo presente le condizioni pregresse (per patologia e/o età avanzata) dei pazienti e valutata altresì nel suo complesso l'incidenza che nella determinazione della morte abbiano avuto tecniche rianimatorie, terapie mediche e condizioni ambientali (a titolo meramente esemplificativo trattamenti di rimpiazzo di funzione come supporti ventilatori, somministrazione di farmaci antidolorifici e antiinfiammatori; trattenimento in ambiente ospedaliero) direttamente connesse alla scelta chirurgica stessa. Si approfondisca, infine, ogni tematica ritenuta necessaria ed opportuna per l'esauritivo chiarimento di ogni aspetto di natura medico-legale concernente il nesso di causalità, anche se coinvolgente profili di responsabilità di altri sanitari".*

[Handwritten signatures]

In data 10 dicembre 2008, presso l'ufficio della dott.ssa G. Pradella, P.M. della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano, innanzi al Pubblico Ministero stesso ed alla dott.ssa T. Siciliano, è stato conferito ai sottoscritti consulenti tecnici l'incarico di cui ai quesiti sopra riportati, con termine di novanta giorni per il deposito dell'elaborato scritto, prorogati sino al giorno 31 marzo 2009.

Ai fini di una maggiore chiarezza espositiva, le valutazioni richieste in ordine ai decessi [REDACTED] verranno effettuate separatamente.

\*\*\*

#### DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI

I consulenti hanno esaminato copie digitali delle seguenti cartelle cliniche della Casa di Cura Santa Rita di Milano, riguardanti i ricoveri del sig. [REDACTED]

1. n. 8718/2007 relativa alla degenza presso il reparto di Chirurgia Toracica nei giorni 18.06-21.06.2007;
2. n. 8870/2007 relativa alla degenza presso il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale nei giorni 21.06-29.06.2007;
3. n. 9241/2007 relativa alla degenza presso il reparto di Chirurgia Toracica nei giorni 29.06-02.07.2007;
4. n. 9395/2007 relativa alla degenza presso il reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale nei giorni 02.07-12.07.2007.

Sulla base della documentazione medica disponibile si riassume come segue la vicenda oggetto di valutazione consulenziale.

In data 18.06.2007, il sig. [REDACTED] all'epoca di anni 90, giungeva presso il Pronto Soccorso della suddetta Casa di Cura per tachicardia, confermata all'esame elettrocardiografico.

In anamnesi, venivano inoltre segnalate ipertensione arteriosa e fibrillazione atriale cronica, nonché presenza di pace-maker.

La radiografia del torace evidenziava un "importante versamento pleurico alla base sinistra, che risale lungo la parete toracica posteriore. Strie disventilatorie alla base

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

*destra. Cuore ingrandito, con ili vascolari aumentati di volume. Presenza di pace-maker monocamerale".*

Veniva quindi disposto il ricovero del sig. [REDACTED] nel reparto di Chirurgia Toracica, con diagnosi all'ingresso di *"versamento pleurico sinistro di ndd (natura non determinata) in paziente portatore di PM (pace-maker) ed affetto da FA (fibrillazione atriale) in terapia anticoagulante orale, in BPCO (broncopneumopatia cronica) riacutizzata"*; il paziente veniva seguito dai dott. Brega Massone, Pansera, Presicci e [REDACTED]

Anche il controllo radiografico del torace del giorno seguente documentava la persistenza di una *"velatura di entrambe le basi da versamento pleurico ... più evidente a sinistra ..."*.

Il 20.06, si sottoponeva il paziente ad una TC del torace e dell'addome, con riscontro di *"... versamento pleurico bilaterale assai più abbondante a sinistra ove si estende dall'apice alla base mentre a destra si estende da un campo medio polmonare alla base con atelectasia compressiva dei parenchimi adiacenti ... Grossolane strie fibrotiche negli apici senza evidenti addensamenti parenchimali in atto con strie fibrotiche alle basi. Infiltrazione del versamento anche nelle scissure interlobari ..."*.

Durante la degenza, come da diario clinico e dalla registrazione dei parametri vitali, si otteneva un miglioramento della dispnea, con buona saturazione in ossigeno del sangue (96-98% in aria ambiente), mentre si mantenevano pressochè costanti l'ipertensione arteriosa e la tachicardia.

Il 21.06.2007 il sig. [REDACTED] veniva trasferito nel reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale - continuando ad essere seguito dai dott. Presicci e Pansera, oltre che dai fisiatri - per eseguire una riabilitazione respiratoria preoperatoria, con diagnosi di dimissione di *"versamento pleurico sx ... BPCO riacutizzata ... anamnesi di patologia cardiovascolare ... fibrillazione atriale"*.

All'ingresso, si segnalava: *"dispnea per sforzi moderati"*.

Lo stesso 21.06, veniva posizionato un drenaggio pleurico a sinistra, con radiografia di controllo al letto così refertata *"nei confronti del 19.6.07 a destra il quadro è invariato mentre a sinistra si osserva rischiaramento della base polmonare"*.

Le radiografie del torace successive evidenziavano: il 23.06, *"Dopo riduzione di*

3 

tubo di drenaggio il parenchima appare a parete"; ed il 26.06, "Permane invariato il versamento pleurico segnalato alla base destra; discretamente migliorata la diafanità del parenchima sovrastante ...".

Il paziente si manteneva in *condizioni generali discrete*, apiretico e tachicardico, eseguendo la fisiochinesiterapia in modo incostante.

Il 28.06 il dott. Pansera eseguiva una fibrobroncoscopia con broncolavaggio, per il prelievo di materiale su cui effettuare l'esame colturale standard e la ricerca del Bacillo di Koch e delle cellule tumorali maligne (con esito datato 29.06.07 positivo per "alcuni bacilli gram negativi", identificati nell'Enterobacter cloacae).

In data 29.06, il sig. [REDACTED] veniva ripreso in gestione dal Reperto di Chirurgia Toracica per essere sottoposto a "VATS (Video-Assisted Thoracoscopic Surgery o chirurgia video-toracoscopica) con intento palliativo di talcaggio ed eventuale ottenimento di diagnosi istologica".

Nel diario infermieristico il paziente veniva definito "lucido, vigile a tratti collaborante, autosufficiente, si alimenta con dieta libera autonomamente, deambula con bastone, diuresi attiva spontanea, alvo aperto"; nella scheda anestesiologicala, veniva indicato un peso di 50kg.

Lo stesso 29.06 veniva eseguito, in anestesia generale, l'intervento di "VATS sx - Biopsie pleuriche - Wedge resection polmonare e talcaggio pleurico" dalla seguente équipe chirurgica: P. F. Presicci (1° operatore), M. Pansera (2° operatore), [REDACTED]

Dal referto dell'atto operatorio, "Incisione in VI spazio intercostale sinistro sulla linea ascellare posteriore. Posizionamento di Trocar del diametro di 11.5mm. Aspirazione di versamento pleurico che viene in parte inviato per esame citologico. Introduzione del video toracoscopio. Si evidenzia la presenza di pleura congesta. Previo confezionamento, sotto visione diretta, di ulteriori due accessi toracoscopici in VI e VIII spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore e posteriore, si eseguono biopsie pleuriche multiple della pleura parietale che vengono inviate per esame istologico definitivo. Si esegue altresì wedge resection a carico del lobo inferiore di sinistra.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



400308

*Posizionamento di un drenaggio toracico plurifenestrato dall'apice sino al seno costo-diaframmatico utilizzando l'accesso toracoscopio anteriore ..."*

La radiografia del torace post-operatoria, con referto di *"Esiti di VATS a sinistra con drenaggio apicale. Sospetto PNX destro per cui si consiglia controllo RX eseguito in sezione"*, veniva così commentata in cartella clinica: *"regolare riespansione del parenchima polmonare sinistro"*.

Seguirono ulteriori radiografie del torace: 30.06, *"Esiti di intervento chirurgico a sinistra. Discreto enfisema sottocutaneo. Presenza di tubo di drenaggio con estremità in apice. Non segni di versamento né versamenti in atto"*; 2.07, *"Esiti di intervento di VATS a sinistra. Modesto enfisema sottocutaneo. Parenchima polmonare a parete. Presenza di tubo di drenaggio"*.

Nel post-operatorio, il paziente veniva descritto in *"buone condizioni generali"*, apiretico, con discreta saturazione arteriosa in ossigeno e normale pressione arteriosa.

Il 2.07.2007 giungeva il referto dell'esame cito-patologico condotto su circa 30cc di liquido pleurico di sinistra e su circa 5cc di liquido di broncolavaggio del bronco lobare inferiore di sinistra, negativo per cellule tumorali maligne. L'esame istopatologico, eseguito su un segmento di parenchima polmonare (4x2x1cm) e su sei frammenti di pleura parietale sinistra, poneva diagnosi rispettivamente di *"... parenchima polmonare sede di fibrosi plurifocale sottopleurica e di enfisema bolloso ... pleura parietale sede di flogosi cronica linfocitaria aspecifica"*.

Il 2.07 veniva deciso il trasferimento del sig. [REDACTED] nel reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale al fine di eseguire la riabilitazione respiratoria postoperatoria, con diagnosi di dimissione di *"fibrosi polmonare ... enfisema polmonare ... versamento pleurico"*.

Il diario clinico risulta a firma dei dott. Pansera, Presicci, Brega Massone, oltre che da un medico di cui non si riescono a decifrare le generalità.

All'ingresso in reparto, veniva obiettivato: paziente *"... Apiretico PA 150/70 FC 90 SatO<sub>2</sub> 94% in AA Dren 50ml sieroso Condizioni generali discrete. Persiste toracodinia in corrispondenza del drenaggio pleurico sinistro. Presenza di lieve enfisema sottocutaneo emitorace sinistro ..."*, in riduzione nei giorni seguenti.







5 

Il 3.07 il sig. [REDACTED] iniziava a lamentare "disfagia per i solidi alla deglutizione. Si aggiunge in terapia reidratante 1000 + Glu 5% 1000cc". Il 4.07, poiché il paziente "riferisce ancora difficoltà alla deglutizione", veniva richiesta una visita otorinolaringoiatrica: "... Pz già noto per due episodi di disfagia con passaggio di cibo in laringe ... mughetto a livello linguale, orofaringeo, base lingua con estensione inferiore all'epiglottide che appare iperemica ed edematosa. Edema posteriore delle aritenoidi come da RGE ... tumefazione dello spazio faringeo periaritenoideo (compressione dell'esofago??). CCVV normo-mobili ... "; veniva impostata terapia medica e si prescrivevano un'esofagogastroduodenoscopia, una visita gastroenterologica, nonché una fibrolaringoscopia a distanza di due settimane.

Sempre nell'ambito delle problematiche relative all'alimentazione, nel diario clinico venivano riportate le seguenti annotazioni: 6.07, introduzione di "alimentazione morbida"; 7.07, "persiste difficoltà alla deglutizione per cibi solidi. Mantiene dieta morbida frazionata"; 8.07, "inappetenza per la dieta fornita senza particolari problemi alla deglutizione"; 9.07, "Persiste inappetenza generalizzata"; 10.07, "Pz inappetente, rifiuta la dieta fornitagli"; 11.07, radiografia del tratto gastrointestinale superiore: "Regolare il processo di deglutizione. L'esofago è ben canalizzato, presenta pareti dotate di regolare attività peristaltica e di pliche mucose ben designate. Normale il passaggio attraverso il cardias. Non si sono rilevate alterazioni organiche".

Ed ancora, dal diario infermieristico: 2.07 ore 19, "non si è alimentato"; 3.07 ore 12, "Il pz lamenta disfagia ai solidi durante la deglutizione, si aggiunge in terapia reidratante 500cc + glucosata 500cc"; 3.07 ore 21, "si è alimentato poco"; 4.07 ore 20.00, "si è alimentato poco"; 5.07 ore 13.30, "mantiene ... Gl 5% 500 + elettrolitica 500cc"; 5.07 ore 20, "pz che ancora non si alimenta"; 7.07 ore 12, "non si alimenta, impostato polase in terapia"; 8.07 ore 20, "non si alimenta"; 9.07, ore 13.00 "non si alimenta" e nel pomeriggio "rifiuta di alimentarsi"; 10.07 ore 19.00, "non si alimenta (rifiuta)"; 11.07 ore 13.00, "rifiuta di alimentarsi".

Dai fogli di terapia, risulta dal 3.07 la prescrizione di 500mlx2 di soluzione elettrolitica e di 500mlx2 di soluzione glucosata al 5%.

Inoltre, il 5.07 veniva rimosso il drenaggio pleurico, con radiografia del torace

di controllo così refertata "Esiti di intervento di VATS a sinistra con drenaggio in sede apicale omolaterale. Buona riespansione del parenchima omolaterale. Non addensamenti parenchimali a destra. Falda di enfisema sottocutaneo a carico dei tessuti molli della parete toracica e basi cervicale sinistra"; il 6.07, si obiettivavano "rantoli a piccole bolle bibasali", con evidenza radiografica di "... parenchima polmonare sinistro risulta essere a parete, permangono modesto enfisema sottocutaneo"; l'11.07 posizionavano catetere vescicale.

Il 12.07, alle 10.20 veniva effettuata una consulenza cardiologica " ... All'ECG odierno FA di base con regolare intervento del PM a 50bpm ed extrasistolia ventricolare bigemina. Paziente in terapia digitalica. Lamenta inappetenza. Disidratazione e lieve peggioramento della funzione renale. Conclusioni: regolare funzionamento dello stimolatore artificiale. La presenza di FA lenta, BEV frequenti in concomitanza di terapia digitalica e peggioramento della funzione fa pensare in prima battuta a intossicazione digitalica (spiegherebbe anche l'inappetenza). Consiglio: sospensione del Lanoxin, del Karvezide, del Cardura e del Lasix. Continua terapia idratante a 1500cc al dì. Utile monitoraggio elettrolitico e della funzione renale ...".

Alla successiva valutazione della digossinemia risultava un valore di 2.0ng/mL, con valori di riferimento 0.9-2.0ng/mL.

Alle ore 15.25, il dott. Presicci veniva "chiamato dalle infermiere, poiché rinvenuto paziente privo di conoscenza. Si reperta pz. con polso assente, assenza di respiro, cianosi periferica. Si esegue ecg e si constata decesso alle ore 15.30".

La diagnosi di dimissione sul frontespizio della cartella clinica fu di "Toracodinia ... Anamnesi pat endot (patologia respiratoria, in considerazione del codice di classificazione delle malattie assegnato ovvero V126) ... Anamn. di pat. cardiovasc ... Arresto cardiaco".

Dalla scheda di morte a firma dott. P. F. Presicci: "CAUSA INIZIALE ... versamento pleurico ... CAUSA INTERMEDIA ... Fibrillazione atriale ... CAUSA TERMINALE ... deperimento organico - marasma senile".

Da ultimo, dalle refertazioni degli esami ematochimici eseguiti il 7.07 ed il 9.07, risulta l'alterazione della funzione renale [rispettivamente: urea 164mg/dL e 154mg/dL (v.n. 10-50mg/dL); creatinina 1.87mg/dL e 1.39mg/dL (0.70-

*[Handwritten signature]*



1.20mg/dL)], nonché un'alterazione dell'equilibrio elettrolitico (iposodiemia, ipopotassiemia, ipocloremia).

§§§

### CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI ed ANESTESIOLOGICHE

Esposto quanto sopra, trattasi ora di entrare nel merito dei quesiti consulenziali, rinviando per la ricostruzione della vicenda clinica alla precedente sezione dell'elaborato ove la stessa è stata ripercorsa nel dettaglio.

Per l'incarico affidatoci, è necessario in primo luogo identificare la causa del decesso del sig. ██████████, di anni 90.

Innanzitutto, il sig. ██████████ venne rinvenuto cadavere (incosciente, in arresto cardiaco, privo di attività circolatoria e respiratoria) alle ore 15.25 del 12.07.2007, nel proprio letto del reparto di Riabilitazione e Recupero Funzionale della Casa di Cura Santa Rita di Milano.

A fronte di condizioni cliniche del paziente definite - nei giorni precedenti al decesso - *stazionarie e discrete*, sia nel diario medico che infermieristico, dalla disamina di questi ultimi emerge un dato significativo: il sig. ██████████ dal 2.07 (quindi da circa 10 giorni) presentava difficoltà alla deglutizione ed inappetenza, per cui risulta che non si alimentasse.

La disfagia e l'inappetenza possono trovare ragione nell'infezione fungina a livello del cavo orale e delle alte vie aeree, in eventuale associazione con un eccessivo dosaggio di digitale, quest'ultima evenienza ipotizzata anche dal cardiologo che la mattina del giorno del decesso visitò il sig. ██████████, riscontrando disidratazione ed alterazioni del ritmo cardiaco (fibrillazione atriale lenta e battiti ectopici ventricolari, con pacemaker normofunzionante), per cui consigliò di sospendere la terapia cardiologica e diuretica in atto.

Ed invero, la determinazione della concentrazione ematica di digossina evidenziò un valore pari a 2ng/mL che, seppur coincidente con il limite massimo del range di normalità, in un soggetto anziano e con funzionalità renale compromessa - quale era il sig. ██████████ - deve ritenersi elevato.

Indipendentemente dalla causa che determinò il rifiuto ad alimentarsi da parte del sig. ██████████ ciò che rileva ai fini della nostra valutazione è l'assente





attuazione di presidi medici in grado di garantirgli il fabbisogno nutrizionale (il paziente infatti non rifiutava le cure farmacologiche): se venne prescritta una terapia idratante, non fu di contro introdotto alcun supporto nutrizionale (ad esempio, mediante la terapia enterale con sondino naso-gastrico).

L'assente, o minimo, apporto di nutrienti per circa dieci giorni in un soggetto novantenne, probabilmente già in labile compenso nutrizionale (unica rilevazione del peso nella scheda anestesiológica pre-intervento: kg 50), cardiopatico con recente scompenso cardiaco, nefropatico e da poco sottoposto ad un intervento di chirurgia toracica (condizione che comporta un aumento dell'input calorico rispetto al fabbisogno normale<sup>1</sup>), ha contribuito in modo certo al *deperimento organico* ritenuto dagli stessi sanitari che lo ebbero in cura causa della morte del sig. [REDACTED]

Infatti, nella scheda ISTAT (per la certificazione delle cause della morte), viene segnalata anche una situazione di *marasma senile*, ovvero una condizione caratterizzata da grave malnutrizione e progressivo decadimento fisico e psichico legati all'età molto avanzata e provocata dai fenomeni di invecchiamento dei tessuti. A maggior ragione, si rendeva quindi necessaria una terapia di integrazione alimentare così da rallentare quantomeno, se non evitare, il deperimento organico.

Identificata la causa del decesso del sig. [REDACTED] nel deperimento organico da mal/assente nutrizione, due le conclusioni che ne discendono.

In primo luogo, è ravvisabile un comportamento colposo da parte dei *medici curanti* del sig. [REDACTED] che dal diario clinico risultano essere i dott. Brega Massone, Presicci, Pansera ed un quarto medico di cui non si è decifrata la firma. Di fatti, gli stessi sanitari per un verso omisero di valutare con indagini ematochimiche l'esistenza e la gravità dello stato di malnutrizione (nessuno si premurò di rilevare i più banali indici di nutrizione, quali proteine totali, albumina, pre-albumina, assetto lipidico); e per altro verso, trascurarono di impostare un adeguato trattamento di supporto nutrizionale che avrebbe con

<sup>1</sup> In: a cura di Townsend C. M. Sabiston. *Trattato di chirurgia. Le basi biologiche della moderna pratica chirurgica*. Delfino Antonio Editore, 2002; capitolo 6, Metabolismo del paziente chirurgico.

[REDACTED] Cer [REDACTED] '00

elevata probabilità limitato, e forse evitato, il deperimento organico del paziente, posticipando così l'epoca del decesso dello stesso.

In secondo luogo, per quanto attiene l'intervento chirurgico a cui il sig. [REDACTED] fu sottoposto in data 29.06.2007, non è possibile affermare né in via di elevata probabilità, né tantomeno in termini di certezza, che detto intervento, in se e per sé, abbia causato un'anticipazione dell'epoca del decesso del sig. [REDACTED]

Infatti, risulta descritto e documentato un decorso post-operatorio favorevole, positivo, fino al momento del trasferimento in Divisione di Riabilitazione (3.07.2007), quando si presentò il problema disfagico-malnutrizionale di cui si è detto: ma quest'ultimo è causalmente indipendente dalla pur non condivisibile scelta chirurgica e, a sua volta, costituisce ingerenza eziologica alternativa all'intervento stesso, secondo lettera del quesito peritale.

h

Lee al 10