



TRIBUNALE DI VERCELLI
SEZIONE DEI GIUDICI PER LE INDAGINI PRELIMINARI

N. 2342/2014 R.G. N.R.
N. 2004/2014 R.G. G.I.P.

ORDINANZA
(ARTE. 409, 410 comma 2 C.P.P.)

Il Giudice, dott. Fabrizio Filice,

vista la richiesta di archiviazione presentata dal P.M. dott. Pianta, in relazione al procedimento a margine indicato a carico di

1. [REDACTED] nato [REDACTED] specialista in ginecologia, in servizio presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difeso di fiducia dall'Avv. Andrea CORSARO del Foro di Vercelli;
2. [REDACTED] nato [REDACTED] medico chirurgo specialista in ginecologia, in servizio presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difeso di fiducia dall'Avv. Massimo MUSSATO del Foro di Vercelli, domicilio eletto presso lo studio del difensore in Vercelli, via Achille G. Cayna, n. 4;
3. [REDACTED] nato [REDACTED] specialista in ginecologia e direttore della struttura complessa Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difeso di fiducia dall'Avv. Roberto CORRENTI del Foro di Ancona;
4. [REDACTED] nato [REDACTED] 2. medico chirurgo specialista in ginecologia, in servizio presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difeso di fiducia dall'Avv. Roberto CORRENTI del Foro di Ancona;
5. [REDACTED] nato [REDACTED] medico chirurgo specialista in ginecologia, in servizio presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli; difeso di fiducia dagli Avv. Carla ZUCCO e Gianni CORRENTI del Foro di Novara;
6. [REDACTED] nato [REDACTED] medico chirurgo specialista in ginecologia, in servizio presso la S.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli; difeso di fiducia dall'Avv. Roberto CORRENTI del Foro di Ancona;
7. [REDACTED] nato [REDACTED] medico chirurgo in servizio presso la SSD Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'urgenza del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difeso di fiducia dall'Avv. Aldo CASALINI del Foro di Vercelli;

[REDACTED] (n. 26/07/1959)
[REDACTED] medico chirurgo radiologo in servizio presso
la S.C. "Radiodiagnostica" del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli; difesa
di fiducia dall'Avv. Roberto ROSSI del Foro di Vercelli;

[REDACTED] (n. 22/01/1958), r.
[REDACTED] (n. 22/01/1958), C.P.S.I. Blocco Operatorio
Ginecologia del Presidio - Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difesa di fiducia
dall'Avv. Massimo MUSSATO del Foro difesa di fiducia dall'Avv. Massimo
MUSSATO del Foro di Vercelli;

[REDACTED] (n. 14/01/1964), nata a Lomfrate (VC) in
[REDACTED] (VC) infermiera presso il Blocco
Operatorio Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli, difesa di
fiducia dall'Avv. Alessandro SCIFIDA del Foro di Vercelli;

[REDACTED] (n. 14/01/1964), nata a Lomfrate (VC) in
[REDACTED] (VC) infermiera presso il Blocco Operatorio Ginecologia del Presidio
Ospedaliero "S. Andrea" di Vercelli; difesa di fiducia dagli Avv. Francesca
CARANGIELO e Andrea GAUDIO del Foro di Milano;

[REDACTED] (n. 14/01/1964), nata a Lomfrate (VC) in
[REDACTED] (VC) anestesista presso il Presidio Ospedaliero "S. Andrea" di
Vercelli; difesa di fiducia dall'Avv. Roberto ROSSI del Foro di Vercelli;

persone sottoposte ad indagini in ordine alle seguenti imputazioni, ciascuno in
relazione alle qualifiche sopra indicate, in ordine ai seguenti reati:

[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]

A) Artt. 40, 41, 590, 583 c.p., perché, con condotte indipendenti commissive ed
omissive, per colpa consistita in negligenza ed inosservanza delle corrette prassi da
seguire nel corso di intervento chirurgico ginecologico (isterectomia laparotomica
con amnessiectomia bilaterale), abbandonavano e non estraevano dall'addome della
paziente [REDACTED] un corpo estraneo (retrattore metallico, n. 2 garze
laparotomiche di dimensioni 40 x 40 cm) utilizzato nel corso dell'intervento, con ciò
provocando alla medesima lesioni potenzialmente letali;
In Vercelli il 21.11.2012.

[REDACTED]
[REDACTED]
B) Art. 479 del C.P., per avere redatto e firmato il documento (destinato a provare la
veridicità di quanto in esso esposto) denominato "scheda per prevenire la ritenzione
di garze, strumenti ed altro materiale all'interno del sito chirurgico", rivelatosi falso
nel contenuto in quanto non evidenziava i presidi medici estratti dal corpo della
signora [REDACTED];
In Vercelli il 09.02.2014.

[REDACTED] Nicoletta [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

C) Art. 378 del C.P., per avere posto in essere condotte tali da consentire a
B) della
investigazioni dell'A.G. sui reati di cui ai capi che precedono e precisamente:
M..... letta, per aver omesso, in qualità di Direttore della S.C. Ostetricia
e Ginecologia dell'Ospedale di Vercelli di vidimare la copertina della cartella
clinica in occasione delle dimissioni della paziente dopo il
ricovero del 09.02.2014, di fatto non verificando la completezza del documento che
risultava incompleto;
tutti i predetti, per non aver redatto la scheda di evento sentinella da consegnare al
RM (Risk Management) nei tempi previsti (24 ore) all'atto del secondo ricovero
della paziente (09 febbraio) la quale veniva redatta il 12
marzo e consegnata solo il 20 marzo 2014 non consentendo alla
Direzione Aziendale di attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno
e attivare i dovuti processi.
In Vercelli accertato in data 29.04.2014.

Visto l'atto di opposizione depositato ex art. 410 c.p.p. da BAFUMO GIOVANNA,
in atti gen. n. difeso dall'avv. Simone GIACOSA del foro di Ivrea

Visti gli artt. 410, 409 c. 2 e 3, 127 c.p.p.,
sentite le parti all'udienza del 23.7.2015, sciogliendo la riserva ivi assunta.

OSSERVA

Preliminarmente va disattesa l'eccezione di inammissibilità
dell'opposizione sollevata dalle difese delle persone indagate per asserita carenza,
nell'atto di opposizione, dei requisiti di ammissibilità di cui all'art. 410 c.p.p. (l
indicazione dell'oggetto dell'attività suppletiva e dei relativi elementi di prova);
atteso: da un lato, che alla persona offesa è riconosciuta la facoltà di opporre la
richiesta di archiviazione non solo per ritenuta incompletezza delle indagini, ma
anche per contrastare, nel merito, l'impostazione del P.M.; dall'altro lato che, se è
vero come è vero che in questo caso il diritto della persona offesa opponente non
si estende al contraddittorio, non è meno vero che la facoltà di instaurare comunque
il sub procedimento di cui all'art. 409 c.p.p. è riconosciuta al Giudice anche
d'ufficio; e che il suo innesco, con fissazione della relativa udienza camerale, già
implica un superamento di un'eventuale dichiarazione di inammissibilità *de plano*
dell'opposizione, con la conseguenza che essa non potrà più essere adottata
all'esito dell'udienza.

Venendo al merito, ritiene il Giudice di condividere integralmente la valutazione operata dal P.M. in sede di richiesta di archiviazione in quanto imperniata su una prognosi di insostenibilità dell'accusa in giudizio che appare, a sua volta, pienamente fondata "in ragione" sia sotto il profilo fattuale sia sotto quello delle regole legali e logiche che presiedono al giudizio.

Il presente procedimento scaturisce dalla denuncia-querela depositata in data 29.4.2014 dalla sig.ra [REDACTED], la quale era stata sottoposta, in data 21.11.2012, a un intervento di isterectomia laparotomica con annessiectomia bilaterale, a seguito di diagnosi di un mioma (tumore benigno) di 4 cm. L'intervento era stato eseguito presso l'ospedale di Vercelli dal dr. [REDACTED] in qualità di primo operatore, e dal dr. [REDACTED] in qualità di secondo operatore.

Successivamente all'intervento la [REDACTED] accusò dolori addominali postoperatori che la portarono, nei mesi seguenti, a plurimi accessi al Pronto Soccorso dell'ospedale di Vercelli, nel corso dei quali le vennero effettuati esami obiettivi di tipo rutinario con esiti, del pari, ordinari.

A seguito, invece, dell'accesso al P.S. dell'8.2.2014, necessitati da dolori addominali particolarmente intensi, la paziente veniva sottoposta a esami più approfonditi, anche di tipo radiografico, che rivelavano la presenza di corpi estranei (un retrattore metallico e due garze chirurgiche) evidentemente deregittati nell'addome nel corso dell'intervento.

La paziente veniva quindi sottoposta a un secondo intervento riparativo, in data 9.2.2014 - primo operatore sempre il [REDACTED] nel corso del quale i detti corpi venivano rimossi, senza problematiche né esiti ulteriori.

Tanto premesso, occorre anzi tutto trattare del capo A) dell'inculpazione provvisoria (arti. 40, 41, 590, 583 c.p.) che vede indagati [REDACTED] e

██████████, nelle rispettive qualità di primo e secondo operatore chirurgici, ██████████, in qualità di ferrista, e PERON Marzia, in qualità di anestesista, per la mancata estrazione dei corpi chirurgici estranei (un retrattore metallico e due garze laparotomiche di dimensioni 40 x 40 cm) utilizzati nel corso dell'intervento di isterectomia laparotomica con annessiectomia bilaterale eseguito sulla paziente odierna persona offesa, come si è detto. il 21.11.2012.

Al riguardo, mette immediatamente conto marcare i confini dell'inculpazione per cui si procede; la quale si articola esclusivamente nel perimetro del fatto lesivo quale dedotto dall'atto incolpativo provvisorio: ciò è a dire le lesioni transitorie cagionate alla paziente a causa dell'omessa estrazione dei corpi chirurgici sopra descritti e della successiva infezione sviluppatasi e dante causa al ricovero d'urgenza dell'8.2.2014 e all'effettuazione dell'intervento riparativo di rimozione dei corpi estranei, eseguito il 9.2.2014.

E' vero che, come rimarca la difesa della persona offesa, la relazione peritale effettuata nel corso del procedimento, nelle forme dell'incidente probatorio, dai periti, Prof. Macri e Prof. Arduini, rileva (pagg. 164,165 relazione peritale) *a monte* la ritenuta inappropriatezza della scelta trattamentale optata dai chirurghi: ciò è a dire l'annessiectomia bilaterale, a fronte di opzioni meno demolitive e, nel caso di caso specie, egualmente efficaci.

Non è però meno vero che tali conclusioni vengono rassegnate dai periti a conclusione di un'indagine *ampia* sotto il profilo tecnico, tale da consentire loro uno scrutinio completo ed esaustivo su tutta la vicenda sanitaria in oggetto, onde poterne trarre gli elementi necessari per rispondere compiutamente agli specifici quesiti formulati in ordine alle incolpazioni provvisorie: il che rientrava nella facoltà dei periti anche giusta la formula di chiusura del quesito devoluto, che, dopo avere illustrato i singoli temi posti alla precipua attenzione dei periti, prevede anche che essi possano riferire *ogni altro elemento ritenuto d'interesse in relazione ai quesiti esposti* (cfr. verbale conferimento incarico del 14 luglio 2014).



Il che, tuttavia, non vale – né, come chiaro, potrebbe essere altrimenti – ad estendere gli effetti dell'incidente probatorio a fatti diversi e non contemplati dalle incolpazioni in relazione alle quali esso è stato disposto; né, a ben più forte ragione, potrebbe legittimare il Giudice, in questa sede, a utilizzare gli atti presenti nel fascicolo delle indagini, fra cui quelli dell'incidente probatorio appunto, per ordinare la formulazione di un'imputazione *diversa* e non corrispondente all'incolpazione provvisoria; il che costituirebbe, rispetto alle facoltà del Giudice, un atto *ultra vires* e come tale tacciabile di *abnormità* processuale.

E' però, a ben vedere, proprio questa pare essere la pretesa della parte opponente nella misura in cui l'ordine di formulare l'imputazione viene richiesto non solo in riferimento all'evento lesivo dedotto dall'incolpazione provvisoria ma *anche* in riferimento all'evento lesivo consistente nell'asportazione chirurgica di entrambe le ovaie a fronte di possibilità terapeutiche non (o meno) demolitive: quest'ultimo fatto-reato si dipanerebbe, infatti, in una condotta commissiva (l'effettuazione dell'intervento in sé e per sé) connotata da una colpa professionale *in eligendo* (l'opzione, appunto, dell'intervento demolitivo al posto di scelte terapeutiche meno drastiche e connotate da eguale efficacia per le esigenze del caso concreto), da un nesso causale *immediato* (la rimozione delle ovaie comportando *immediatamente*, per la paziente, la perdita delle ovaie) e da una lesione qualificabile nei termini dell'art. 583, comma 2, n. 3), sempre in relazione all'art. 590 (lesioni colpose) cod. pen.: ciò è a dire una lesione colposa *gravissima* consistente nella perdita dell'utero e della capacità procreativa.

Si tratta, quindi, irrefutabilmente di un fatto del tutto *diverso* da quello oggetto del presente procedimento: che invece attiene a un fatto-reato con condotta omissiva (la mancata estrazione dei corpi chirurgici all'esito dell'intervento e prima delle operazioni di chiusura e sutura), connotata da una colpa professionale *in vigilando* (il mancato controllo sull'estrazione di tutti i corpi estranei), da un nesso causale *mediato* (la mancata estrazione dei corpi chirurgici ne ha causata, a

molti mesi di distanza, l'infezione e la necessaria estrazione con un secondo intervento) e da una lesione qualificabile nei termini dell'art. 583 c.p.p. solo in riferimento al pericolo di vita cagionato - e quindi lesione grave, e non gravissima, ai sensi dell'art. 583, comma 1, n. 1, cod.pen.

E ciò sempre ammesso che, tenuto conto delle risultanze della perizia sulla tipologia di lesione cagionata dalla mancata estrazione, con successiva infezione, dei corpi estranei, il fatto lesivo possa ancora effettivamente inquadrarsi ai sensi dell'art. 583 c.p.p. (cfr. escussione dei periti a chiarimento della relazione depositata in incidente probatorio, e segnatamente il verbale di trascrizione dell'udienza del 16.2.2015, pagg. 29,30; ove i periti danno atto che la vicenda dell'abbandono dei corpi estranei, in sé e per sé considerata, non è stata foriera di lesioni rilevanti, in quanto dette lesioni si sono esaurite nelle aderenze cicatriziali cagionate dall'intervento e nell'ascessualizzazione che ha condotto poi alla diagnosi del corpo estraneo e al successivo intervento di rimozione, senza che ne siano derivate conseguenze lesive ulteriori).

Va dunque immediatamente sgombrato il campo da qualsiasi ipotesi di sovrapposizione tra i due fatti-reato: il presente procedimento nel suo intero sviluppo (dalla denuncia-querela del 29.4.2014 all'iscrizione della notizia di reato, all'effettuazione delle indagini, all'incidente probatorio, alla richiesta di archiviazione oggi in scrutinio) attenendo solo, ed esclusivamente, a quello originato dalla mancata estrazione di corpi chirurgici all'esito dell'intervento del 21.11.2012.

Non appare pertanto rilevante, in questa sede, discutere del difetto della condizione di procedibilità relativamente al fatto-reato relativo all'effettuazione dell'intervento di annessiectomia bilaterale in luogo di scelte terapeutiche non (o meno) demolitive: proprio perché tale fatto di reato non è oggetto del presente procedimento: potendosi, al più, per quanto qui di rilevanza, condividere l'osservazione del P.M. - contenuta nella parte finale della sua richiesta - che

nell'ambito del presente procedimento non risulta effettivamente alcuna denuncia/querela della persona offesa relativamente al diverso fatto lesivo dell'effettuazione dell'intervento demolitivo, a ciò non ponendo alcun riferimento la querela del 29.4.2014, né essendo seguite integrazioni alla stessa su questo tema.

Restando, invece, all'unico fatto lesivo dedotto in questa sede, quello di cui al capo A), attinente alla mancata estrazione, con successiva infezione, dei corpi estranei, si ritiene che le conclusioni cui è giunto il P.M. siano del tutto conformi a quelle rassegnate dai periti in sede di incidente probatorio, e ne rappresentino, anzi, il corretto sviluppo processuale.

Dirimente al riguardo è la raccomandazione emanata dal Ministero della Salute - dipartimento della qualità - direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III - *Raccomandazione n. 2, Marzo 2008 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, citata e rimarcata dai periti, secondo la quale: "Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento".

Là dove è chiaro che obiettivo della circolare - finalizzata al buon andamento della Pubblica Amministrazione sanitaria - è quello di strutturare una logica ed efficace ripartizione delle responsabilità immanenti alle varie fasi dell'intervento chirurgico secondo un criterio di competenza che valorizzi le diverse professionalità dei componenti dell'equipe: il chirurgo da un lato, il personale infermieristico dall'altro.

E a chiarire ogni dubbio sull'interpretazione dell'obiettivo della circolare sta il fatto che la stessa, nell'enunciare il principio appena introdotto, dà altresì atto che

L'orientamento giurisprudenziale attuale (al momento dell'emanazione della circolare) era invece in ottica protesa a ritenere che, in tema di colpa medica nell'attività di equipe, tutti i soggetti intervenuti all'atto operatorio dovessero partecipare ai controlli volti a fronteggiare il ricorrente e grave rischio di lasciare nel corpo del paziente oggetti estranei (cfr. ad es. Cass. Sez. 4, Semezza n. 39062 del 26/05/2004. Sez. 4. Sentenza n. 15282 del 07/03/2008).

Si tratta, quindi, dello stesso orientamento giurisprudenziale invocato, oggi, dalla tesi opposta.

E' però proprio questa generalizzata e a-differenziata *diffusione* delle responsabilità tra tutti i componenti dell'equipe, nelle pur difese fasi dell'intervento chirurgico, che non è stata a ogni evidenza ritenuta, dall'Autorità Amministrativa, funzionale ai criteri di efficienza e trasparenza: i quali presuppongono, invece, come si diceva, una logica ed efficace ripartizione delle responsabilità immanenti alle varie fasi dell'intervento chirurgico secondo un criterio di competenza che valorizzi le *diverse* professionalità dei componenti dell'equipe.

E infatti, mette conto osservare come l'evoluzione giurisprudenziale, in generale in tema di responsabilità dell'equipe chirurgica, si sia recentemente aperta a criteri ricognitivi della responsabilità penale del componente dell'equipe non ispirati a logiche assolutizzanti e aprioristiche, bensì a una logica-guida, di tipo *obiettivo e individualizzante*, e volta alla ricostruzione, per così dire *case by case*, del ruolo di ogni singolo operatore e dell'ambito di estensione della sua propria «posizione di garanzia» sugli altri componenti dell'equipe, a seconda del tipo di intervento e di evento lesivo verificatosi: nonché delle competenze professionali di ciascun membro e di ogni altra circostanza che abbia assunto un ruolo determinante nella serie causale esitata nell'evento lesivo.

Si veda, di recente, Cass. Sez. 4. Sentenza n. 7346 del 08/07/2014, Saggi, secondo la quale "nei casi in cui alla cura del paziente concorrono, con interventi

zioni necessariamente omologabili, più sanitari, l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento verificatosi deve essere compiuto con riguardo alla condotta ed al ruolo di ciascuno, non potendosi configurare una responsabilità di gruppo in base ad un ragionamento aprioristico" (principio enunciato in massima).

Ora, l'opzione del P.M. di aderire, al fine di valutare se vi siano, o meno, nel caso specifico, elementi sufficientemente pregnanti per sostenere efficacemente l'accusa in giudizio nei confronti dei chirurghi, a un approccio *casistico* di questo tipo appare, francamente, condivisibile, esente da censure logiche e, anzi, maggiormente funzionale a un corretto discernimento dei fatti da parte della Pubblica Accusa ai fini della determinazione sull'esercizio dell'azione penale.

Faccendo, dunque, applicazione degli esposti principi al caso di specie, ne deriva che, nella ricostruzione, in concreto e nel singolo caso, delle responsabilità dei singoli membri dell'equipe, non può non essere tenuta in debito conto, sotto l'aspetto interpretativo, la sopra citata fonte amministrativa, la quale giustappunto detta specifiche *linee guida* ai presidi sanitari per la prevenzione del rischio della intenzione di corpi estranei in siti chirurgici.

In forza di tali *linee guida*, il chirurgo – nella fattispecie il primo operatore, [REDACTED] – è esclusivamente tenuto a verificare che il conteggio dei corpi chirurgici venga eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento; in altre parole, come efficacemente spiegato dai periti nel corso del loro esame in incidente probatorio (pagg. 13,14 verbale trascrizione dell'udienza del 16.2.2015, cit.) i responsabili della *conta* degli strumenti sono il ferrista e gli infermieri addetti, con una sorveglianza del chirurgo; sorveglianza, però, limitata alla circostanza che la *conta* (*rectius*: le *conte*; da eseguirsi all'inizio dell'intervento, durante il suo svolgimento ogni qual volta si passa da una cavità all'altra, e in conclusione) siano effettivamente eseguite e sottoscritte.

Il chirurgo, nella sostanza, deve controllare che, in ciascuna fase dell'intervento, i professionisti addetti eseguano la *conta*, senza che l'obbligo di controllo si estenda all'esattezza e alla conformità della stessa, e quindi senza responsabilità di errori di conteggio e di trascrizione commessi dal personale deputato.

Del resto, affermare il contrario altro non significherebbe che onerare il chirurgo di un autonomo obbligo di effettuare egli stesso, nel corso dell'intervento, le *conte* degli strumenti: giacché non egli non avrebbe altro modo di controllare l'esattezza del conteggio effettuato dal personale infermieristico se non provvedere egli stesso allo stesso conteggio, il che comporterebbe la distrazione del chirurgo durante l'esecuzione dell'intervento: ed è proprio questo che l'autorità amministrativa sanitaria apicale, il Ministero appunto, ha inteso evitare, approvando *linee guida* che esonerano il chirurgo da questi compiti perché egli si concentri unicamente sul suo compito, che è l'esecuzione dell'intervento.

Ed è proprio quanto avvenuto nel caso di specie, posto che la *scheda per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico* sottoscritta dalla strumentista [redacted] e dall'infermiere di sala [redacted] - alle quali non si riferisce la richiesta di archiviazione e per le quali si procede separatamente - non presenta, alla lettura, alcuna anomalia: ed è pertanto del tutto concepibile che il chirurgo primo operatore, verificato lo svolgimento delle *conte* durante l'intervento, e verificato, sulla scheda, che il numero dei corpi introdotti corrispondesse a quello degli estratti, abbia dato corso alle operazioni sutura, *visando* la scheda stessa.

Il punto è che per un evidente errore degli operatori che hanno proceduto alle *conte* - strumentista [redacted] e infermiere di sala [redacted] - la scheda conteneva tre rilevanti omissioni: il retractor metallico, non segnato sulla scheda neppure all'inizio dell'intervento, e due garze: segnate come estratte anche se erano rimaste *in situ*.

È però il chirurgo, nel limitarsi al controllo formale sul conteggio, si è attenuto alle citate *linee guida* emanate dalla fonte amministrativa apicale nel settore sanitario, quella ministeriale appunto; né si ravvisa, a suo carico, alcuna condotta colposa ascrivibile a *negligenza* o *imprudenza*: tipologie di colpa, queste, che, almeno secondo l'orientamento giurisprudenziale allo stato maggioritario, escluderebbero la rilevanza dell'art. 3, 1 co., legge 189/12 (c.d. legge Balduzzi), secondo il principio classicamente riassumibile nella formula *culpa levis sine imperitia non excusat*.

Certo è appena il caso di sottolineare che non potrebbe qualificarsi in termini di *negligenza* o *imprudenza* l'introduzione dei corpi chirurgici durante l'esecuzione dell'intervento; quando, vale a dire, essi erano proprio funzionali all'intervento stesso.

Né si ritiene che esistesse una ragione *macroscopica*, per il chirurgo, di discostarsi dalle *linee guida* ed eseguire personalmente il conteggio; atteso che, come si è detto, le schede non presentavano anomalie né risulta essersi verificato, nel corso dell'intervento, alcun intervento anomalo tale da far dubitare che il personale infermieristico deputato stesse regolarmente tenendo il conto degli elementi utilizzati.

Onde, quand'anche si volesse ancora aderire all'orientamento giurisprudenziale invocato dalla tesi oppositiva, sarebbe nondimeno innegabile che il chirurgo, nel limitarsi al controllo formale – e non sostanziale – sul conteggio dei corpi estranei, si è attenuto alle *linee guida*, e che, non risultando alcuna ragione *macroscopica* per discostarsene, egli non è incorso in *colpa grave*, né in forme di *negligenza* o *imprudenza*.

Si che, a tutto a concedere alla tesi oppositiva, l'efficacia esimente della Legge Balduzzi risulterebbe pienamente invocabile nel caso di specie, corroborando ulteriormente la prognosi di insostenibilità dell'accusa in giudizio dedotta dal P.M.

Discende da quanto sopra l'accogliibilità della richiesta in ordine a tutti gli indagati relativamente al capo A: [REDACTED], primo operatore, per le ragioni anzi dette; e, a ben più forte ragione, il [REDACTED], secondo operatore, e l'anestesista, [REDACTED].

Per quanto riguarda la strumentista [REDACTED] la prognosi di insostenibilità dell'accusa in giudizio consegue, invece, al fatto che la sua presenza all'intervento, in qualità di tutor in affiancamento a Fortugno e Bertolone, non risulta in termini di sufficiente certezza: la cartella clinica e la relazione sull'intervento non la riportano e l'unica traccia della sua presenza, affermata dalle co-indagate Fortugno e Bertolone, nella veste di chiamanti in correità, sarebbe rinvenibile in un documento cartaceo ad uso interno del reparto e a carattere non ufficiale: senza nessuna possibilità di risalire alla persona che lo ha compilato e al momento dell'annotazione, che potrebbe essere anche di molto successivo al fatto; sì che la chiamata di correità spiccata da [REDACTED] appare del tutto sfornita di riscontri documentabili in un eventuale dibattimento.

Per quanto attiene, da ultimo, ai capi B) e C) dell'inculpazione provvisoria, l'espletata istruttoria documentale ne ha integralmente destituito il fondamento inizialmente prospettato.

Relativamente al capo B), corre l'obbligo di rimarcare che: - nella descrizione dell'atto operatorio relativo all'intervento riparativo del 9.2.2014: si parla espressamente di "presenza di corpo estraneo" e della sua rimozione; - nella scheda infermieristica del 9.2.2014 è riportata la rimozione di corpo estraneo (cuscinetto dotato di reperi radiopaco che evidentemente costituiva un unico coacervo con le garze, attorniate da massa liquida 'pus'); - nel verbale operatorio

sottoscritto dal [redacted] con la descrizione dell'intervento, si riporta la rimozione di corpi estranei e la rimozione di altro dispositivo dall'addome.

Si che non si evidenzia alcuna condotta di falso ascrivibile al [redacted] finalizzata a occultare la rimozione dei corpi estranei nel corso dell'intervento riparativo, indipendentemente dall'indicazione, nella *scheda per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, della dicitura generica "corpo estraneo" in luogo della precisa indicazione dei tre corpi estratti: in primo luogo perché, appunto, la rimozione dei tre corpi è stata puntualmente annotata negli altri documenti ufficiali; e in secondo luogo perché la citata scheda, come si è visto sopra, non riveste il ruolo di tracciabilità storico-clinica, ma esclusivamente quello di strumento e di relazione del conteggio dei corpi chirurgici sotto la responsabilità del personale infermieristico.

Alla luce di questa precisazione, l'indicazione "corpo estraneo" era già da considerarsi idonea allo scopo, come peraltro specificato dal perito di parte, dr. Testi (cfr. trascrizione di verbale di udienza del 13-4-2015), il quale ha specificato che la sigla "corpo estraneo" corrisponde a un criterio di codificazione della SDO (scheda di dimissione ospedaliera), segnatamente il criterio ICD10, comunemente accettato dal sistema di compilazione ASL - Regioni al fine della compilazione del DRG (diagnosis related groups, l'equivalente in italiano dei "raggruppamenti omogenei di diagnosi").

Infine, per quanto riguarda il capo C), la richiesta di archiviazione deve essere accolta sotto il fondamentale, e assorbente, profilo che la mancata tempestiva compilazione della *scheda riportante eventi sentinella* non ha inciso - né avrebbe potuto incidere - sull'accertamento dei fatti da parte dell'Autorità Giudiziana, trattandosi di un *atto interno* non assimilabile a un *referto* né a una *notizia di reato*.

La richiesta di archiviazione formulata dal P.M. deve essere, in conclusione, integralmente accolta.

P. Q. M.

Visti gli artt. 408, 410 e 415, c.p.p.,

Dispone l'archiviazione del procedimento penale nei confronti dell'indagato sopra indicato.

Ordina la restituzione degli atti al P.M.

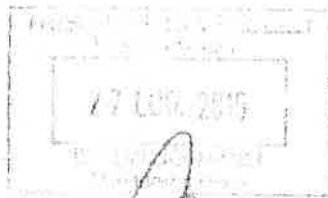
Autorizza il rilascio di copia agli aventi diritto

Manda alla cancelleria per quanto di competenza

Vercelli, 24.7.2015

Il Giudice

Fabrizio Filice



Handwritten signature of Fabrizio Filice.