

ASL8

NP/2016/ 0014920 del 03/06/2016 ore 09,52

Mittente: Servizio Affari Legali

ALL. 5

Assegnatario: DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Classifica: 1.2.11.



Al Direttore Amministrativo
SEDE

**Oggetto: Procedimento penale a carico di Maria Costanza. Costituzione di responsabile civile.
Comunicazione esito della lite.**

Con riferimento all'oggetto,

si comunica che la causa è stata definita favorevolmente per l'Azienda con la sentenza pronunciata dal Tribunale di Cagliari che si allega in uno alla presente ^{DOC} (Al. 1).

Poiché nell'ambito della sentenza suindicata le spese di lite sono state integralmente compensate nei confronti della ASL 8, con la presente si chiede di voler procedere alla liquidazione delle stesse come quantificate nella nota spese che si allega ^{DOC} (Al. 2), la quale è stata redatta nel rispetto dell'art. 8 del Regolamento del Servizio Affari Legali come modificato con Deliberazione n. 1473 del 21 dicembre 2015 nonché opportunamente vagliata dal dirigente Avvocato Paola Trudu ^{DOC} (Al. 3) come previsto all'art. 11 (punto III c) del citato Regolamento.

In merito si precisa che dalle somme anzidette sono state detratte le spese generali di funzionamento sostenute dalla ASL 8 di Cagliari (che vengono forfettariamente computate nella misura del 5% delle competenze professionali liquidate, art. 11 Reg. cit.) e che le somme spettanti a titolo di spese legali sono da liquidarsi in favore dell'Avv. Silvana Murru in deroga alla regola generale di cui all'art. 7 del Regolamento citato.

Distinti saluti.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

Il presente allegato è composto di n° 1 fogli.

N. 568 DEL 10 GIU. 2016

IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI
(Avv. Paola Trudu)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

Il Responsabile del Servizio

(Avv. Paola Trudu)

(Avv. Silvana Murru)

1

ASL8

NP/2016/ 0014921 del 03/06/2016 ore 09,56

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Classifica : 1.2.11.

DOC N°
ASL. 3Al Direttore Amministrativo
SEDE

Oggetto: ~~Contro Conto/Morra Cristina~~ contro ASL 8 (contenzioso penale): attestazione/verifica circa lo svolgimento dell'attività professionale di cui alla relativa nota spese.

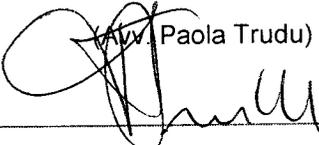
Con riferimento all'oggetto,

si comunica che lo scrivente, nella propria qualità di Responsabile del Servizio Affari legali aziendale, in deroga all'art. 9 del Regolamento di organizzazione della SSD Affari Legali e della rappresentanza in giudizio della ASL di Cagliari approvato con Deliberazione n. 1473 del 21.12.2015, riconosce a favore dell'Avv. Silvana Murru l'intero importo riportato nella nota spese.

Si dichiara, inoltre, presa visione della nota spese presentata dall'Avv. Silvana Murru relativamente al contenzioso in oggetto, che la stessa è

- conforme all'attività professionale effettivamente prestata
- corretta nella sua quantificazione in quanto redatta secondo il tariffario professionale (D.M. 55/2014) e conforme alle disposizioni di cui al Regolamento aziendale come modificato con Deliberazione n. 1473 del 21 dicembre 2015

Distinti saluti.

(Avv. Paola Trudu) 2


Doc N°
MURRU-2

NOTA SPESE

(D.M. n. 55/2014)

Nel procedimento penale promosso da Cogotti Cinzia contro Murru Cristina e contro Asl di Cagliari (Tribunale di Cagliari, Sezione Penale, R.G. n. 2866/12, Giudice Monocratico Dr. Alessandro Castello)

D.M. 20 luglio 2012, n. 140

Fase 1: studio della controversia	€ 300,00
Fase 2: fase introduttiva del giudizio	€ 600,00
Fase 3: fase istruttoria e/o di trattazione	€ 900,00
Fase 4: fase decisionale	€ 900,00
Totale	€ 2.700,00
Spese generali 15%	_____
Trattenuta del 5% per spese generali di funzionamento su € 2.700,00 (art. 11 Reg. Affari Legali)	€ 135,00
Totale	€ 2.565,00
Riduzione del 50% (art. 8 Reg. Affari Legali)	€ 1.485,00
Totale spettante Avv. Silvana Murru	€ 1.282,50

Silvana M

DOC. N°
1

N. 14567/2010 r.n.r.
N. 2866/2012 r.g.

~~CLASSE~~

N. 624 r.s.
Data dep. 1 - LUG 2014
Data irr. _____
N. _____ r.e.
N. _____ camp. pen.
Red. scheda _____



TRIBUNALE DI CAGLIARI
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Cagliari, in composizione monocratica, nella persona del dott. Alessandro Castello, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento penale

contro

~~MURRU CINZIA~~, nata a Cagliari il 21 marzo 1973, residente in ~~Cagliari~~ (CA), via ~~Amendola n. 25~~

IMPUTATA

Del reato previsto e punito dall'art. 590 comma 1 c.p. perché, quale medico di guardia in servizio presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Marino di Cagliari, che in data 08.09.2006 visitò la paziente COGOTTI Cinzia, provocava alla COGOTTI un prolungamento del periodo di malattia di tre giorni, determinato dal ritardo diagnostico. Colpa consistita in imperizia per non avere effettuato una corretta diagnosi e in particolare per non avere rilevato la presenza di una totale sezione tendinea nel II dito della mano sinistra della COGOTTI.

In Cagliari 8 settembre 2006.

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Pubblico Ministero:

Assoluzione per non avere commesso il fatto.

Parte civile:

Conclude come da conclusionale e nota spese depositate in atti.

Responsabile civile:

Conclude come da conclusionale e nota spese depositate in atti.

Difesa dell'imputato:

Assoluzione perché il fatto non sussiste o con altra formula di giustizia: in via subordinata ai sensi dell'art. 530 comma 2 c.p.p.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con decreto del 12 luglio 2012, Cristina MURRU è stata citata a comparire davanti a questo Tribunale in composizione monocratica per rispondere del reato riportato in epigrafe.

Il processo si è svolto alla presenza dell'imputata, che ha reso spontanee dichiarazioni, con la costituzione di parte civile di Cinzia Cogotti e del responsabile civile ASL n. 8 di Cagliari. Sono stati sentiti i testi dedotti dal P.M.: Cinzia Cogotti; Maria Olla; i CCTT del P.M.: dott.ri Francesco Atzei e Salvatorangelo Ortu; il CT della parte civile: dott. Mario Ammirati e il CT della difesa: Dott. Luigi Soddu. Sono state acquisite le relazioni tecniche dei consulenti.

Il procedimento inizialmente istruito davanti ad altro magistrato è stato riassunto davanti a questo Giudice. Le parti hanno prestato il consenso all'acquisizione dell'attività istruttoria già svolta.

All'esito dell'istruttoria dibattimentale è stato possibile ricostruire i fatti di causa nei termini che seguono.

2. L'incidente domestico, la fase dell'urgenza e i tre interventi chirurgici effettuati nel tempo.

2.1. Il 7 settembre 2006, alle ore 19:30 circa, mentre era intenta nella preparazione della cena, Cinzia Cogotti si ferì al secondo dito della mano sinistra con il bordo affilato di una scatola di pelati. La donna venne dunque accompagnata al Pronto Soccorso dell'Ospedale "Marino" di Cagliari, dove venne sottoposta a visita medica alle ore 0:15 con diagnosi "*ferita lacero contusa secondo dito mano sinistra*".

2.2. Il medico di guardia, Dott.~~ssa~~ ~~Cinzia~~ ~~Mura~~ (come emerge dalle sue dichiarazioni spontanee all'udienza del 6 giugno 2013), dopo avere sottoposto a visita la paziente (avvalendosi anche della consulenza informale di un ortopedico presente), procedette alla medicazione e alla sutura della lesione, esprimendo una prognosi di 7 giorni e rinviando al medico curante per la rimozione dei punti.

La persona offesa, nel corso dell'udienza del 6 giugno 2013, aveva in proposito riferito che aveva detto a chi la visitava nel pronto soccorso che "*non sentiva il dito*". Nella cartella clinica (compilata a partire dall'11 settembre 2006) afferente al ricovero prima dell'intervento del reparto di chirurgia della mano nell'anamnesi patologica prossima si legge che "*la paziente riferisce di essersi accidentalmente ferita con un barattolo di lamiera, procurandosi una ferita profonda ... qualche giorno dopo la paziente si sarebbe resa conto di non poter muovere il secondo dito pertanto recandosi nuovamente al pronto soccorso sarebbe stata posta la diagnosi di (grafema incomprensibile) flessore superiore e profondo.*"

2.3. Nei giorni successivi, tuttavia, il dito interessato dalla lesione appariva tumefatto e insensibile, tanto che la Cogotti si recò, in data 11 settembre 2006, dal medico di famiglia, la Dott.ssa Maria Olla, per un consulto. Quest'ultima, evidenziato un *deficit* della flessione della falange distale del secondo dito della mano sinistra, inviò

la Cogotti a recarsi immediatamente al pronto soccorso.

2.4. Raggiunta dunque la medesima struttura sanitaria in cui si era recata nell'immediatezza dell'infortunio, la donna venne visitata dallo specialista ortopedico del Reparto di Chirurgia della Mano dell'Ospedale Marino, il quale diagnosticò una "ferita taglio punta con sezione tendinea dei flessori del secondo dito della mano sinistra" per la quale propose di intervenire chirurgicamente nella medesima giornata.

La Cogotti rifiutò il ricovero immediato per problemi legati alla gestione familiare e venne pertanto operata il giorno successivo, in data 12 settembre 2006.

2.5. Nel corso di tale intervento il chirurgo rilevò la sezione completa dei tendini flessori e l'integrità dei nervi interdigitali e procedette alla sutura termino terminale del flessore profondo (previa asportazione del flessore superficiale), emostasi e sutura della cute in seta e al posizionamento di una valva in gesso.

2.6. Nei giorni successivi, la persona offesa, che si trovava ricoverata presso la Divisione di Chirurgia della Mano per il decorso *post* operatorio, avvertì un dolore intenso alla mano ("una scossa") con conseguente difficoltà nel movimento del dito, ciò rese necessario un secondo intervento chirurgico esplorativo, per sospetta deiscenza della tenorrafia termino terminale.

2.7. Effettivamente, durante l'intervento, svoltosi in data 17 settembre 2006, i sanitari rilevarono il cedimento della sutura tendinea, per cui si rese indispensabile procedere al rinforzo della stessa mediante tecnica del *pull out* e alla plastica della puleggia. Alla donna venne altresì applicata una contenzione gessata da tenere per quarantacinque giorni.

2.8. La Cogotti venne poi seguita settimanalmente dalla struttura ambulatoriale

con un primo controllo fissato per il 27 settembre 2006. Durante l'esame del 2 ottobre 2006 vennero rimossi i punti di sutura e venne riposizionato il gesso.

2.9. In data 24 ottobre 2006 si procedette alla rimozione della struttura gessata e all'inserimento della paziente in un piano terapeutico fisiatrico sino alla guarigione clinica.

2.10. Il 1 aprile 2011 a seguito dell'insorgenza di due granulomi a livello della IFP e IFD si rese necessario sottoporre la paziente a intervento chirurgico di rimozione degli stessi. Permane attualmente, nonostante il positivo percorso terapeutico, un *modesto deficit funzionale al secondo dito della mano sinistra con deficit del pinzamento ed ipostenia prensile.*

3. Le relazioni di consulenza tecnica.

Sul fatto si sono espressi i consulenti delle parti i quali hanno depositato le proprie relazioni nell'udienza del 4 dicembre 2013.

3.1. I consulenti del P.M.

a. I dottori Francesco Atzei e Salvatorangelo Ortu hanno in primo luogo evidenziato che, secondo la suddivisione operata dagli specialisti, la mano può essere frazionata in varie zone, ognuna delle quali caratterizzata da una propria terapia e prognosi. A mente di tale classificazione si può individuare una "zona di nessuno" che va dalla plica della interfalangea prossimale alla plica di flessione metacarpale, e ulteriori tre zone denominate D.M.P. (distale, mediale, prossimale) ovvero zona I, II, III.

b. I periti hanno precisato che eseguire la tenorrafia termino terminale nella *zona di nessuno* (posta tra la plica della interfalangea prossimale alla plica di flessione metacarpale) comporta un alto indice di fallimento della stessa al contrario nella prima e

nella terza zona si registrano più alte percentuali di successo.

c. La lesione della Cogotti era situata ai margini della cosiddetta "zona di nessuno", tra la zona uno e la zona due.

d. Tanto premesso i due consulenti nelle conclusioni rassegnate nella relazione a loro firma hanno stabilito che Cinzia Cogotti risulta affetta da "esiti di sezione del tendine flessore profondo e superficiale del II dito della mano sinistra con tenorrafia" e che la diagnosi effettuata al Pronto Soccorso dell'Ospedale Marino di Cagliari era errata o, per lo meno, incompleta in quanto non era stata rilevata la reale portata della lesione e ciò si era tradotto in un ritardo diagnostico di tre giorni.

e. A tal proposito hanno evidenziato, per un verso, che in capo alla Dott.ssa Cristina Murru dovesse configurarsi un profilo di colpa per non avere correttamente diagnosticato la lesione tendinea nel corso della visita del 8 settembre 2006, per altro verso, che tale disconoscimento non ha avuto alcun ruolo nel determinismo degli esiti della malattia (tanto lievi da non configurare alcun indebolimento dell'organo nella funzione della prensione), posto che la lesione *de qua* pur correttamente e immediatamente trattata, con discreta frequenza "porta ad un non completo ripristino della condizione quo ante, potendosi realizzare degli esiti disfunzionali".

f. La mancata corretta diagnosi ha comportato un prolungamento di tre giorni nel periodo della malattia medesima, considerato che la guarigione è avvenuta in un lasso temporale congruo sia per il tipo di lesione sia rispetto alla guarigione di lesioni similari.

g. In via generale - hanno affermato i consulenti - la sutura di un tendine sezionato offre maggiori possibilità di risultato e minori difficoltà di esecuzione se viene effettuata in tempi brevi, ciò perché, di regola, con l'andar del tempo, si verifica una retrazione dei due capi tendinei che rende meno agevole la ricongiunzione degli stessi.

h. Un ritardo di circa tre giorni, verificatosi nel caso di specie, non poteva influenzare significativamente la riuscita dell'intervento, la cui prognosi appare sovrapponibile a quella del medesimo intervento eseguito entro poche ore dall'evento lesivo.

i. Nessun profilo di colpa è ravvisabile a carico dei sanitari che effettuarono i due interventi chirurgici.

3.2. Il consulente della difesa

a. Nelle conclusioni della relazione medica del CT della difesa a firma del Dott. Luigi Soddu (specialista in chirurgia della mano), il predetto consulente ha affermato, conformemente a quanto ribadito anche in dibattimento, che nessun profilo di colpa possa essere ravvisato nella condotta dei sanitari per il caso per cui è processo.

b. La donna fu infatti sottoposta ad un esame clinico (con la consulenza di un ortopedico) dal quale non emerse alcun deficit funzionale nel dito interessato dalla lesione che venne correttamente trattata come una ferita da taglio.

c. La circostanza che l'impossibilità di muovere il dito si sia manifestata solo alcuni giorni dopo l'episodio anzidetto, ha portato il consulente a ritenere che nel caso di specie si configurasse un'ipotesi di lesione parziale del tendine flessore.

d. Tale condizione clinica comporta la sezione del tendine "in due tempi". In un primo momento il tendine, seppur lesionato, si trova in continuità e garantisce la mobilità del dito, in un secondo momento, a seguito anche solo di normali sollecitazioni manuali, si verifica il distacco completo.

Solo in questa seconda fase si evidenzia il *deficit* di funzionalità.

e. In sede di esame dibattimentale il Dott. Soddu ha altresì precisato che una

simile condizione non poteva essere facilmente individuata nel corso del primo esame al Pronto Soccorso, poiché il tendine lesionato, per la particolare modalità in cui la paziente si era procurata la ferita (mano chiusa), non si trovava collocato in corrispondenza della lesione cutanea.

f. Per tale ragione lesioni similari non sono facilmente individuabili nel corso di una normale visita ma vengono individuate soltanto nel momento in cui si realizza il completo distacco del tendine e la conseguente immobilità del dito.

g. Il consulente ha infine precisato, su sollecitazione della parte civile, che non esiste la prevenzione delle lesioni parziali poiché esse si evidenziano clinicamente soltanto al momento in cui il tendine si seziona totalmente. Diversamente, ragionando per assurdo, ogni ferita alle dita della mano, anche profonda, dovrebbe portare ad una esplorazione chirurgica precauzionale in assenza di segni clinici di sezione tendinea.

h. Sotto il profilo dell'apprezzamento dell'evidenza clinica della sezione totale del tendine è assolutamente indifferente che la lesione del dito sia avvenuta con un mezzo tagliente (ferita da taglio) oppure con un mezzo lacerante e contundente (ferita lacero contusa).

3.3. Il consulente della parte civile

a. Il dott. Mario Ammirati, in totale disaccordo con le conclusioni delle succitate relazioni, ha ritenuto invece che la limitazione funzionale del II dito della mano sinistra sia certamente da imputare al ritardo diagnostico nella individuazione della lesione tendinea (trattata inizialmente come ferita lacero contusa).

b. Il ritardo nella diagnosi non avrebbe pertanto comportato un semplice prolungamento della malattia, ma avrebbe causato una retrazione dei capi tendinei lesionati che ha compromesso ed inficiato il positivo esito dell'operazione chirurgica cui

la Cogotti era stata sottoposta.

§

4. Il rimprovero che si muove all'imputata è quello di non avere diagnosticato sin dal momento della prima visita in pronto soccorso la totale sezione del tendine del II dito della mano destra della persona offesa, causando un prolungamento del periodo di malattia di tre giorni.

5. Tale impostazione accusatoria non può essere condivisa.

Il quesito al quale occorre dare risposta nel caso che ci interessa è, prima di tutto, quello se esista un nesso di causalità tra la condotta omissiva imputata alla MURRU e l'evento asseritamente lesivo.

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

È stato in proposito evidenziato che non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve

o
à
o
verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì *escluso l'interferenza di fattori alternativi*, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica".

Sotto il profilo del giudizio di responsabilità, l'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio (Cass. pen. Sezioni Unite, 10 luglio – 11 settembre 2002, n. 30328, Franzese).

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

5.2. La condotta di Cristina MURRU non può ritenersi causa o concausa della

ritardata guarigione clinica (di tre giorni).

Gli elementi probatori acquisiti durante l'istruttoria dibattimentale, che si sono riassunti in precedenza, non consentono di pervenire ad un giudizio di responsabilità dell'imputata.

I. L'assunto della non corretta diagnosi formulata dalla Murru in Pronto Soccorso (che ha ammesso di avere operato direttamente sulla paziente con la consulenza di altro collega ortopedico), in virtù dell'errata indicazione della lesione come "*ferita lacero contusa*" in luogo di "*ferita da taglio*" è privo di rilevanza causale giacché le caratteristiche della ferita nulla dicono, né direttamente né indirettamente, circa la presenza di una lesione tendinea.

In altri termini, secondo le affermazioni logiche e pienamente condivisibili del consulente della difesa, la sola presenza della ferita al dito (da taglio o lacero contusa) non è sufficiente a porre il sospetto diagnostico di sezione totale del tendine flessore. Al momento della visita e della sutura della ferita non vi era l'indicazione di una mancanza di flessibilità del dito (indice certo e praticamente unico di lesione totale del tendine).

II. La Cogotti ha riferito in udienza di avere detto al personale del P.S. di "*non sentire il dito*", dato anamnestico evidentemente differente dal "*non posso muovere il dito (il secondo della mano sinistra)*", circostanza della quale si era resa conto solo alcuni giorni dopo la lesione che si era procurata aprendo una scatola di latta come riferito al momento del ricovero e riportato nella cartella clinica (cfr. sup. par. 2.2.). Quindi l'evidenza diagnostica della lesione del tendine si ha solo quando la donna si reca nuovamente in P.S., dopo essersi consultata con il medico di famiglia, perché il dito non si muoveva.

III. Questa scansione degli eventi si concilia con l'ipotesi posta dal dott. Soddu.

consulente della difesa (ritenuta possibile anche dal dott. Ammirati, consulente della p.o.) secondo cui la sezione completa del tendine avvenne in due tempi a seguito delle sollecitazioni cui era stato sottoposto nei giorni immediatamente successivi all'evento lesivo.

IV. Anche sotto altro profilo la condotta della ~~medico~~ appare estranea alla causazione della "ritardata guarigione" (stante al capo d'imputazione).

La lesione totale del tendine del II dito della mano sinistra (come quella di qualsiasi altro tendine della mano) non può essere "prevenuta o prevista" al momento della visita in presenza di lesioni cutanee. In tal senso le indagini ed il dibattimento non hanno indicato la presenza di contrarie evidenze scientifiche e di specifici protocolli operativi. Anzi, il dott. Soddu ha riferito che non è prassi effettuare operazioni chirurgiche esplorative in condizioni cliniche come quelle descritte, in cui, lo si sottolinea, la paziente non presentava alcuna anomalia funzionale che facesse sorgere anche solo il dubbio diagnostico della sezione tendinea.

V. Peraltro non sarebbe ragionevole ipotizzare che ogni ferita da taglio alla mano esaminata al Pronto Soccorso debba essere trattata chirurgicamente al fine di escludere eventuali lesioni dei tendini.

Dunque, alla luce delle considerazioni appena esposte, non vi è alcuna prova della sussistenza di un ritardo diagnostico, posto che nel momento in cui la Cogotti si presentò al Pronto Soccorso non si era ancora verificata alcuna sezione del tendine bensì una sezione parziale che, per le ragioni già spiegate, non poteva essere diagnosticata all'esito della prima visita.

VI. Sotto altro profilo, anche a voler ipotizzare un colpevole ritardo diagnostico, deve escludersi qualsiasi rapporto di causalità tra la condotta omissiva posta in essere

dalla Dott.ssa Murru e l'andamento clinico della lesione.

In tal senso si sono espressi i consulenti del P.M., secondo i quali, come si è già detto, non avere correttamente diagnosticato la lesione tendinea nel corso della visita dell'8 settembre 2006, non ha avuto alcun ruolo nel determinismo degli esiti della malattia (tanto lievi da non configurare alcun indebolimento dell'organo nella funzione della prensione), posto che la lesione *de qua* pur correttamente e immediatamente trattata, con discreta frequenza *"porta ad un non completo ripristino della condizione quo ante, potendosi realizzare degli esiti disfunzionali"*.

E anche il dott. Soddu, consulente della difesa, ha riferito in udienza (rispondendo ad una domanda dell'avvocato di parte civile) che *"per avere dei problemi sui tendini devono passare quindici giorni... dieci o quindici giorni. Allora lì sì... ma ci deve essere una lesione completa, ci deve essere la risalita... e allora lì ci troviamo di fronte a una situazione differente, dove il tendine è tagliato, è risalito, bisogna riprenderlo e lì c'è un problema di evoluzione, appunto, dei processi cicatriziali che comunque fanno aderire il tendine che è reciso, lo fanno aderire ai tessuti circostanti, quindi per il chirurgo è problematico. Ma quello che voglio dire è che nel caso specifico il tendine si è rotto ed è stato portato in sala operatoria".*

Nello specifico le prove hanno evidenziato che la Cogotti era stata operata il 12 settembre 2006, cioè a neanche quattro giorni dal sinistro, ed immediatamente dopo la diagnosi di rottura dei tendini flessori del II dito (anzi i chirurghi della mano l'avrebbero operata il giorno 11, ma, per motivi familiari, la donna rifiutò il ricovero immediato).

VII. Anche la tesi del consulente della persona offesa, secondo la quale gli esiti invalidanti (deficit del pinzamento ed ipostenia prensile del II dito della mano sinistra) siano stati causati dal ritardo nella diagnosi della sezione tendinea, non ha trovato alcuna

conferma processuale.

Anzi gli stessi consulenti del P.M. osservano (ipotizzando un ritardo diagnostico) che *"un ritardo di circa tre giorni, verificatosi nel caso di specie, non poteva influenzare significativamente la riuscita dell'intervento, la cui prognosi appare sovrapponibile a quella del medesimo intervento eseguito entro poche ore dall'evento lesivo"*.

E ciò a maggior ragione se si esclude in radice, come in precedenza argomentato, la sussistenza di un errore/ritardo diagnostico da parte dell'imputata.

Peraltro il CT della Cogotti, durante l'esame in udienza, pur affermando che ridurre le tempistiche di intervento consente di abbassare le percentuali di insuccesso dell'operazione chirurgica, non ha saputo indicare i tempi entro i quali l'operazione *de qua*, secondo regole generali o protocolli seguiti dalla comunità scientifica, debba essere effettuata per consentire di superare qualsiasi rischio.

VIII. Come già sottolineato, la lesione al dito era localizzata in quella che gli specialisti chiamano *"zona di nessuno"* posta tra la zona I e la zona II e dunque in una parte in cui la tenorrafia termino terminale, per pacifica letteratura medica, evidenzia un elevato indice di fallimento anche in presenza di una diagnosi immediata e di un tempestivo intervento chirurgico. Non sono infrequenti, infatti, episodi di deiscenza della sutura, legati sia alla complessità dell'operazione di sutura sia all'incognita della resistenza dei punti collegata alla consistenza e alla robustezza dei tendini (cfr. pagg. 11 e 12 della consulenza del P.M.).

Per quanto esposto si deve concludere che anche l'intervento di correzione della tenorrafia non abbia legame alcuno con l'intervallo di tre giorni trascorso tra il verificarsi dell'evento lesivo e il primo intervento chirurgico.

IX. In ultimo anche l'insorgenza di granulomi non può in alcun modo ricollegarsi ad un comportamento colposo della dott.ssa ~~M. M. M.~~ giacché si tratta, come affermato dallo stesso consulente della persona offesa, di una possibile evoluzione dell'intervento chirurgico.

6. Sulla scorta delle considerazioni che precedono deve pertanto formularsi nei confronti dell'imputata una sentenza di assoluzione perché il fatto non sussiste.

PER QUESTI MOTIVI

Visto l'art. 530 c.p.p., assolve ~~M. M. M.~~ ~~C. C. C.~~ dal reato ascritto perché il fatto non sussiste.

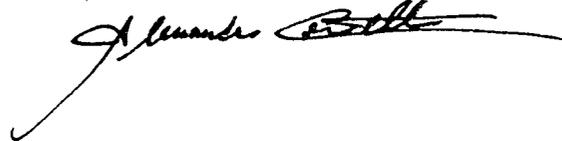
Visti gli artt. 427 e 542 c.p.p. sussistono giusti motivi, in ragione della natura degli accertamenti processuali e delle questioni medico-legali trattate, per compensare integralmente le spese del procedimento tra il responsabile civile, che ne ha fatto richiesta, e la parte civile costituita.

Visto l'art. 544, comma 3, c.p.p. indica in giorni novanta il termine per il deposito della sentenza.

Cagliari, 3 aprile 2014.

Il giudice

(dott. Alessandro Castello)



DEFINIZIONE
1
2004
CANTIERA