

TI_GERICHTE 72.2019.67 vom 13. November 2019

TI Tribunale d'appello, 2019-11-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_72.2019.67

FR: TI_GERICHTE 72.2019.67 du 13 novembre 2019

IT: TI_GERICHTE 72.2019.67 del 13 novembre 2019

Regeste

Medico prosciolto dall'imputazione di omicidio colposo

Volltext

Tessin Tribunale penale cantonale 13.11.2019 72.2019.67 Tessin Tribunale penale cantonale 13.11.2019 72.2019.67 Ticino Tribunale penale cantonale 13.11.2019 72.2019.67

Medico prosciolto dall'imputazione di omicidio colposo

Incarto n. 72.2019.67 Lugano, 13 novembre 2019/lc Sentenza In nome della Repubblica e Cantone Ticino La Corte delle assise correzionali composta da: giudice Mauro Ermani, Presidente Sara Lavizzari, cancelliera sedente nell'aula penale di questo Palazzo di giustizia, per giudicare nella causa penale Ministero Pubblico e in qualità di accusatori privati: ACPR 1 ACPR 2 patrocinati dall'avv. RAAP 1 ACPR 3 ACPR 4 contro IM 1 rappresentato dall'avv. DF 1 imputato, a norma dell'atto d'accusa 56/2019 dell'8 marzo 2019, emanato dal Procuratore pubblico PP 1, di omicidio colposo per avere, in data 20/21 novembre 2012, a _____, presso l'Ospedale _____, sede _____, in specie reparto di cure continue, per imprevidenza colpevole, cagionato la morte di † _____, intervenuta l'8 dicembre 2012 per tromboembolia polmonare massiva, e meglio, per avere, nella sua qualità di _____, prendendo a carico la paziente † _____ (_____), presentatasi tramite ambulanza in pronto soccorso in data 20 novembre 2012, lamentando “ un'altra crisi per giramenti di testa offuscamento della vista e iperventilazione. Mentre si stava recando nel letto ha avuto una sincope, e cadendo a terra ha picchiato la testa procurandosi una flc al sopracciglio destro ”, dove, dopo esame obiettivo e presa dei parametri vitali, le veniva prescritta l'effettuazione di un elettrocardiogramma e un esame specifico del sangue atto a rilevare l'innalzamento di un enzima specifico di danno cardiaco (Troponina), venendo, quindi, nel corso del tardo pomeriggio ricoverata presso il reparto di cure continue con diagnosi di “crisi di iperventilazione su verosimile attacco d'ansia con/su Ø Episodio sincope con trauma frontale sopraciliare destro Ø Rialzo del dosaggio di troponina (0.06 µg/l) Ø ECG: ritmo sinusale, onde T invertite in V1 e V2, in data 21 novembre 2012, dopo aver discusso alla riunione del mattino con il personale curante, unitamente agli altri pazienti, anche del caso clinico di † _____, nella quale IM 1 stesso specificava l'importanza di una diagnosi differenziale, formulando parimenti ipotesi diagnostiche, quand'anche generalizzate, fra cui quella di embolia polmonare, tanto che in cartella si ritrova l'appunto dell'assistente _____ “ angio Tac ”, nonché, dopo aver verificato IM 1 la cartella della paziente, tra cui in particolare i fogli di sorveglianza, procedendo, quindi, alla visita e dimettendola, benché dalla cartella risultasse in più punti l'annotazione di ricorrente tachicardia e iperventilazione ed episodio sincope, Ø omesso come vorrebbero le linee guida del 2009 per la diagnosi e la gestione della sincope, di procedere a “ un'accurata anamnesi,

comprensiva: domande precise in merito all'insorgere dell'attacco, sulla storica clinica della paziente e della famiglia e indagini in merito al primo episodio e il numero di attacchi", in particolare modo di richiedere al fidanzato ACPR 4 già presente in pronto soccorso il giorno precedente, maggiori dettagli, e benché la paziente avesse tra i sintomi annotati dispnea, e segni all'uscita di tachipnea 27 atti al minuto, tachicardia 112 battiti al minuto, con una frequenza, durante il ricovero, sempre superiore ai 74 battiti al minuto in una paziente allettata, Ø omesso di ordinare un dosaggio del D-Dimero, come vorrebbero le linee guida sulla diagnosi e la gestione dell'embolia polmonare " a fronte di una probabilità clinica (Geneva score) bassa o intermedia, o embolia polmonare improbabile (Wells score) in caso di battito cardiaco ≥ 95 , rispettivamente >100 raccomandano il dosaggio del D-Dimero", esame del sangue in grado di evidenziare la formazione di trombi, la cui omissione e conseguente dimissione della paziente hanno accresciuto il rischio, come poi verificatosi, d'insorgenza di una tromboembolia polmonare acuta massiva, circostanza effettivamente verificatasi in data 8 dicembre 2012 in quadro di malattia tromboembolica di aspetto cronico (come si evince dalle indagini istologiche postmortem) che ha determinato il decesso di †_____ ; fatti avvenuti : nelle indicate circostanze di tempo e di luogo; reato previsto : dall'art. 117 CP; Presenti: - il Procuratore pubblico PP 1 in rappresentanza del Ministero Pubblico; - l'imputato IM 1, assistito dal suo difensore di fiducia avv. DF 1; - l'avv. RAAP 1, patrocinatore di fiducia degli AP ACPR 2 e ACPR 1; - l'AP ACPR 4. Espletato il pubblico dibattimento: martedì 12 novembre 2019, dalle ore 09:30 alle ore 18:07; mercoledì 13 novembre 2019, dalle ore 13:18 alle ore 13:39. Evase le seguenti questioni: Dispositivo delle questioni pregiudiziali e probatorie decide 1. Tutte le richieste di cui al documento doc. dib. 1 presentato dalla difesa in entrata al dibattimento sono respinte, rispettivamente rinviata al giudizio di merito ai sensi dei considerandi. § Di conseguenza, il dibattimento prosegue in base agli atti. 2. La presente decisione non è impugnabile. Sentiti: ■ la Procuratrice pubblica , per la sua requisitoria, la quale formula e motiva le seguenti conclusioni: ricorda che _____ era una ragazza bella, allegra, piena di vita, una ragazza diversa da quella ragazza provata dall'ansia che traspare dagli sms agli atti. Ricorda anche di aver conosciuto il dr. IM 1 per un'altra procedura e di averla trovata una persona squisita, precisa, molto calma. Due persone squisite che si sono trovate il 21 novembre 2012. Afferma che è dunque difficile affrontare questo incarto, perché da un lato perdere una figlia, una sorella, una fidanzata di 24 anni è terribile e, dall'altro, quanto accaduto, è stata un'esperienza traumatica anche per tutto il team dell'_____. Spiega che ciò che sappiamo per certo è che _____ il 20.11.2012 non si è sentita bene, è svenuta, ed è arrivata in ambulanza in PS. È stato fatto un triage ed è stata valutata un'urgenza 4. Viene accolta dal medico assistente, viene eseguita un'anamnesi, già figlia di una prima lacuna. Perché invece di concentrarsi sul perché sia svenuta, viene evidenziata a più riprese la parola "ansia". Sul documento Sintesi, anamnesi, status , viene riportato che questa crisi non era la prima, ma si trattava di crisi che erano ricorrenti, di come la paziente avesse accusato dispnea, palpitazione e poi l'esarcebazione di questi sintomi con la sincope. Il documento redatto dal dottor _____ riporta delle anomalie: troponina e ECG (onde T invertite). In PS non si capisce bene che cosa abbiano chiesto a _____ sul suo stato di salute, sappiamo però per certo - perché non vi è motivo di non credere a _____ - che si c'era un'ansia, ma che _____ non stava bene, che non era quella di qualche mese prima, che nelle ultime settimane faceva fatica anche a fare le scale. Lei s'drammatizzava, come farebbe qualsiasi ragazza che in quel momento aveva solo il pensiero di fare _____ e di iniziare un progetto di vita assieme al compagno. Il dottor

_____, che visita _____ dopo l'esito dei risultati dell'analisi del sangue, rileva che i valori di troponina non erano coerenti e quindi _____ viene messa in cure continue, reparto dove si è monitorizzati costantemente (pressione, battiti, respiro) e l'infermiera annota i parametri a scadenze regolari secondo gli ordini del medico. A _____ non è stato chiesto di restare solo per la notte, ma è stata monitorizzata perché in quella ragazza di 24 anni c'era qualcosa che non andava bene. La PP rileva che i medici che l'hanno presa a carico in PS sono rimasti abbagliati dall'ansia, ipotesi che accompagna _____ costantemente durante la degenza. Alle 8.00 del 21 novembre 2012 c'è la riunione in cui viene discusso il caso. Il dottor IM 1 procede poi a visitare _____ e deciderà di dimetterla. Ciò che resta da capire è, per la PP, se dopo il colloquio con _____, il dottor IM 1 ha formulato una diagnosi errata o se la sua diagnosi sia figlia di una violazione dell'arte, perché avrebbe dovuto porre domande diverse e fare ulteriori esami. Si tratta di domande a cui, a mente della PP, deve rispondere un esperto. Da qui la prima perizia giudiziaria, lacunosa e in più punti errata. Basti pensare, prosegue la PP, che a pag. 3 riporta che non vi era nessuna sofferenza da parte di _____, peccato che si parla di palpitazioni e dispnea. A pag. 3 si parla di una paziente stabile, riportando unicamente i dati della paziente all'entrata al PS, sorvolando crassamente sui parametri registrati nell'ambulanza e successivamente e ignorando, dunque, che _____ si trovava in un reparto di cure continue monitorizzato. La PP rileva che la frequenza cardiaca normale dovrebbe assestarsi, per una ragazza di quell'età, tra i 60 e gli 80 battiti, parametri che _____ riporta solo all'entrata al PS. Per i primi periti giudiziari i sintomi di _____ erano, dunque, aspecifici, conclusione a cui giungono, però, con un ragionamento retrospettivo. Rilevano infatti che a _____ i medici avevano chiesto più volte come stava, ciò che gli atti però non dicono. Solo il dottor IM 1 riferisce di queste domande, i medici assistenti interrogati non ne fanno menzione. Le parole usate da tutti e sempre ricorrenti, come emerge anche dal verbale del dottor _____, sono sempre ansiosa, stato d'ansia, esami _____. La dr.ssa _____ ha detto che la paziente non ha riferito della mancanza di fiato, ciò che però significa che nemmeno ha detto di non soffrirne. Quindi, si chiede la PP, come fanno i Professori _____ e _____ a dire che la paziente è stata più volte interrogata? A pag. 4 invertono la tempistica di quanto successo all'_____, parlando di un medico che ha ipotizzato un'embolia polmonare a cui ha fatto poi seguito il ricovero della paziente in osservazione. I periti giudiziari si limitano, poi, a ipotizzare che forse un esame dei D-dimeri avrebbe potuto aiutare, ma non spiegano perché non era necessario farlo. La PP spiega che a quel punto arriva una perizia di parte degli AP che ha sollevato delle censure meritevoli, quali ad esempio che non tutti i parametri di _____ erano nella norma e che dunque i periti giudiziari erano stati un poco negletti. Ha sollevato anche la questione della pillola anticoncezionale. Si è arrivati a uno scambio di allegati scritti e a un confronto in cui ognuno è rimasto sulle sue posizioni. Poi si è arrivati all'AI 227 dei periti _____ e _____. Vi è poi stato un primo AA, con rinvio degli atti al MP per nuovi accertamenti, a cui ha fatto seguito una nuova istruttoria e la presentazione di una perizia di parte dell'imputato. Si tratta, per la PP, di una perizia lacunosa, già solo per il fatto che, il dottor IM 1 non aveva mai detto fino a quel momento, che la riunione del 21.11.2012 era stato un momento di teaching, di discussione didattica. Il perito di parte inventa i fatti, perché ciò non stava scritto da nessuna parte. Il dottor IM 1 riferisce di questo episodio di teaching solo nell'ottobre 2018. La PP prosegue spiegando che arriva poi la perizia giudiziaria ordinata dal Tribunale. Ritiene che la scelta del perito è stata oculata, il perito non è certo un perito da studio, ma un perito che sta sul

campo. La perizia è nota, il perito è chiaro nel dire quello che avrebbe dovuto essere fatto e che invece non è stato fatto. Il controparere del Prof. _____ non confuta le tesi del perito in medicina, ma piuttosto interpreta le frasi del perito per sostenere che ha fatto una valutazione ex post. A mente della PP il dottor IM 1 lo sa che in tutta la cartella non c'è una vera e propria anamnesi, che non è stata fatta da chi ha visto _____ prima di lui, e questo nonostante una delle caratteristiche fondamentali per capire cosa sta succedendo in caso di sincope è proprio un'accurata anamnesi. Tutti, il dottor IM 1 compreso, all'_____ hanno ignorato quello che è stato detto da _____, quello che lei aveva già detto all'ambulanza. Vero che lei aveva addebitato tutto allo stato ansioso, ma non era lei il medico. Era chi le stava di fronte che doveva capire che a volte non è tutto psicosomatico. L'importanza dell'anamnesi viene sottolineata non solo dalle linee guida, ma anche nei libri di testo di diritto e dal TF (cfr. in particolare in DTF 130 IV 7 e 134 IV 175 e in STF 6B_170/2017). Secondo il TF e la dottrina una diagnosi fatta senza anamnesi e senza esperire tutti gli esami configura un agire negligente. La PP sottolinea come nel caso di _____ c'era una probabilità da lieve a intermedia di embolia polmonare e quindi, così come impongono le linee guida, bisognava fare un esame del D-dimero. È vero che _____ era ansiosa, ma è anche vero che quella notte le erano state date due temesta, ciò che coincide con i parametri di frequenza cardiaca più bassi registrati. I parametri andavano dunque, a mente della PP, letti e approfonditi. Il dottor IM 1 ce l'ha detto nel 2013 e rimane il foglio originale in cartella con annotato Angio Tac (quello era l'originale, poiché vi figura la dicitura CC e il negativo della troponina). La discussione sulle diagnosi alternative era stata fatta e l'ipotesi di embolia polmonare era stata posta. Non è dato sapere perché, poi, quando è entrato in quella stanza il dottor IM 1 non ha portato avanti quella ipotesi. A mente della PP perché la percezione errata dell'ansia avanzata in PS è stata portata erroneamente avanti e anche il dottor IM 1 quella mattina è stato coinvolto nella percezione collettiva di ansia. Sbagliando, perché il TF dice chiaramente che fintato che la diagnosi non è definitiva, la prudenza impone di prendere tutte le misure possibili e, pertanto, in questo caso la somministrazione del D-Dimero andava fatta e il dire di _____ non può essere ritenuto, per la PP, un comportamento colpevole tale da interrompere il nesso di causa. Per la PP vi sono dunque tutti gli elementi per una condanna ma, essendo passati tanti anni, occorre rimanere in un contesto di aliquote. A suo parere una pena pecuniaria di 100 aliquote tiene in considerazione sia gli anni trascorsi, che le due omissioni considerate. Sull'ammontare delle aliquote, si rimette al giudizio della Corte; ■ l'avv. RAAP 1, rappresentante degli accusatori privati ACPR 2 e ACPR 1, il quale formula e motiva le seguenti conclusioni: rileva che finalmente siamo qui a celebrare il processo per quanto accaduto nel 2012. Il ruolo dell'AP prevede di attestare il rammarico, la rabbia, il dispiacere dei famigliari, che non se la sono sentita di esser qui oggi. Quanto accaduto segnerà per tutta la vita la madre e il fratello di _____. Sono rimasti delusi dall'andamento della giustizia e la loro speranza è che, oggi, venga messo il punto finale e che giustizia sia fatta. Una giovane vita è andata erroneamente perduta per colpa di chi non ha fatto con diligenza il proprio lavoro, almeno quel giorno. A farne le spese è stata una giovane donna, _____, che nemmeno ha potuto pienamente assaporare questa gioia. Questo per colpa di uno o più errori dell'imputato. La PP ha ben esposto le tesi che vanno seguite e gli AP si associano a quanto da lei detto. Anche per rispetto a _____, che non è più tra noi, ci si limiterà dunque ad indicare le poste di danno richieste: - per quanto attiene alle spese legali, rileva che è difficile quantificarle, viste le numerose procedure che si sono sovrapposte. Prima dell'intervento del loro studio legale, vengono richiesti fr.

15'000.- complessivi, mentre per il loro intervento è stata prodotta una nota professionale di circa fr. 5'000.-; - a titolo di riparazione del torto morale, si chiedono fr. 50'000.- per la madre ACPR 2 e fr. 50'000.- per il fratello ACPR 1. Per il resto, l'avv. RAAP 1 si allinea alle proposte di pena della PP; ■ l'AP ACPR 4, il quale formula e motiva le seguenti conclusioni: afferma di non voler entrare nel merito di quello che già si è discusso, ma di voler unicamente precisare che stamattina il giudice ha parlato di comunicazione, che è un elemento chiave in questa vicenda poiché è proprio la comunicazione che è venuta a mancare. È vero che _____ era una testona, che la sua priorità erano gli esami, ma era anche una chiacchierona e le informazioni complete sul suo stato di salute sono state date fin dall'inizio, fin dal trasporto con l'ambulanza. Afferma che fatica dunque a credere che abbia omesso di dire ai medici, anche il 21 novembre, come si sentiva. Ciò che è certo, rileva, è che le informazioni il 20 novembre sono state date più volte all'equipe medica; ■ l'avv. DF 1, difensore dell'imputato IM 1, il quale formula e motiva le seguenti conclusioni: rileva innanzitutto che può solo immaginare il dolore dei famigliari e di ACPR 4 per la perdita della figlia e compagna e, pertanto, è a loro che va il primo pensiero. Ritiene che è umano, a fronte di una situazione come questa, di cercare di dare un senso a quanto accaduto e di poter attribuire una colpa. Questa comprensibilissima esigenza, questo sentimento di tristezza, non può comunque far dimenticare che siamo in un contesto di procedimento penale al cui centro vi è un uomo, il dottor IM 1, che è chiamato quale unica persona a rispondere di quanto accaduto e che chiede di essere trattato con giustizia. Spiega che il dottor IM 1 è un medico coscienzioso, attento, di grande umanità, che lui ha avuto il privilegio di conoscere. A mente del difensore, il dottor IM 1 è la seconda vittima di questo procedimento, avendo egli trascorso 7 anni in una condizione difficilissima, aspettando un giudizio che si è fatto tanto, troppo, attendere. Rileva che dapprima egli aveva condiviso il proprio destino con altri medici per diversi anni, poi si è ritrovato solo a rappresentare l'operato dell'ospedale in quel particolare contesto. Vi è, dunque, rincrescimento per come è stata condotta l'inchiesta prima dell'intervento della qui presente PP, poiché le lungaggini hanno pesato sia sulla persona del dottor IM 1, che sugli esiti di questo procedimento. Nemmeno il perito _____ ha chiarito la situazione, egli parla sempre del team curante e dei suoi errori, ma noi abbiamo solo il dr. IM 1 che è chiamato a rispondere di tutti questi errori, IM 1 che – oltretutto - non era presente quando _____ è arrivata in PS. Rileva che la PP chiede 100 aliquote giornaliere per un processo che arriva a un minuto a mezzanotte, dove è stato manifestamente violato il principio di celerità. A titolo di esempio cita le sentenze STF 6B_231/2008, 6B_408/2013, 6B_91/2014 e 6B_199/2015 da cui emerge che le pene inflitte in casi simili sono ben diverse. Nello stesso tempo le pretese degli AP, fr. 50'000.- sia per la madre che per il fratello, appaiono troppo elevate, ritenuto che vanno considerati i rapporti tra i richiedenti e la vittima e la colpa che eventualmente incombe all'imputato. Osserva che le difficoltà che vi sono state per ricostruire quanto accaduto non possono essere ascritte al dr. IM 1. Si è detto che lui personalmente, come i suoi colleghi medici, si erano fissati sulla diagnosi di crisi di iperventilazione da cui non sono più usciti, ma il difensore si chiede se siamo poi sicuri che il 20-21 novembre vi è stata un'embolia polmonare? Non lo possiamo affermare con sicurezza. Ciò che è certo è che _____ è morta 17 giorni dopo la dimissione dall'ospedale per un'embolia polmonare, ma che questa ci sia stata già il 20 è ancora tutto da vedere. Rileva che si è parlato anche del problema della comunicazione e, in questo senso, se ACPR 4 fosse stato sentito subito come si doveva, allora probabilmente le cose sarebbero state chiarite in altro modo. Sottolinea che le questioni pregiudiziali poste non erano finalizzate ad allungare i tempi del

procedimento, ma perché c'erano degli aspetti importanti da rilevare, in particolare in relazione alla perizia medica, vista la sua importanza. È proprio in un contesto di questo tipo, dove questo elemento rischia di essere quello determinante, che, per il difensore, si chiede che un professionista possa essere valutato da una persona che opera nel suo medesimo ramo e che abbia il medesimo tipo di approccio. Per quanto attiene all'AA rileva che, poi, non si capisce se l'omissione rimproverata al dottor IM 1 è solo sugli elementi indicati a pagina 2 (tra cui non figurano la troponina e l'ECG quali elementi che avrebbero dovuto indurlo a eseguire un'anamnesi più approfondita e l'analisi del D-dimero), oppure no. Ciò che viene chiaramente rimproverato a IM 1 è di non aver proceduto a un'anamnesi accurata, tramite la consultazione di ACPR 4 e, inoltre, di non aver proceduto a un dosaggio del D-dimero nonostante i battiti, la tachipnea e la tachicardia riscontrati in _____.

Sulla ricorrente tachicardia, osserva che la stessa è contestata poiché le cartelle mediche parlano unicamente di tachicardia, senza riferire di episodi ricorrenti. In questo senso, la cartella medica a cui ha avuto accesso il dottor IM 1 faceva unicamente stato di episodi di crisi di iperventilazione e tachicardia inseriti in un periodo di forte stress. Sulla dispnea annotata in cartella, va invece detto che nella sintesi e anamnesi si riconduce la dispnea all'esarcebazione dei sintomi poi scaturita nella crisi. Certo è, spiega il difensore, che questa informazione dell'eventuale dispnea non è stata data al dottor IM 1 ed è questo l'elemento importante, poiché se l'informazione della dispnea fosse arrivata correttamente, l'approccio del medico sarebbe stato diverso. Rileva che il dottor IM 1 ha chiesto alla paziente se soffrisse di problemi respiratori e _____ ha chiaramente risposto in modo negativo a questa domanda. Sull'AA il difensore osserva infine che, per quanto attiene alla somministrazione del D-dimero, si pone come punto di partenza che c'era un'embolia polmonare, ma in realtà fino a formulare tale diagnosi non si è mai arrivati. Sul tema delle troponine osserva, poi, che abbiamo capito tutti che si tratta di uno strumento diagnostico, utilizzato per capire se vi sono state delle sofferenze cardiache. Nel caso di _____ si trattava di valori lievemente aumentati, che sono poi rientrati nella norma (dopo sole 11 ore). La lettura data dal dr. IM 1 a questo lieve rialzo, e cioè che potesse essere spiegato con il colpo preso al torace durante la caduta, è ritenuta plausibile da alcuni mentre da altri, tra cui i periti, no. Ciò che conta, in ogni caso, è che il valore si era normalizzato. Per quanto riguarda, poi, le onde T invertite, osserva che le stesse non hanno un valore così specifico per quanto riguarda l'embolia polmonare. Prosegue sottolineando che pensare a sei anni dai fatti di andare a cercare di capire perché un medico assistente abbia annotato Angio Tac sulla cartella medica è difficile. Non è però di certo sufficiente per dire che si sia parlato di diagnosi differenziale di embolia polmonare. Sulla perizia dei medici _____ osserva che la difesa ha chiesto più volte che le venisse data la possibilità di interrogare i periti così come era stato concesso agli AP, ma ciò non è stato fatto. I periti _____ hanno dato delle spiegazioni chiare e i parametri da loro ritenuti erano nella norma superiore, così come detto dal Prof. _____. Tanto più visto il contesto in cui si trovava _____, che si aggiungeva all'ansia da esami e al suo profilo di persona ansiosa. D'altronde né i medici né gli infermieri che hanno seguito _____ quella notte, hanno annotato alcunché di critico. A mente del difensore i parametri non erano quindi da considerarsi tanto fuori dalla norma, tanto più quando non si conosce l'esito finale. I periti parlano, poi, di un probabile errore di apprezzamento e sappiamo cosa dice la giurisprudenza in proposito. Quello che si chiede ai medici è di seguire la corretta procedura secondo quelli che sono i criteri della scienza medica. Quindi anche questa ultima indicazione dei periti non sconfessava tutto quello che avevano ripetutamente affermato in precedenza. Il difensore si chiede infine cosa

dicono gli atti sulle ripetute anamnesi fatte e di cui i periti parlano? Il dottor _____ ha riferito di aver fatto l'anamnesi e che la paziente aveva negato di aver avuto dolori al torace e al braccio. Nello stesso senso va la dichiarazione della dr.ssa _____, quando riferisce che l'anamnesi è stata riproposta anche il giorno successivo, quando il dottor IM 1 si è seduto di fianco a _____ e le ha sottoposto tutte le domande che andavano sottoposte in quel momento. Sulla perizia del dr. _____, il difensore osserva che vi sono diversi elementi che dimostrano che si può mettere in dubbio la credibilità del reperto. Innanzitutto rileva che il Prof. _____ è un intensivista e non un internista, men che meno è un patologo e quindi non è accettabile che si sia espresso su questioni che riguardano i trombi. Vi sono poi tutta una serie di elementi, a mente della difesa, che mettono in dubbio la bontà della perizia _____, e meglio: - una parte non indifferente della letteratura citata è posteriore al 2012 e non può dunque essere utilizzata; - la perizia parte dall'idea sottesa che il dottor IM 1 abbia avuto un ruolo dal 20 novembre 2012 e, infatti, _____ continua a parlare di team, sottointendendo che, in qualche modo, il dottor IM 1 ne avesse la responsabilità già dal 20, come lo dimostra la traduzione da egli fatta dei quesiti peritali; - _____ parla di sintomi della paziente all'arrivo in PS come se la stessa avesse presentato ripetuti episodi di dispnea e palpitazione, come se li avesse lamentati. Ciò che non è vero, non risulta dalla cartella clinica. Non tiene in nessun conto quello che ha detto il dottor _____. _____ si era presentata per la sincope e la dispnea non è stata più menzionata, aspetto con cui _____ non si confronta; - _____ sostiene che l'ECG all'arrivo non è leggibile, salvo poi affermare a pag. 5 che l'ECG d'entrata risultava patologico; - _____ riprende in modo errato la prima diagnosi che figura in cartella (pag. 2), in cui aggiunge termini che non figurano; - è vero che _____ ha preso due temesta durante il ricovero in cure continue, ma è anche vero che alle 5.33 scrive diversi sms parlando di "notte insonne" e dicendo che non ha dormito tutta la notte, verosimilmente per un'agitazione del tutto comprensibile vista la situazione; - sulla frequenza cardiaca, il perito _____ parla di norma superiore in otto occasioni, senza però precisare che le misurazioni eseguite in totale sono state 18; - _____ parla di sospetto grave di embolia polmonare, ma lo afferma dopo aver letto gli atti. L'approccio errato di _____ è quello di aver utilizzato un ragionamento retrospettivo, poiché già conosceva l'esito, ragionamento che viene messo in evidenza laddove egli sostiene che se il team curante avesse posto la diagnosi corretta, allora avrebbe dovuto seguire una determinata terapia. Parte di nuovo dall'esito. Anche per quanto riguarda la troponina, parte dall'assunto che la diagnosi di embolia polmonare era stata posta e, in quel contesto, indica come andava letta la troponina; - il perito non distingue tra i vari medici intervenuti e non spiega come il dottor IM 1, quale responsabile del team, personalmente sarebbe incorso in errore il 21 novembre; - _____ non dice nulla sul fatto che IM 1 ha di nuovo eseguito l'anamnesi della paziente, anzi sostiene che il 21 la diagnosi era già stata fatta. Ma che senso aveva dunque rifare l'anamnesi? - il perito nulla dice sulla negativizzazione del valore di troponina; - sulla corsa, il perito _____ dice che _____ non ha raggiunto la meta (erreicht das Ziel nicht), ma non era andata così. Aveva solo finito camminando, aspetto che in ogni caso non era stato riferito a IM 1 da _____; - l'ultima riposta data per e-mail da _____ alla Corte, dimostra poi che il verbale di ACPR 4 non l'ha letto; - a differenza di quanto riportato da _____, non è il dottor IM 1 a riferire dell'atteggiamento dissimulante di _____, ma è la dr.ssa _____; - il perito sostiene che una diagnosi di iperventilazione deve essere confermata da una Blutgasanalyse, senza però fornire elementi scientifici in proposito; - i

dati che, insieme alla troponina e all'ECG, avrebbero dovuto portare i medici, a mente del perito, a porre la diagnosi di embolia polmonare (vedi pag. 9 perizia), non sono quelli su cui si poteva basare il dottor IM 1; - infine nel suo ultimo scritto alla Corte (e-mail), il perito parlando dei classici sintomi di iperventilazione, parla pure di tetania, ciò che dimostra che, forse, i medici che l'hanno visitata non erano poi così fuori strada. In conclusione il difensore rileva che ci sono parecchie ragioni per ritenere la perizia del Prof. _____ non attendibile e non credibile. Si ha l'impressione che in questo caso si scontrano due approcci della medicina: quello degli urgentisti, dove l'anamnesi è fondamentale (come indicato anche in DTF 130 IV 7 consid. 4.3.), e quella degli intensivisti. In questo senso va detto che il lavoro di anamnesi è stato fatto dal dottor IM 1 in modo coscienzioso e nelle cartelle mediche non vi sono elementi per dire che _____ abbia dato informazioni non nelle stesse riportate. Sul rimprovero di non aver sentito ACPR 4, il difensore si chiede se egli sarebbe andato oltre al silenzio di _____. Ma poco importa, poiché egli era presente al PS il giorno prima e, dunque, delle due l'una. O ACPR 4 si confonde a distanza di tanto tempo, ciò che è umano (anche perché al MP non aveva riferito inizialmente questi elementi), o ha una memoria chiara e dunque abbiamo un medico che non ha fatto il suo lavoro correttamente e che ha una responsabilità penale, perché non riporta elementi fondamentali per l'anamnesi e non li riferisce al medico che il giorno dopo doveva prendere delle decisioni fondamentali. Così come il medico che ha risposto al telefono. Forse, sostiene il difensore, bisognava riaprire il procedimento a carico di quei medici. Il dottor IM 1 non ha interrogato ACPR 4 per due ragioni: egli non ha assistito alla sincope e poi aveva di fronte una persona lucida, chiara, coerente, che non ha mai cambiato versione. Così come figura nella cartella clinica. _____ era una persona intelligente e questa è stata l'impressione del dr. IM 1. Ribadisce che a IM 1, come più volte detto anche in aula, _____ non ha riferito della mancanza di fiato, come affermato anche da _____. In queste condizioni risulta difficile immaginare che si potesse fare qualcosa di diverso da quanto fatto. Infine il difensore spiega perché, a differenza della perizia _____, la perizia _____ è valida. E rileva che discutere, a sei anni di distanza, cosa bisognava esattamente fare è davvero un esercizio difficile, di cui non deve pagare lo scotto il dottor IM 1. A suo modo di vedere vi sono sufficienti elementi per dire che egli non ha violato il rigore dell'arte medica e si chiede ancora una volta se siamo certi che i medici hanno sbagliato la diagnosi il 21 novembre 2012. ...OMISSIS... In questo senso la diagnosi di embolia polmonare al 21 novembre 2012 non era poi così sicura e accertata, così come indicato anche dai periti di _____, che parlano di probabile embolia polmonare. Se per caso non era un'embolia polmonare? Anche i D-dimeri cosa avrebbero mostrato? A quel punto si interromperebbe anche il nesso di causa con il decesso avvenuto 17 giorni dopo. La presa a carico del dr. IM 1, sottolinea poi il difensore, non è stata solo l'anamnesi, ma anche il sincerarsi che se per caso avesse avuto ancora una sincope o un aggravamento delle condizioni di salute sarebbe dovuta tornare in PS o andare dal suo medico curante. _____ non ha avuto una sincope, ma almeno 5 episodi terribili dopo la dimissione dall'_____ e, per sua decisione, non è tornata a farsi vedere. Se lei fosse tornata, oggi il dottor IM 1 non sarebbe qui. Senza andare oltre, il difensore rileva poi che è stato lo stesso padre della vittima a sostenere che fossero delle crisi d'ansia, fattore importante che ha pure interrotto il nesso di causa tra l'eventuale negligenza e l'esito infausto. L'unica cosa certa, dunque, è che oggi non è il dottor IM 1 a dover pagare. Conclude affermando che alla tristezza della morte della signora _____ si accompagna la frustrazione per questo procedimento penale, in cui non vi sono certezze assolute, ma solo di una situazione

complessa, aggravata dal comportamento della paziente. Il dottor IM 1 è un medico coscienzioso e ha fatto quello che andava fatto. Chiede, pertanto, il proscioglimento dell'imputato dall'accusa mossa nei suoi confronti, così che possa tornare a esercitare tranquillamente la sua professione e che non debba pagare per degli errori non commessi e che, se sono stati commessi, non sono da addebitare a lui. Preso atto che le parti non hanno richiesto, nel termine di legge, la motivazione scritta della sentenza, per cui sono date le condizioni stabilite dall'art. 82 CPP; visti gli art. 12 e 117 CP; 182, 422 e segg. CPP e 22 TG sulle spese; dichiara e pronuncia: 1. IM 1 è prosciolto dall'imputazione di omicidio colposo. 2. L'istanza di indennizzo presentata da IM 1 è parzialmente accolta di conseguenza, a titolo di indennità ex art. 429 e segg. CPP, lo Stato della Repubblica e del Cantone Ticino gli rifonderà l'importo di fr. 64'198.60 corrispondente alle spese legali da lui sostenute. 3. L'istanza di risarcimento presentata dagli AP ACPR 2 e ACPR 1 è respinta. 4. La tassa di giustizia di fr. 5'000.- senza motivazione scritta e le spese procedurali sono a carico dello Stato. In caso di motivazione scritta (richiesta di motivazione ex art. 82 cpv. 2 lett. a CPP o annuncio d'appello), la tassa di giustizia sarà aumentata di fr. 5'000, importo a carico di chi ne avrà fatto domanda. Intimazione a: Comunicazione a: - Comando della Polizia cantonale, SG/SC (Servizi centrali), via S. Franscini 3, 6500 Bellinzona - Ministero Pubblico, SERCO, 6501 Bellinzona - Ufficio dei Giudice dei provvedimenti coercitivi, via Bossi 3, 6900 Lugano - Dipartimento sanità e socialità, Residenza governativa, 6501 Bellinzona Per la Corte delle assise correzionali Il Presidente La cancelliera Distinta spese a carico dello Stato : Tassa di giustizia fr. 5'000.-- Inchiesta preliminare fr. 7'052.65 Perizie fr. 14'280.10 Traduzioni fr. 11'749.90 Altri disborsi (postali, tel., ecc.) fr. 454.65 fr. 38'537.30 =====

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.