

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. XXII-*bis*  
n. 2

## COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

*Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008*

---

### RELAZIONE CONCLUSIVA DELL'INCHIESTA SULL'EFFICACIA, L'EFFICIENZA E L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE PRESTATE AL SIGNOR STEFANO CUCCHI

Relatori sen. Albertina SOLIANI e sen. Vincenzo GALIOTO

*Approvata dalla Commissione nella seduta del 17 marzo 2010*

---



## **Relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi**

*(approvata dalla Commissione nella seduta n. 65 del 17 marzo 2010)*

La Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale approva unanimemente il 4 novembre 2009 il programma d'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi durante il suo periodo di detenzione.

### **1. CAUSE DELLA MORTE**

Il signor Stefano Cucchi muore intorno alle ore 3 del 22 ottobre nel reparto protetto dell'ospedale «Sandro Pertini» per arresto cardiorespiratorio come evento finale di un grave squilibrio idroelettrolitico.

La causa della morte è, infatti, secondo la relazione dei consulenti tecnici di cui si è avvalsa la Commissione, l'instaurarsi di una sindrome metabolica iperosmolare di natura prerenale dovuta ad una grave condizione di disidratazione<sup>1</sup>.

All'analisi medico-legale il paziente risulta portatore di due patologie: la sindrome traumatica e la sindrome metabolica. Non vi è alcuna relazione eziopatogenetica che collega il trauma alla sindrome metabolica<sup>2</sup>. La sindrome dismetabolica e di squilibrio idroelettrolitico raggiunge un punto di non ritorno a partire dal quale non è più possibile correggere la sindrome attraverso la semplice assunzione di acqua, nella giornata del 21 ottobre.

Il paziente, già alcune ore dopo il ricovero, inizia a manifestare opposizione alla somministrazione di cure e cibo. L'opposizione non è intesa a non curarsi, ma è strumentale ad ottenere contatti con l'avvocato di fiducia.

Il paziente rifiuta la terapia endovenosa e assume acqua e cibo in maniera saltuaria. In seguito a tale astensione, subisce non solo un drastico dimagrimento (10 kg), ma soprattutto un blocco della funzione renale, ca-

---

<sup>1</sup> In particolare, secondo i consulenti, il decesso si deve allo squilibrio metabolico e soprattutto idroelettrolitico conseguente alla mancata assunzione di cibo e di liquidi in modo regolare e sufficiente.

<sup>2</sup> I consulenti tecnici ritengono si possa escludere, senza incertezza, che il decesso si debba alle conseguenze del trauma subito.

ratterizzato da iperazotemia. Questa condizione di iperosmolarità è stata causa dell'aritmia cardiaca mortale.

Non è oggetto di indagine della Commissione stabilire chi abbia provocato i traumi lesivi al viso e alle vertebre, traumi che i consulenti tecnici della Commissione ritengono essere stati probabilmente inferti. Né compete alla Commissione indagare perché nessuno, né i medici del «Sandro Pertini», né gli operatori penitenziari, abbia ritenuto, durante i giorni del ricovero, di comunicare ai soggetti interessati – avvocato, familiare, volontario della comunità terapeutica – la richiesta di aiuto del detenuto. Né, ancora, spetta alla Commissione indagare sui motivi che hanno indotto tutti i medici coinvolti nella vicenda a non segnalare alla magistratura la presenza di lesioni di origine traumatica sul corpo del detenuto.

Tuttavia, è certo che il signor Stefano Cucchi, dopo aver subito le lesioni traumatiche ed essere stato ricoverato nel reparto protetto dell'ospedale «Sandro Pertini» con una procedura del tutto anomala, chiede di parlare con i soggetti sopra citati, ma tale colloquio non avrà mai luogo. Inizia allora per protesta a rifiutare, almeno in parte, le cure mediche e l'assunzione di cibo e liquidi, rifiuto che lo porterà nel volgere di pochi giorni ai gravi squilibri idroelettrolitici responsabili della morte.

Nessun medico, nella giornata antecedente al decesso, si è probabilmente reso conto che la situazione del paziente aveva ormai raggiunto un punto di non ritorno: così si spiega la mancanza di monitoraggio costante delle sue condizioni e l'omissione di informazioni esaustive circa la possibilità di un imminente evento avverso in assenza di efficace terapia endovenosa.

La Commissione pertanto auspica che l'indagine penale in corso possa chiarire:

- a) chi, ove si acceda all'ipotesi ritenuta probabile dai consulenti tecnici della Commissione, ha inferto le lesioni al signor Stefano Cucchi;
- b) le ragioni di una procedura così anomala per il trasferimento presso la struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini»;
- c) chi ha la responsabilità di non aver dato corso alle richieste di colloquio formulate dal detenuto, lasciando così quest'ultimo in una condizione psicologica che ha certamente influito sul rifiuto di cure;
- d) chi ha la responsabilità della mancata identificazione prima dell'*exitus* di una condizione clinica così grave da mettere a rischio la vita.

## 2. LA RICOSTRUZIONE SANITARIA

Il signor Stefano Cucchi è arrestato dai Carabinieri il 15 ottobre 2009 alle ore 23,30. Viene prima accompagnato presso la stazione Carabinieri Appia e scortato nella casa di famiglia, poi trasferito presso la stazione Carabinieri Tor Sapienza per essere detenuto nella cella di sicurezza. Alle ore 5,15 del 16 ottobre è soccorso da una squadra delle ambulanze ARES 118 a causa di un malore, presumibilmente una crisi epilettica, ma rifiuta il trasporto in ospedale. Gli operatori dell'ARES 118 riferiscono

che lo stesso era oppositivo alle cure e acquisiscono in modo approssimativo dati sullo stato di salute (frequenza cardiaca, ossigenazione del sangue e pressione, presenza di «eritema» sotto la palpebra destra).

Alle ore 9 il detenuto viene condotto dai Carabinieri presso il tribunale per essere sottoposto al processo per direttissima davanti al giudice e, quindi, viene consegnato al personale della polizia penitenziaria e trasferito in camera di sicurezza. Svolta l'udienza di convalida intorno alle 13, il detenuto è visitato da un medico di ambulatorio della Città giudiziaria, il quale rileva *«lesioni ecchimotiche in regione palpebrale inferiore bilateralmente di lieve entità e colorito purpureo»*; inoltre referta: *«Riferisce dolore e lesioni anche alla regione sacrale e agli arti inferiori ma rifiuta anche l'ispezione. Evasivamente riferisce che le lesioni conseguono ad accidentale caduta dalle scale avvenuta ieri»*.

Il signor Cucchi, tradotto nel carcere di Regina Coeli, viene sottoposto a visita medica di primo ingresso intorno alle 16,35. Il medico del carcere rileva in cartella ambulatoriale l'altezza (168 cm), il peso corporeo (52 Kg), i dati anamnestici (abitudini tabagiche, uso di eroina, cocaina, cannabinoidi e metadone) e la sintomatologia accusata, caratterizzata da *«algia alla deambulazione»* e pertanto lo invia con urgenza al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli». Nel modulo di richiesta di visita ambulatoriale urgente si segnala: *«caduta accidentale ieri dalle scale. Presenta ecchimosi sacrale coccigea, tumefazione del volto bilaterale periorbitaria, algia alla deambulazione arti inferiori. PA 90/60 FC 60, [...] riferisce senso di nausea ed astenia. Rx cranio (controllo)»*.

Il paziente arriva alle 20,01 con diagnosi di *«lesioni ecchimotiche di nnd (natura da determinare, ndr)»*, viene sottoposto ad esame radiografico della colonna lombo-sacrale e sacro-coccigea, che evidenzia la presenza di *«frattura corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea»*.

L'ortopedico, chiamato telefonicamente per una consulenza specialistica, suggerisce riposo a letto e controllo seriato dell'emocromo. Il neurologo, invece, raccolta la notizia anamnestica di un trauma contusivo del rachide lombo-sacrale occorso la sera precedente (alle ore 23, come precisato dal paziente), obiettiva l'impossibilità a deambulare a motivo della sintomatologia dolorosa accusata e consiglia di eseguire eventualmente un esame elettrofisiologico per la valutazione dell'integrità delle radici lombo-sacrali. Il paziente rifiuta il ricovero e viene dimesso con diagnosi di *«frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea»*.

Passata la notte in carcere, la mattina successiva del 17 ottobre viene visitato due volte, alle 11,20 e alle 11,50, dai medici dell'Istituto penitenziario, i quali lo inviano di nuovo al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli» per la valutazione dell'emocromo, per l'esecuzione di un'ecografia all'addome e di *videat* neurochirurgico. Presso l'ospedale viene confermata la diagnosi del giorno prima: *«frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea»*, e il paziente viene cateterizzato per la comparsa di difficoltà alla minzione. Si dispone,

inoltre, il ricovero presso il reparto di medicina protetta dell'ospedale «Sandro Pertini» di Roma per le cure del caso.

Il ricovero, formalizzato direttamente all'interno della struttura ospedaliera protetta, dopo il nulla osta di un dirigente del Ministero della giustizia che era fuori servizio e si è reso disponibile in via del tutto eccezionale<sup>3</sup>, dura quattro giorni. Le prime analisi e radiografie confermano il quadro clinico oggettivato dall'ospedale «Fatebenefratelli», ma a partire da alcune ore dopo il ricovero il paziente si oppone alla somministrazione di cure e cibo come forma di protesta finalizzata ad ottenere contatti con l'avvocato, nonché con un familiare e con un operatore del Ceis (Centro italiano di solidarietà). Rifiuta, in particolare, di alimentarsi e bere acqua regolarmente e di sottoporsi alla terapia endovenosa. Il quadro medico si aggrava e, in seguito all'astensione dal cibo e dalla somministrazione di nutrizione e idratazione per via endovenosa, il paziente dimagrisce drasticamente (al momento dell'arresto pesava 52 kg e il peso al decesso, sei giorni dopo, era di circa 42 kg) e soprattutto sviluppa un blocco della funzione renale per mancanza di idratazione.

Il 21 ottobre il medico di turno avvisa il primario della situazione e questi fa predisporre una relazione clinica sulle condizioni del paziente da inviare al giudice competente. Il signor Stefano Cucchi viene medicato e ispezionato per l'ultima volta da un medico alle ore 22 e a ridosso della mezzanotte chiede una cioccolata al personale paramedico. Alle 6,05 del 22 ottobre viene registrata la sua morte dopo un tentativo di rianimazione durato circa 40 minuti.

Per i consulenti tecnici della Commissione la morte è avvenuta probabilmente due o tre ore prima che il paziente fosse rianimato. Pertanto anche il medico che ha praticato le manovre rianimatorie, notando una rigidità dei muscoli del collo e dell'articolazione temporo-mandibolare, sapeva che il paziente era morto e da tempo.

### 3. CRITICITÀ

1. Nell'opinione dei consulenti tecnici della Commissione, le ecchimosi palpebrali sono state probabilmente prodotte da una succussione diretta delle due orbite; analogamente, le lesioni alla colonna vertebrale sembrano potersi associare ad un trauma recente; sempre ad una lesione traumatica è collegabile la frattura al livello del sacro-coccige;

2. il medico del carcere invia d'urgenza il detenuto al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli» sull'Isola Tiberina. Tuttavia, l'accesso all'ospedale avviene dopo quattro ore, alle 20,01;

---

<sup>3</sup> Secondo le risultanze dell'istruttoria svolta dalla Commissione, le modalità procedurali osservate nel caso di specie sono prive di precedenti.

3. l'ortopedico dell'ospedale «Fatebenefratelli» è consultato telefonicamente, non essendo di guardia attiva: ciò non sembra consono per un nosocomio sede di dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)<sup>4</sup>;

4. la trasmissione della cartella clinica del detenuto appare problematica sia nel trasferimento tra le diverse strutture ospedaliere, sia nel passaggio di consegna tra un medico e l'altro nell'ospedale «Sandro Pertini». Nel primo ricovero all'ospedale «Fatebenefratelli» manca la cartella clinica di accompagnamento dal carcere e mai viene successivamente citata come letta da alcun testimone. La cartella clinica non è ordinata nel diario;

5. alla luce dell'anomala procedura di ricovero presso la struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini», è lecito domandarsi se tale percorso sia stato indotto da motivi sanitari o da esigenze organizzative dell'Amministrazione penitenziaria. Le motivazioni di tale particolare procedura sono apparse comunque alla Commissione lacunose;

6. il primario responsabile della struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini» non ha mai visitato il paziente. In considerazione dell'aggravarsi del quadro clinico del paziente il 21 ottobre 2009, è stato riferito alla Commissione essere stata preparata da un medico una lettera di segnalazione all'autorità giudiziaria, mai inviata in realtà a causa della morte del paziente. Ciò nonostante non viene predisposto un monitoraggio continuo delle condizioni del paziente<sup>5</sup>;

7. è da notare la mancanza di qualsiasi supporto *in loco* descritto per la rianimazione. L'*equipe* di rianimatori non viene chiamata. Si riferisce che sarebbe potuta giungere in 5 o 6 minuti.

#### 4. PROPOSTE

La Commissione ritiene, nell'ottica di assicurare piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione nell'ambito della sanità penitenziaria, di rimettere all'Assemblea del Senato della Repubblica i seguenti spunti di riflessione, al fine di proiettare le risultanze dell'inchiesta, pur condotta su un caso specifico, in un orizzonte propositivo più generale:

a) è necessario rivedere i protocolli organizzativi che presiedono ai rapporti tra Amministrazione penitenziaria e Amministrazione sanitaria, a partire da quello relativo alla struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini», al fine di rendere più fluido il rapporto e lo scambio di informazioni

---

<sup>4</sup> In base alla normativa vigente in materia, infatti, il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, tra l'altro, interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medico-ortopedici, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale (articolo 8, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992).

<sup>5</sup> Secondo i consulenti tecnici della Commissione, raggiunto nella giornata del 21 il punto di massima criticità (punto di non ritorno), il paziente avrebbe dovuto essere monitorato con maggiore intensità nel timore di un evento mortale, attendendo il profilarsi dell'opportunità di intervenire.

tra pazienti, familiari e medico e di garantire l'indipendenza della funzione sanitaria rispetto alle funzioni cautelari;

b) è opportuno approfondire la tematica dei percorsi di emergenza all'interno della sanità penitenziaria, considerato che nel caso di specie è stata necessaria un'attesa di quattro ore per il trasferimento di urgenza del detenuto dalla casa circondariale al più vicino ospedale;

c) appare doveroso l'avvio di una riflessione sulla tematica della *privacy* nel rapporto tra paziente detenuto e medico, al fine di individuare un ragionevole punto di equilibrio tra le esigenze sottese alla qualità dell'approccio terapeutico e quelle relative alla sicurezza;

d) sempre all'insegna del bilanciamento di cui sopra, occorre sottolineare che, nella scelta del percorso sanitario da seguire, la destinazione del detenuto ad una determinata struttura non può essere decisa facendo prevalere sulle necessità cliniche le esigenze dell'Amministrazione penitenziaria legate ad un'eventuale carenza di organico;

e) una specifica e approfondita riflessione va condotta con riferimento all'idoneità del trattamento sanitario che in ambito carcerario è assicurato al detenuto con problemi di dipendenza;

f) appare necessario sottolineare che, anche in caso di detenzione, va garantita cura quotidiana nella redazione delle cartelle cliniche mediche ed infermieristiche;

g) è altresì necessario assicurare che l'informativa ai pazienti detenuti sulle proprie condizioni cliniche (consenso informato) sia più accurata, soprattutto nel caso di pazienti «fragili»;

h) più in generale, deve essere affrontata la problematica del rifiuto di cure opposto da pazienti detenuti, in considerazione della peculiare condizione di debolezza che può talora connotarli.

## 5. CONCLUSIONI

La vicenda oggetto di inchiesta mette in luce la necessità di considerare con attenzione il rapporto tra la sanità e il carcere - a partire dall'esigenza di una piena, puntuale e completa attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, su tutto il territorio nazionale - al fine di tutelare e promuovere, nei cittadini posti nella condizione di restrizione personale, il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.