

DOMENICO COLLETTI
*
AVVOCATO

PESCARA - Via Raffaello, 113
Tel. 085/4711995 - 74442 con Fax

ORIGINALE

N° 176/05 Sent.
N° 365/05 Cont.
N° 1482/05 Cron.
N° 558/05 Rep.

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI TERAMO
-SEZ. DIST. di ATRI-

in persona del Giudice Istruttore dr. Giampiero Fiore in
funzione di

Giudice Unico (art 190 bis cpc)

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta a ruolo al
n. 365/00 R.A.C.C., trattenuta in decisione all'udienza del
10.11.04 e promossa

DA

_____ e _____ res. ti in _____
in proprio e nella qualità di genitori
esercenti la patria potestà del figlio minore Simone,
rappresentati e difesi giusto procura a margine dell'atto di
citazione dall'_____ del foro di Pescara e
domiciliato presso il medesimo _____

Attori

CONTRO

_____, con sede in _____
Teramo, in persona del suo legale rappr.te p.t.,
rappresentata e difesa dall'Avv. _____ ed elett.te
dom.ta presso lo studio dello stesso in _____

_____, rappresentato e difeso
dall'_____ a del foro di Pescara ed elett.te
dom.ta presso lo studio della stesso in _____

Convenuti

_____, con sede in _____
_____, in persona del suo legale rappr.te p.t.,
rappresentata e difesa dall'_____ del foro di _____

— ed elett.te dom.ta presso lo studio dello stesso in

Convenuta terza chiamata in causa

Oggetto: Risarcimento danni colpa professionale

Conclusioni delle parti: per gli attori, accertata e dichiarata l'esclusiva colpa dei sanitari del

_____ della _____ no e del dott.

_____, nella qualità di _____ che ha

assistito al parto di cui in narrativa, nella causazione dei danni subiti dai ricorrenti, condannare i convenuti, con il vincolo solidale, al pronto ed immediato pagamento in favore dell'istante della somma di € 2.109.114,17 e precisamente € 547.002,97 per danno biologico, € 720.000,00 per danni per spese future; in favore di _____ e alla complessiva somma di € 200.000,00 per danno morale dalla medesima subito in proprio oltre interessi e rivalutazione monetaria dalla data dell'evento (12.6.95) al soddisfo, con vittoria di spese ed onorari in favore del procuratore legale, dichiaratosi distrattario.

Per il convenuto _____ in via preliminare rimettere la causa in istruttoria e procedere al rinnovo di CTU; nel merito il rigetto della domanda ed in subordine ridimensionare il petitum nei limiti di Giustizia, con vittoria di spese ed onorari.

Per la convenuta _____ e la _____ a in causa, il rigetto della domanda.

Svolgimento del processo.

Con atto di citazione notificato il 5.6.00, _____ ed _____ esponevano che _____, il 9/6/95, si era ricoverata presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "_____ e" di _____ con chiari sintomi di parto distocico e che il 12/06 successivo, con l'applicazione del "Vacuum extractor", dava alla luce il piccolo _____, che subito presentava asfissia primaria prolungata.

Esponavano altresì che i medici del reparto nulla riferivano ai genitori e nulla facevano per mitigare i danni subiti dal

2

neonato tanto che, solo dopo il ricovero presso la Divisione di Pediatria dell'Ospedale Civile di _____ essi attori si rendevano conto della gravità dello stato del piccolo Simone e delle carenze nell'assistenza al parto della struttura di _____.

Il piccolo _____ presentava una tetraparesi spastica dovuta a sofferenza perinatale da parto distoico e l'ipossia sofferta dallo stesso era stata tale da provocare un danno generalizzato d'organo, che ha interessato, oltre al sistema nervoso centrale, anche il sistema renale, procurando un danno biologico permanente nella misura complessiva del 100%.

Tale grave danno si sarebbe potuto evitare sol che i sanitari del Reparto di Ostetricia, in presenza di un parto distocico, avessero praticato un parto con taglio cesareo, ed inoltre, se i sanitari avessero praticato immediatamente una ossigenazione del piccolo probabilmente i danni procurati sarebbero stati ridotti.

Tale condotta, ritenuta gravemente imprudente, era idonea a provocare nel piccolo _____ conseguenze asfittiche che lo seguiranno per tutta la vita.

Precisavano che il piccolo _____ gode dal 3.4.97 di una pensione di invalidità civile riconosciuta al 100%, con accompagnamento, per tetraparesi spastica da parto distocico e lo stesso si dovrà inoltre sottoporre a cure continue, perduranti nel tempo e per tale circostanza essi attori sono costretti a sostenere e lo saranno sempre in futuro, un notevole aggravio economico, assolutamente non compensato dall'assegno di accompagnamento di cui sono titolari, come pure essi, titolari del diritto alla serenità domestica, oltre che ad un normale menage familiare, si erano ritrovati gravemente compromessi dall'evento che ha cagionato le gravi lesioni irreversibili del figlio.

Lamentavano pertanto che i danni subiti e subendi dagli attori sono conseguenza dell'inescusabile errore, dovuto ad imprudenza, imperizia e negligenza dei Sanitari dell'Ospedale Civile di _____ sicchè, tanto esposto, rassegnavano le conclusioni come soprariportate.

Lu

giudice penale, che avrebbe dovuto configurare l'azione dannosa quale elemento materiale del reato.

Dichiarava, comunque, la [redacted] di essere convenzionata per la responsabilità civile verso terzi con [redacted], e che detta Compagnia Assicuratrice aveva già provveduto ad aprire il sinistro.

Per tale motivo l'ente convenuto chiedeva al Giudice, in via preliminare, l'autorizzazione, ai sensi dell'art. 269 c.p.c, alla chiamata del terzo in causa, identificato nella richiamata [redacted].

Il Giudice di [redacted], con decreto in data 23.9.00, autorizzava la chiamata del terzo in causa.

Si costituiva ritualmente la [redacted], aderendo sostanzialmente alle argomentazioni difensive sviluppate dalla [redacted] e ribadendo che sotto il profilo della invocata responsabilità contrattuale da parte dell'[redacted], nella fattispecie per cui è causa, si versa nel campo delle obbligazioni di mezzi e non di risultato, con la conseguente inesistenza tanto in capo all'ente ospedaliero quanto al medico, inserito organicamente nella struttura del servizio sanitario, di alcun obbligo di effettiva e puntuale realizzazione dello scopo perseguito dal creditore ma, al contrario, con l'esistenza del solo onere di osservare diligentemente il comportamento pattuito.

Deduceva che la [redacted] in ottemperanza agli obblighi contrattualmente assunti, metteva a disposizione della [redacted] idonei locali, regolarmente attrezzati di ogni strumentazione necessaria con la presenza di personale medico e paramedico altamente specializzato.

In riferimento all'operato del [redacted] assumeva la [redacted] che lo stesso Ente Ospedaliero, non doveva essere chiamato a rispondere neanche quantomeno sotto il profilo della responsabilità aquiliana ex art. 2043 cc versandosi, diversamente, in una ipotesi di responsabilità oggettiva che, com'è noto, è vietata dal vigente ordinamento.

In riferimento al quantum debeat, poi, eccessiva era la richiesta risarcitoria avanzata da parte attrice con riferimento al danno biologico ed alle altre voci di danno che, pur confermando l'assoluta gravità delle lesioni patite dal piccolo, erano state avanzate in misura eccessiva, in particolare, sulla richiesta di ristoro del c.d. "danno riflesso".

Venivano pertanto espletate le prove per testi ed eseguita CTU medico legale, seguita da ulteriori chiarimenti.

Acquisita la documentazione prodotta e le perizie di parte, rassegnate le conclusioni, la causa veniva trattenuta a decisione ai sensi dell'art 190 bis cc.

Motivi della decisione.

La domanda è fondata.

Occorre ricostruire analiticamente lo svolgimento storico della vicenda in esame, per individuare, nella scansione delle situazioni man mano svoltesi, i punti di attacco di una ragionevole valutazione in termini di responsabilità delle parti convenute e delle relative posizioni.

Dalla documentazione versata, da quanto riscontrato in punto di fatto dagli accertamenti dei CCTUU, nonché da tutto quanto desumibile dall'espletata istruzione probatoria, accadeva che il giorno 9.6.1995 si ricoverava presso l'Ospedale, con diagnosi di accettazione di "Primipara a termine"; le condizioni all'ingresso erano: dilatazione 2 cm; membrane integre; contrazioni presenti sporadiche; presentazione cefalica, mobile; la pressione arteriosa era 130/70 mmHg, non vi erano edemi.

La ~~ma~~ riferiva, circostanza questa verificata dai CCTUU, che è uso locale che in prossimità del termine di gravidanza venisse disposto il ricovero per sorvegliare la paziente nell'imminenza del parto, risultando confermato che non erano state poste indicazioni mediche o chirurgiche al ricovero, se non l'epoca della gravidanza, e che la gestante non presentava dolori né disturbi di alcun genere.

Così risultava anche dalla cartella clinica, in cui è espressamente indicato che "si ricovera per parto".

La paziente venne sistemata in quella che definisce "sala travaglio", dove rimase fino al momento del parto.

Al ricovero furono prelevati sangue e urine per i controlli di routine e fu eseguito elettrocardiogramma (risultati nei limiti di norma).

Orbene, va subito evidenziato che sino dal giorno del ricovero, all' fu somministrato il Sandopart, una compressa ogni sei ore (come riportato sulla grafica della cartella clinica), riferendo di avere ricevuto il farmaco, da assumere per via sublinguale, e che i primi "doloretti" si presentarono la mattina della domenica, 11.6.1995, al risveglio.

La paziente precisa che all'ingresso le fu detto che le compresse da assumere per via sublinguale erano per "far cominciare i dolori", senza spiegare la necessità di tale trattamento, e che le fu anche detto che se non fosse stato sufficiente "avrebbero usato il gel".

Sul punto, va osservato che i CTU hanno interpretano questa affermazione come riferita a gel analoghi di prostaglandine, ad azione ossitocica (sostanze cioè, notoriamente favorenti la contrazione dell'utero per il parto).

Dalla cartella clinica risulta che la rottura delle membrane si verificò spontaneamente l'11.6.1995 alle 18.30, con liquido amniotico "norm. tinto" [sic].

Hanno rilevato i CCTTUU che furono eseguiti controlli alle ore 18.30, 20, 22.23 dell'11.6.1995 e alle ore 0:30 e 1 del 12.6.1995.

La paziente ricorda che fu applicato a più riprese monitoraggio, ogni volta per "mezz'ora o un'ora, non so precisare".

La medesima non ricordava di controlli strumentali dopo le 22:00, ma tali risultano dalla cartella clinica.

Era presente a seguirla un'ostetrica ed alle 22:00 fu applicata una fleboclisi di Syntocinon.

Fu chiamato un medico al suo capezzale dall'ostetrica che entrò in turno alle 23:00, perché, a dire della paziente, "il bimbo non scendeva".

Il cardiocotogramma è indicato come normale (la cartella in atti non contiene i tracciati; oltre quelli ricevuti su richiesta dei CTU) ed il partogramma indicava dilatazione progressiva da 4 cm alle ore 18:30 a 9,5 cm alle 1.00 e discesa della testa fetale con inizio alle 22.00 (quando dal livello indicato con -1 passa ad un livello indicato tra -1 e 0) e rapido passaggio ad un livello indicato tra 0 e +1 alle ore 23.00, dove rimane fino alle 1:00 (termine del partogramma).

Il 12.6.95 la . . . venne portata in sala parto (la paziente ricorda verso le una di notte) e fu eseguito intervento di "applicazione di v. extractor. Assistenza al parto. Controllo bocca e cavità uterina. Anestesia locale. Episiorrafia."

L'indicazione in cartella clinica è "parto spontaneo. Arresto della progressione al medio-scavo."

Il parto avvenne alle 1:40 e La Angelozzi ebbe a riferire ai CCTTUU che durante il parto una infermiera spingeva sull'addome con il peso del proprio corpo in concomitanza delle contrazioni uterine (da interpretare come "manovra di Kristeller") e che un'ostetrica, indicata come la "signora . . .", era accanto al medico e lo aiutava.

Dopo il parto il medico chiamò prontamente un pediatra perché il bimbo non cominciava a piangere; la paziente riferisce che fu lasciata per breve tempo sola e che le fu detto che stavano rianimando il piccolo, poi le fu praticata episiorrafia.

Il decorso successivo fu regolare e l' . . . fu dimessa il 17.6.1995, con diagnosi di "Parto operativo in I gravida a termine (VE.) (vacuum extractor)".

Dalla cartella dell'assistenza neonatale risulta che il piccolo . . . nacque il 12.6.1995 alle 1.40, dopo 40 settimane di gestazione, del peso di g 3500.

La cartella espone "presentazione di vertice, battito cardiaco fetale indicato come regolare. Fu somministrato 1/3 di fiala di Konakion".

In sala parto furono eseguite aspirazione orofaringea e nasale. Lo stato alla nascita è così indicato: battito



cardiaco oltre 100/min, respirazione dispnoica, tono muscolare flaccido, colorito roseo, areflessia; indice di Apgar 5 a un minuto dalla nascita, 7 a cinque minuti.

Lo stesso giorno del parto il piccolo fu ricoverato all'Ospedale di in reparto di pediatria, sezione neonati e immaturi, con diagnosi di ammissione di "asfissia neonatale" alle ore 2:30, "dopo parto distocico con applicazione di vacuum e asfissia primaria prolungata".

Vale riportare le ulteriori indicazioni della cartella, nella quale si riporta che durante l'asfissia il piccolo era stato assistito con "somministrazione di O₂, rimanendo sempre roseo, con frequenza cardiaca costante sui 130/mm".

Non emetteva comunque pianto valido, ma il tono muscolare si presentava presto aumentato rispetto alla nascita, con motilità spontanea presente.

La saturazione di ossigeno, notano i CCTUU e la frequenza cardiaca, notata anch'essa dai consulenti, era nella norma.

Intorno alle ore 4,00 il piccolo cominciava a presentare "pianto insistente."

Nell'anamnesi è specificato che la gravidanza era alla quarantesima settimana di amenorrea, che il travaglio era durato "12 ore (dall'inizio dei primi dolori)", che la rottura delle membrane era avvenuta alle 18:30, che il parto era avvenuto per via "vaginale con vacuum" e che il liquido amniotico era "chiaro".

L'aspetto all'ingresso era "sofferente", in "decubito supino, con arti semiflessi e addotti", vi era "dispnea, con tachipolipnea" a frequenza "40/min circa", la motilità spontanea era presente, "presenza di ristagno", gli automatismi primari presenti ma con mediocre diffusione verso l'alto del riflesso di prensione e con riflesso di marcia non esplorato o non evocabile, (nota dei CTU), il tono muscolare era aumentato, i movimenti del "foulard", di rotazione laterale del capo, di caduta degli arti e di ciondolamento delle estremità assenti.

Lo stesso giorno del ricovero alle 9:00 si descrive: "motilità spontanea abnorme, tachi e polipnea. Stato di agitazione." Il giorno successivo il neonato "presenta

pianto continuo senza alcun momento di sonno, ipertono generalizzato con nistagmo orizzontale e verticale. Si eseguono controllo ecotransfontanellare e prelievo liquorale, nota del CTU, (prelevati 4cc di liquor lievemente emorragico, torbido e a pressione discretamente aumentata)". Alle 14:05 sono annotate "crisi convulsive subentranti prev. con scosse cloniche agli arti superiori e rigidità muscolare diffusa nelle pause tra le scosse convulsive, talora associate a ~~Ristagno~~"; un "ulteriore prolungato episodio analogo al precedente" alle 16:00. L'analisi del liquor dimostrò "aspetto torbido, glicorrachia 31 mg%, protidorrachia 234 mg%, clorurorrachia 121 mEq/L, elementi 100 x mm³, liquido emorragico, test al lattice negativo."

Risultava altresì di fatto che il 14.6.1995 alle 13:30 il neonato subiva una nuova crisi con "clonie degli arti superiori e ipertono degli arti inferiori, ~~ristagno~~, tachicardia, mentre nei giorni successivi non si sono manifestate più crisi convulsive (sotto trattamento con Gardenale), gradualmente riducendosi l'ipertono, ed il ~~Ristagno~~, si sono peraltro avute crisi ripetute talora protratte di bradicardia (frequenza tra 80 e 100/min), il colorito è diventato più roseo".

Il 17.6.1995, ultimo giorno di annotazioni nella diaria e nella grafica vi era "miglioramento delle condizioni generali. Cute più rosea. Rarissime crisi di ipertono a rapida risoluzione F.C. sempre sui 80-100/min,".

II piccolo fu dimesso il 19.6.1995 per trasferimento ad altro ospedale, con diagnosi conclusiva di "Asfissia neonatale. Emorragia intracranica."

In seguito, (gli attori non hanno ricordato con precisione se la mattina del 12 o il 13.6.1995) i genitori furono informati di "emorragia cerebrale, sofferenza perinatale, acqua nei polmoni".

I genitori hanno riferito anche che il piccolo presentava una piccola escoriazione al cuoio capelluto (che tutti i medici presenti alla visita peritale hanno concordemente interpretato come lesione superficiale da "coppettazione"; è menzionata con questa interpretazione anche nella cartella



clinica dell'ospedale di Ancona) e che successivamente (durante il ricovero ad Ancona) fu diagnosticata anche una frattura di una clavicola, probabilmente la sinistra.

Fu inoltre loro detto che i movimenti del piccolo erano crisi convulsive, pochi minuti dopo che la madre aveva visto di persona tali movimenti.

I genitori del piccolo chiesero il trasferimento del bimbo in altro ospedale ed il 19.6.1995 il piccolo fu trasferito all'ospedale pediatrico "G. Salesi" di Ancona, in divisione medica, dove rimase fino al 10.7.1995.

All'ammissione furono diagnosticate: "Condizioni generali gravi. Colorito pallido, eruzione cutanea ... tronco e collo. Escara regione scrotale dx. Lesione cutanea regione parieto-occipitale da ventosa.

Numerose ecchimosi alle pieghe del gomito, ai polsi e agli arti inferiori (caviglie). Asimmetria volto (tendenza alla deviazione dx della testa), cefaloematoma parieto-occipitale sn. Abbondante salivazione."

La diagnosi di dimissione fu "Sofferenza perinatale da parto distocico (ventosa), conseguente emorragia cerebrale, convulsioni neonatali ripetute, ritardo neuromotorio, diselettrolitemia ed insufficienza renale transitoria."

La madre conferma che la sofferenza renale era risolta al momento del piccolo dall'Ospedale di Ancona.

E' utile riportare la descrizione dell'epicrisi nella cartella clinica: "Il bambino ci è stato trasferito in 7° giornata di vita per volere dei genitori...dall'Ospedale di dove era ricoverato dalla nascita per crisi convulsive ripetute e grave sintomatologia neurologica. Nell'anamnesi venivano segnalati parto distocico con applicazione di vacuum extractor e rianimazione primaria in sala parto. Una puntura lombare, eseguita data la sofferenza neurologica manifestata dal bambino fin dalla prima giornata di vita dava esito a liquor francamente emorragico. Il pz era in terapia con fenobarbital. Gli esami avevano evidenziato, già presso l'H di Atri, la presenza anche di una IRA [insufficienza renale acuta). All'ingresso le condizioni del pz erano gravi con ipotonia generalizzata, motilità

spontanea pressoché assente, pianto difficilmente evocabile e facilmente esauribile. Gli esami evidenziavano una iperazotemia ed una importante diselettrolitemia. L'EEG evidenziava una "sofferenza cerebrale diffusa".

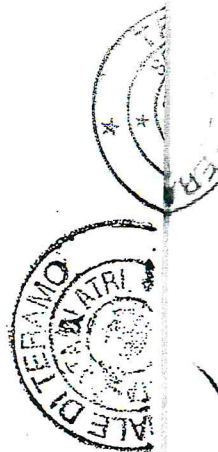
Veniva pertanto continuata terapia barbiturica e il pz veniva riequilibrato dal punto di vista idro-elettrolitico. Il successivo controllo EEG dimostrava un certo miglioramento ma dal punto di vista neurologico persistono ancora l'ipotonìa di fondo con riflessi piuttosto scadenti. Già durante il ricovero è stata iniziata FK (fisiocinesi, nota dei CTU), terapia che si consigliava continuare anche a domicilio. Si consigliano ravvicinati controlli dello sviluppo neuropsicomotorio e degli organi di senso.

In seguito, la commissione medica per le pensioni di guerra ed invalidità civile di Teramo, nella seduta del 3.4.1997, emise diagnosi di "tetraparesi in esito a sofferenza perinatale" e valutò che il piccolo avesse difficoltà persistenti a compiere gli atti quotidiani della vita e si trovasse nella impossibilità di deambulare, con necessità di assistenza continua e revisione dopo 36 mesi.

Una visita di revisione del 20.11.2000 si è conclusa con diagnosi di "Gravi esiti di emorragia cerebrale perinatale" e parere medico legale di minore nella impossibilità di deambulare e con necessità di assistenza continua; è stata prescritta la revisione dopo 5 anni.

Tutto ciò posto, osserva il Giudicante che i CCTT hanno fornito al vaglio del Giudicante medesimo gli elementi determinanti circa l'esame obbiettivo del bambino.

Al tempo dell'accertamento peritale il piccolo si presentava gravemente ipototonico e con muscolatura ipotrofica, hanno osservato i CCTTUU che il piccolo non è capace di mantenere da solo la stazione eretta, men che mai di assumerla né di deambulare e si esprime con lamenti mal controllati, esegue semplici ordini di movimenti, con difficoltà nell'inizio dei movimenti stessi; subisce incontinenza urinaria e fecale, difficoltà nella masticazione. Orbene, posta la ricostruzione in termini storici delle vicende relative all'esecuzione del



parto oggetto di controversia, è opportuno riassumere la vicenda stessa sotto il profilo dell'epicrisi medico-legale, indispensabile per dare contezza di valutazioni di imprudenza e/o imperizia nel caso di specie.

Dunque, la _____ all'epoca di anni 29, fu ricoverata come sopra visto, al compimento di 40 settimane di amenorrea all'Ospedale di Atri, e fu trattata con il Sandopart, una compressa ogni sei ore.

Furono eseguite ripetute cardiocografie, sia prima sia dopo la rottura delle acque.

Riferiscono i periti che non erano presenti elementi di preoccupazione per la salute fetale negli accertamenti eseguiti nel giorno del ricovero e in quello successivo.

Il tracciato ancora successivo, al terzo giorno di ricovero e prima della rottura delle acque, presentava due decelerazioni "variabili".

Il tracciato eseguito dopo la rottura delle acque, in fase dilatativa, presenta una decelerazione variabile, seguita da reperti normali nei successivi 40 minuti.

Il tracciato ancora successivo e ultimo dimostra, dopo una fase iniziale senza elementi anomali, numerose e profonde decelerazioni variabili, con contrazioni uterine a frequenza di 4-5 ogni 10 minuti e infine (negli ultimi 86 minuti) di 5-6 ogni 10 minuti.

Per un arresto della progressione della testa fetale alla parte media dello scavo pelvico fu provveduto dal Dott. _____, che stava seguendo il parto, ad episiotomia, all'applicazione di "vacuum extractor" e successiva episiorrafia.

Nacque così il piccolo _____, che presentò difficoltà respiratorie immediate, poco dopo deficit neurologici e crisi convulsive, con reperti di emorragia endocranica e crisi di bradicardia, venendogli così posta la diagnosi di asfissia neonatale e emorragia intracranica, così come sopra descritte e fu in seguito riscontrata anche una frattura della clavicola e nei primi giorni di vita si instaurò una insufficienza renale poi regredita completamente.

Quando il piccolo fu dimesso dall'Ospedale di Ancona, la diagnosi fu, come sopra detto, di "sofferenza perinatale da parto distocico (ventosa) e conseguente emorragia cerebrale, convulsioni neonatali ripetute, ritardo.

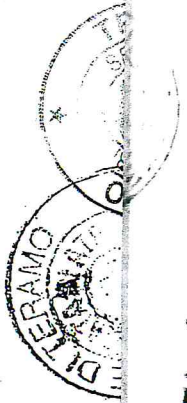
Nonostante continua assistenza e terapia riabilitativa il piccolo presentava un grave ritardo di sviluppo neuropsichico, con gravissime difficoltà nei movimenti e nelle funzioni come sopra riportate.

Ciò posto, condivide il Giudicante che, sul piano della metodologia nell'analisi del caso, per verificare in maniera ragionata e quanto più esauriente la struttura comportamentale medico-professionale oggetto di controversia, si rende necessario seguire una preliminare valutazione del ricovero della , e del trattamento cui fu sottoposta per tutta la sua degenza, non solo nell'imminenza ma soprattutto durante il parto.

W
Rilevano così con decisa evidenza i periti che il ricovero presso il termine di gravidanza, in assenza di patologia e di segni di inizio di parto, intanto appariva privo di serie motivazioni ma meno che mai, e il punto appariva nel caso concreto, decisivo, appare motivata la prescrizione di Sandopart, un farmaco indicato per stimolare l'utero in caso di inerzia patologica.

Nel caso in esame, laddove il Giudicante non può ragionevolmente muoversi solo sull'ausilio della propria scienza privata, e dovendo necessariamente ancorarsi, pur in una ricostruzione e valutazione della vicenda assolutamente autonome, alle valutazioni obiettive fornite dai periti, l'altro punto ineludibile è che i periti hanno affermato con decisione che non vi era alcun motivo per ritenere non fisiologica l'attesa del parto, non essendovi segni di sofferenza fetale (come confermato dalla cardiocotografia) né materna.

Nel caso in questione, i CCTUU, basandosi su di ampia ed approfondita analisi scientifica ed ,esperienziale, hanno potuto affermare che la somministrazione di un farmaco ossitocico senza una chiara indicazione - per di più per via sublinguale, meno ben controllabile che per infusione venosa



ossitocico senza una chiara indicazione - per di più per via sublinguale, meno ben controllabile che per infusione venosa continua- può provocare conseguenze negative per l'evoluzione delle ultime fasi della gravidanza e per il parto.

Si può così forzare l'inizio del travaglio in condizioni di mancata preparazione della struttura uterina, provocando modificazioni dinamiche che ostacolano la corretta evoluzione del travaglio stesso.

TB/10.

Che questo possa essere successo nel caso in specie, affermano i CCTUU, ~~che~~ è suggerito dalla grande difficoltà alla dilatazione cervicale e dalla lenta progressione nel canale da parto della parte presentata.

Va segnalato che non risulta dai documenti clinici chi abbia eseguito la prescrizione del Sandopart, trattandosi comunque di un atto riservato al medico.

bu

In buona sostanza, nella rivisitazione della vicenda vi è stato, nel complesso delle attività esplicate, dei farmaci somministrati e della valutazione della situazione, ciò che i periti hanno descritto come un "interventismo" accentuato, e, evidenziano gli stessi, certamente dal momento dell'ingresso in Ospedale e sino alla rottura delle acque.

Siffatto "modus procedendi" descritto come "interventista", non si appalesava giustificato dalle condizioni cliniche, che non presentavano elementi di patologia.

Va così ragionevolmente ed apprezzabilmente ritenuto che siffatto atteggiamento operativo ha indotto in sostanza un travaglio forzato, in mancanza di condizioni di preparazione naturale, che ancora non avevano avuto modo di verificarsi, come dimostrato dall'evoluzione degli eventi descritti dai periti medesimi.

Questa situazione può aver indotto il medico che si è trovato a seguire il parto senza ricorrere ad una approfondita analisi clinica, a ritenere erroneamente che il parto stesso fosse spontaneo (come egli registrò nella cartella clinica) e ad attendersi sia che si dovesse

svolgere speditamente, il che avrebbe giustificato -
siffatto rilievo è determinante- una moderata attesa in
presenza di alterazioni della progressione del parto che
avrebbero potuto concludersi da sole nel tempo che sarebbe
stato richiesto per istituire e completare un trattamento
operatorio, sia che uno stimolo supplementare, cioè
l'azione esercitata dal vacuum extractor, potesse condurre
al completamento del parto con minimo traumatismo per il
feto.

Peraltro, hanno perentoriamente ritenuto i periti che nel
corso del travaglio, diversi elementi avrebbero potuto
indurre il Dott. a riconsiderare la diagnosi
di "parto spontaneo" come il sommarsi di tracciati
cardiotocografici di "attenzione", di arresto della
dilatazione per circa due ore.

Il che significa, sul piano medico, un periodo dilatante
estremamente lento, praticamente bloccato e di arresto
della progressione durante il periodo espulsivo, tanto da
determinare la necessità di intervento strumentale.

Tutto questo doveva indurre a riconoscere che il parto non
si stava svolgendo normalmente e che era indicato piuttosto
un intervento laparotomico.

Per quanto riguarda i tracciati cardiotocografici, l'ultimo
tracciato, quello delle ore 22:10 dell' 11.6.1995 in poi,
presenta una serie pressoché ininterrotta di decelerazioni
di varia entità e severità.

Riferiscono attendibilmente i CCTTUU che le conoscenze
sulla fisiopatologia delle decelerazioni variabili sono ben
sintetizzate in dottrina da Fischer sicché "da reperti
clinici e sperimentali su animali, le decelerazioni
variabili possono essere attribuite alla compressione del
cordone ombelicale. Nel corso del controllo
cardiotocografico, questa causa non può essere confermata.

Viceversa, la mancanza di giri del cordone attorno al collo
al momento della nascita non invalida la possibilità della
sua compressione durante il travaglio. Una compressione del
funicolo senza gravi conseguenze per il feto accade
frequentemente, prova ne sia che le decelerazioni variabili

sono la forma di alterazione della FCF più frequente. Però le complicazioni a carico del cordone ombelicale, e perciò le decelerazioni variabili gravi, sono la causa più frequente di insufficiente ossigenazione fetale... In rapporto all'entità e alla persistenza, saranno quindi accompagnate da più o meno marcate alterazioni dell'equilibrio acido-base del sangue fetale".

Dunque, la presenza di decelerazioni variabili è molto riscontrabile nei tracciati cardiocografici eseguiti antepartum o intrapartum e non è necessariamente associata a sofferenza fetale.

Anche nel tracciato del mattino dell' 11.6.1995 è possibile evidenziare due decelerazioni, ma il successivo tracciato delle 19:11 è del tutto normale.

Nel caso dell'ultimo tracciato, tuttavia, l'entità e la persistenza delle decelerazioni sono state tali da far nascere il timore di una condizione di sofferenza fetale quale quella che si è poi manifestata a livello neonatale.

In un simile contesto, tenendo conto che il travaglio progrediva in maniera stentata (1 cm di dilatazione dalle 20 alle 23, arresto della progressione dalle 23 in poi al livello +1), non vi erano elementi per ritenere di poter procedere al "rapido" espletamento del parto per via vaginale e sarebbe stato indicato ricorrere al taglio cesareo, e sottolineano i periti, se non proprio alla prima insorgenza delle decelerazioni, almeno alle a quelle delle h. 22:10, e comunque in occasione dei successivi gravi e ripetuti eventi decelerativi iniziati alle 23:40.

Va sottolineato che i tracciati tocografici dovevano richiamare l'attenzione del medico in quanto presentavano chiare alterazioni ma che il significato di queste alterazioni non era univoco, per cui il comportamento avrebbe dovuto essere deciso sulla base di tutti gli elementi a disposizione e sopra richiamati (tracciati, decorso della dilatazione, decorso della progressione).

Non appare comunque giustificato indicare come "normale" il tracciato, che era chiaramente anomalo, come invece è stato fatto nella cartella clinica.

Questa indicazione suggerisce che il significato del tracciato sia sfuggito al medico (ed anche al personale ostetrico presente al parto), impedendo di sfruttarne le indicazioni che avrebbero acquistato valore insieme agli elementi clinici.

Questo comportamento non appare conforme alle regole di prudenza e di diligenza, nonché al grado di perizia richiesto per un'assistenza al parto ad opera di un medico specialista e di ostetriche diplomate, di media esperienza. E comunque, sottolineano i periti che dalla documentazione allegata non è peraltro possibile esprimere una valutazione completa dell'operato dei sanitari, poiché non vi sono elementi per comprendere quale sia stata la "gestione ostetrica" delle decelerazioni, se cioè si sia cercato di cambiare la posizione della gestante, se sia stato somministrato ossigeno o se sia stata effettuata una tocolisi (della quale peraltro non vi è traccia in cartella clinica, mentre per i periti avrebbe dovuto essere registrata se fosse stata effettuata dato che si tratta di un intervento farmacologico); così come non è chiaro se e con quali risultati dalle 00:55 del 12.6.1995, momento in cui viene sospeso il monitoraggio cardiotocografico, sia stata eseguita l'ascoltazione del battito cardiaco fetale.

W
Va detto per completezza che se è evidente che il piccolo ha sofferto in epoca connatale di un grave danno cerebrale, certamente non rimane possibile, allo stato attuale dell'arte medica, discriminare tra un danno di origine primitivamente metabolica, primitivamente traumatica o complessa.

Una anossia fetale innesca meccanismi capaci di determinare sia sofferenza diretta delle cellule cerebrali, sia alterazioni circolatorie fino a provocare emorragie intracraniche attraverso squilibri pressori e alterazione della resistenza delle pareti vasali.

Ma sicuramente un trauma da parto, per esempio da incongrua trazione e manipolazione durante un parto pilotato con "vacuum extractor", può provocare attraverso eventi

meccanici un danno vascolare fino all'emorragia intracranica.

Vi è da dire che l'uso del vacuum extractor espone relativamente meno a questo tipo di complicazioni rispetto ad altre pratiche ostetriche, ma il rischio è comunque presente.

Infine, una condizione di anossia in travaglio può predisporre, attraverso alterazioni pressorie e della parete vasale, ad emorragie per traumi ostetrici anche relativamente lievi, come quelli che possono essere determinati con il "vacuum extractor".

Tuttavia, affermano i periti che poco rileva peraltro, ai fini degli accertamenti medico-legali, l'esatto meccanismo all'opera in questo caso, tra i tre citati, posto che i dati a disposizione indicano che il piccolo Maiorani ha subito un danno cerebrale comunque connatale.

In questo senso depongono la normalità degli accertamenti e delle condizioni cliniche precedenti al parto, compresi i tocogrammi durante i primi giorni di ricovero, e viceversa l'insorgenza di disturbi vistosi fino dalla nascita (anossia primaria, cioè difficoltà grave della respirazione fino dal primo atto respiratorio, alterazioni immediate del tono muscolare e della motilità e convulsioni nelle prime ore successive, basso indice di Apgar), nonché la presenza di tracce di sangue nel liquor - un reperto che in genere si risolve entro pochi giorni da una emorragia intracranica e che in questo caso si è prolungato per diversi giorni dopo la nascita.

Anche il quadro del fondo dell'occhio depone per alterazioni diffuse del circolo vascolare nel territorio della carotide interna (l'arteria che ossigena il cervello e anche la retina) i cui effetti, rappresentati nella retina da piccoli, multipli stravasi emorragici e da edema, furono riscontrabili fino oltre un mese dopo la nascita.

In definitiva, pertanto, l'insieme dei dati a disposizione ed analizzati dai periti, indica che il danno subito dal piccolo si è verificato nel periodo di tempo immediatamente precedente o durante la nascita.

In base a quanto sin qui analizzato, è ragionevole ritenere che un'evoluzione naturale del travaglio con grande probabilità avrebbe prevenuto il decorso anomalo del travaglio stesso. Una volta che questo venne comunque dirottato dal decorso fisiologico con la somministrazione del farmaco ossitologico, affermano senza revoca di dubbio i periti che un tempestivo intervento laparotomico durante il blocco della dilatazione avrebbe potuto prevenire le più gravi conseguenze accadute.

Tale intervento avrebbe potuto risparmiare al feto sia la sofferenza anossica in utero, sia il traumatismo del parto strumentale, quale quello eseguito con "vacuum extractor" e quindi avrebbe potuto con ragionevole prevedibilità prevenire il grave danno che invece si è instaurato.

Il trattamento del neonato fu intenso ed accurato sia nell'Ospedale di _____ sia in quello di Ancona, teso in primo luogo a stabilizzare le condizioni neurologiche, facendo cessare le convulsioni e il piccolo è stato poi seguito con attenzione e trattato come meglio possibile, sotto la guida di specialisti, ma il danno cerebrale - in termini di perdita irreversibile di tessuto funzionante era evidentemente tanto grave da non consentire un valido compenso.

Da tutto quanto come sopra precede, da quanto analiticamente ricavabile nel corpo della relazione peritale, va affermato che il Dott. _____ considerò spontaneo (come riportato in cartella clinica) un parto che invece, alla luce del trattamento della paziente dopo il ricovero in Ospedale e dell'evoluzione del travaglio, era da considerare attendibilmente come provocato farmacologicamente e comunque ^{ORIENTATO} inequivocabilmente ^{AD UN'EVOLUZIONE} ~~intempestiva~~ rispetto alla maturazione dell'apparato genitale della paziente.

Ciò probabilmente causato anche dalla mancanza di approfondita conoscenza del caso clinico, dato che il Dott. _____

in base al suo orario di servizio intervenne solo nella serata dell'11.6.1995, dopo che era iniziato il travaglio di parto.

Peraltro nel corso del travaglio il sommarsi di tracciati cardiotocografici di "attenzione", di arresto della dilatazione per circa due ore nonché di arresto della progressione durante il periodo espulsivo, avrebbero dovuto indurre a riconoscere che il parto non si stava svolgendo normalmente e che era indicato un intervento laparotomico (Taglio cesareo).

I tracciati cardiotocografici dovevano richiamare l'attenzione del medico in quanto presentavano chiare alterazioni, ma il significato di queste alterazioni non era univoco per cui il comportamento avrebbe dovuto essere deciso sulla base di tutti gli elementi a disposizione e sopra menzionati.

Non appare comunque giustificato indicare come "normale" il tracciato, come è stato fatto nella cartella clinica, da parte di un medico specialista e di ostetriche diplomate, di media esperienza, prudenti e diligenti.

Suggeriscono comunque i periti che i tracciati cardiotocografici non sono l'unico elemento su cui basarsi per seguire le fasi finali di una gravidanza e un parto e per decidere il comportamento da seguire e che nel caso in esame non vennero praticati altri accertamenti specialistici durante la degenza e prima della rottura delle acque (cioè prima che il Dott. diventasse responsabile del trattamento della paziente) come poteva essere invece il controllo della quantità del liquido amniotico ("AH").

Sul punto, è stata evidenziata sufficientemente l'imprudenza nell'instaurare un trattamento ossitocico senza motivazioni, per di più tramite una via di somministrazione (quella sublinguale) che non consente un corretto controllo dell'effetto, come invece fu fatto in questo caso fin dal momento del ricovero e quindi prima che il Dott. diventasse direttamente responsabile del trattamento della paziente.

Il punto è stato particolarmente enfatizzato dalla difesa del convenuto, al fine di evidenziare concause lesive precedenti o concomitanti e comunque di per sé sole idonee

a rompere il nesso causale tra l'evento lesivo e la scelta imperita (vacuum) o l'omissione di scelta operativa adeguata (parto cesareo) ascrivibile al medico operante.

Orbene, come sopra visto, dalla cartella clinica risulta la somministrazione del farmaco ossitocico, ma non chi l'abbia prescritto, pur trattandosi di una prescrizione riservata al medico.

Ma, dalle approfondite analisi effettuate dai periti, appare ragionevole ritenere ed affermare che quanto successo durante il travaglio e il parto operativo sia la conclusione di una condotta contraria a perizia e a diligenza nel trattare la signora non solo sin dal suo ricovero nell'Ospedale di cioè ancor prima che il Dott. assumesse diretta responsabilità nell'assistenza alla partoriente, ma soprattutto ed essenzialmente, alla fine, per le scelte operative in concreto adottate.

la I problemi diagnostici e terapeutici incontrati sono stati ritenuti risolvibili dai periti con criteri e metodi di collaudata e divulgata attuazione tra medici specialistici e ostetriche diplomate (ciascuno per la sua competenza) di media esperienza, esperti e diligenti.

Dunque, è il mancato tempestivo intervento laparotomico e viceversa l'aver indugiato in condizioni di arresto della dilatazione e della progressione fetale, avendo poi applicato il "vacuum extractor" per completare strumentalmente il parto, attività imputabile al medico convenuto, che è da ritenere con ragionevolezza causalmente determinante la causa dell'aver provocato al feto gravi alterazioni circolatorie intracraniche con danno permanente delle strutture nervose.

Ciò definisce il contenuto comportamentale della responsabilità del medico operante.

Nel caso concreto, è stata l'inappropriatezza della decisione del medico di procedere dapprima con semplice attesa poi con applicazione di ventosa, invece che con un taglio cesareo, una volta constatato l'arresto della dilatazione e della progressione, in presenza di

alterazioni cardiocografiche, e tutto questo nonostante che la paziente fosse sotto trattamento ossitocico.

La esplicitezza di tale valutazione viene ribadita dai periti anche nella relazione integrativa, sulle osservazioni e contestazioni mosse dai periti di parte (prof. e

Dalla documentazione clinica esaminata risulta che l'applicazione di ventosa fu decisa per l'arresto della progressione al medio scavo e, se tale quadro costituisce certamente una delle indicazioni all'applicazione di ventosa, il giudizio sulla diligenza non può prescindere dal mancato riconoscimento delle alterazioni cardiocografiche presenti nel tracciato e dalla conseguente gestione ostetrica.

Sebbene il trattamento praticato rientri senz'altro nel novero di quelli genericamente prospettabili in caso di arresto della progressione fetale, esso non è apparso adeguato al caso specifico, tenuto conto di tutti i dati disponibili, essendo ciò desumibile anche dalla circostanza anomala che il dott. ebbe a porre la diagnosi

di arresto della progressione, ponendo l'indicazione della ventosa, andando poi ad eseguirla in tempi brevi, tanto che il parto fu eseguito in soli circa 40 minuti, pur essendo il medico convinto della normalità del cardiocogramma (come risulta in cartella clinica), a fronte di una durata della fisiologica fase espulsiva che può giungere sino a due ore.

Per completezza di trattazione, con riguardo alle osservazioni mosse dal consulente tecnico di parte per la ASL di - - - - - circa il possibile ruolo concausale della "induzione di un travaglio di parto in un utero non preparato", sotto il profilo della responsabilità dell'Ente, i periti hanno confermato che un tale comportamento può determinare condizioni tali da dover indurre, in alcuni casi, al taglio cesareo per evitare complicazioni alla madre o al feto o a entrambi.

Hanno fondato questo convincimento i periti sull'esperienza del CTU Prof. - - - - - sulla letteratura scientifica ed

4

è in accordo con quanto affermato dal Consulente di parte, che tale procedura può far "aumentare la percentuale di tagli cesarei, anche se il medesimo non specifica per quale ragione ciò avvenga. La stessa attrice ha descritto la presenza del medico, oltre che dell'ostetrica (indicata come la signora - al momento del parto.

Nel caso di specie, sebbene non sia possibile quantificare con precisione il tempo intercorso tra la nascita del piccolo e l'arrivo in sala parto del neonatologo, la stessa paziente ha riferito che il Dott. a parto espletato ebbe prontamente a chiamare il pediatra, viste le preoccupanti condizioni fetali.

Le manovre rianimatorie neonatali, effettuate immediatamente dopo la nascita in sala parto e nei giorni successivi presso il reparto di pediatria dell'Ospedale di , così come descritte in cartella, sembrano eseguite in modo corretto mediante strumentario adeguato.

Hanno tuttavia affermato i periti che dagli accertamenti svolti e dalla documentazione acquisita dagli stessi, non è possibile stabilire agli stessi con certezza se carenze strutturali od organizzative abbiano potuto impedire l'esecuzione di un taglio cesareo di urgenza.

Ma, per quanto sopra accertato, rimane il punto di fondo che non è risultato, ed anzi ciò fonda la responsabilità del medico, che quel tipo di intervento sia stato ritenuto necessario dal Dott.

Orbene, afferma la di aver messo a disposizione della "idonei locali, regolarmente attrezzati di ogni strumentazione necessaria, con la presenza di personale medico e paramedico altamente specializzato" ma, a prescindere dalla indimostrata possibilità o meno di accedere in tempi utili alle sale operatorie, la presenza del personale medico e paramedico necessario all'intervento (anestesista, strumentista, personale di sala) oltre ad eventuali altri rilevanti aspetti organizzativi dell'Ospedale di all'epoca dei fatti, non verificabili

di ufficio dal Giudice civile, si sono in giudizio palesati tuttavia elementi di prova ai fini della responsabilità (contrattuale) anche dell'Ente. L'attività terapeutica nel complesso apportata dal reparto non ha rappresentato, nel complesso, l'optimum, nel quadro della complessiva situazione della gestante.

Ciò dunque non solo per quanto concerne l'operato del dott. [redacted], ma anche per i pesanti rilievi sopravvisti e relativi all'induzione del travaglio di parto, trattamento, espongono i periti, che era al tempo del fatto già superato, perché l'assunzione di ossitocici per os non può essere modulata in maniera ottimale, al contrario della somministrazione endovenosa.

Nel caso in oggetto, i periti hanno rilevato la totale inappropriatazza della induzione farmacologica del travaglio di parto, che non trova alcuna giustificazione ostetrica e che è stata comunque condotta in maniera non corretta e ciò non è da escludere che possa esser stato effettuato nell'ambito del ricovero, anche se nella cartella clinica non è risultato chi fosse stato il somministrante.

Siffatto "modus procedendi" descritto come "interventista", non si appalesava giustificato dalle condizioni cliniche, che non presentavano elementi di patologia.

Siffatto atteggiamento operativo ha indotto in sostanza un travaglio forzato, in mancanza di condizioni di preparazione naturale, che ancora non avevano avuto modo di verificarsi, come dimostrato dall'evoluzione degli eventi descritti dai periti medesimi.

Questa situazione può aver indotto il medico che si è trovato a seguire il parto senza ricorrere ad una approfondita analisi clinica, a ritenere erroneamente che il parto stesso fosse spontaneo (come egli registrò nella cartella clinica) e ad attendersi sia che si dovesse svolgere speditamente - il che avrebbe giustificato - siffatto rilievo è determinante - una moderata attesa in presenza di alterazioni della progressione del parto che avrebbero potuto concludersi da sole nel tempo che sarebbe

stato richiesto per istituire e completare un trattamento operatorio - sia che uno stimolo supplementare, cioè l'azione esercitata dal vacuum extractor, potesse condurre al completamento del parto con minimo traumatismo per il feto.

A proposito della questione della somministrazione del Sandopart, appare necessario sviluppare ulteriori considerazioni, atteso che solo nelle note integranti il verbale di udienza del 25.6.03, la difesa del dott.

avanza l'ipotesi che la prima parte dell'iter medico, durata circa tre giorni, vedrebbe responsabile un terzo medico, il dott.

il quale, già ginecologo di fiducia della , il 9.6.05 era di guardia (non solamente reperibile) tutta la giornata ed alle ore 13.00 di quel giorno, a seguito di visita della paziente dallo stesso conosciuta, sarebbe stato presumibilmente lui il sanitario ad ordinare la somministrazione del Sandopart -atto proprio del medico, come sopra detto- in quanto alle 18.30 del 11.6.95, quando vi fu rottura delle acque, lo stesso dott. era ancora di guardia.

La questione rileva sul piano procedurale, atteso che solo in quella sede di note, la difesa del chiede la chiamata "iussu iudicis" del terzo dott. ritenendolo determinante nella creazione degli eventi concausanti risultati poi lesivi del neonato, anche ai fini del coinvolgimento nell'ambito della responsabilità dell'intero reparto.

Orbene, come sopra detto, la sostanza in questione può essere utilizzata per l'induzione del travaglio di parto ma questo trattamento, espongono i periti, è, ed era al tempo del fatto, superato, perché l'assunzione di ossitocici per os non può essere modulata in maniera ottimale, al contrario della somministrazione endovenosa, e perché esso non ha alcuna azione diretta sulla cervicouterina, al contrario dei gel a base di prostaglandine.

Nel caso in oggetto, i periti rilevano la totale inappropriata della induzione farmacologica del

travaglio di parto, che non trova alcuna giustificazione ostetrica e che è stata comunque condotta in maniera non corretta. Tali considerazioni trovano una scontata conferma nel foglietto illustrativo del Sandopart ove fra l'altro si legge, al titolo "Speciali avvertenze e precauzioni d'uso": "L'induzione del parto per mezzo di ossitocici dovrebbe essere attuata solo nei casi in cui è strettamente indicata...".

Dalla documentazione esaminata, i motivi che hanno spinto i sanitari a effettuare nel caso in oggetto una induzione al travaglio, e che il convenuto adombra possa esser stato deciso dal medico di guardia che lo precedeva, sono dai periti criticabili, ma anche a prescindere da ciò, tale induzione, anche pregressa, è stata comunque mal condotta, e non è di per sé sufficiente, anche nella fase precedente, ad isolare un nesso causale autonomo tale da esentare quanto effettuato successivamente dai sanitari operanti, la cui "gestione" delle modalità del parto è risultata determinante in maniera assoluta, per quanto in precedenza rilevato.

Se, nella fattispecie, la diversa prescrizione posologica attuata per l'induzione nel caso in oggetto, in assenza, giova ricordarlo, di qualsivoglia indicazione ostetrica per l'induzione medesima, ha portato i CTU a concludere (pagg. 30-31 della relazione peritale) che vi fu "...un comportamento accentuatamente interventistico nei confronti della paziente fin dal suo ricovero", segnalando quindi che tale gestione interventistica è da attribuirsi ai sanitari che hanno effettuato tale prescrizione nel corso del ricovero e comunque anche "...prima che il Dr. ... diventasse direttamente responsabile del trattamento della paziente", ciò posto però, dai documenti disponibili non è noto chi abbia prescritto il farmaco, anche se, essendo tale prescrizione presente in diaria, è ipotizzabile che si tratti di una prescrizione medica del sanitario di turno. Tuttavia, ad affermazione della stessa parte (v. note richiamate pag.4) il possibile coinvolgimento di altro medico dovrebbe discendere tuttavia solo dalla grafia di

una parte della cartella clinica e, riconoscendo la medesima parte che non vi è un'esplicita sottoscrizione, se ne sollecitano esplicite iniziative d'ufficio del Giudice, verso l'amministrazione ospedaliera.

Un siffatto impulso esula, come è noto, dal contenuto e dai limiti del potere giurisdizionale del Giudice civile, vincolato al principio della domanda.

Orbene, non si può comunque escludere in maniera certa che la somministrazione sia stata effettuata sulla base di un protocollo stereotipo interno, peraltro criticato dai periti.

Ma un giudizio civile di risarcimento per responsabilità medica non è un processo all'intero Ospedale od all'intero reparto ospedaliero, uti singuli, se non nella misura in cui, sotto il profilo della responsabilità contrattuale ex art 1218 CC, l'Ente risponde, come nel caso di specie, per le ragioni di immedesimazione organica (v. la stessa Giurisprudenza citata dal convenuto Collevicchio, sotto il profilo del danno morale -Cass. 14.7.03 n.11001), dell'operato del medico nei cui confronti viene esercitata la domanda civile da parte del soggetto che si ritiene leso dalla condotta concreta del sanitario, valutandosi poi la ripartizione del grado di responsabilità sul piano interno, senza però con ciò escludere la valutazione del nesso causale di natura extracontrattuale in capo al medico che ha effettuato l'intervento.

Pertanto, se è corretta la "vocativo" in iudicio del medico nonché della , da parte degli attori, posto che sul piano extracontrattuale sussistono elementi di valutazione di responsabilità del medico in concreto operante per esser intervenuto, nella situazione concreta come sopra descritta, con un tipo di intervento, il vacuum, piuttosto che con quello nelle concrete circostanze richiesto, ovvero il cesareo, non ricorrono, nel caso, i presupposti per l'inscindibilità di posizione nel rapporto obbligatorio, di natura litisconsortile necessaria (art 102 cpc) con altri soggetti, essendovi una condotta lesiva individuabile ed enucleabile di per sé in capo ad un soggetto passivo



(medico operante). Ciò è avvalorato anche dall'atteggiamento del convenuto stesso, che sul punto non ha ritenuto di chiamare lui stesso altri soggetti direttamente coinvolti nell'esecuzione del parto e nella genesi della situazione che aveva portato l'evento su di un livello di problematicità non insormontabile.

I periti, va ribadito, hanno ritenuto che sia stata inappropriata la decisione di procedere dapprima con semplice attesa poi con applicazione di ventosa, invece che con un taglio cesareo, una volta constatato l'arresto della dilatazione e della progressione, in presenza di alterazioni cardiotocografiche (vedi oltre punto 7) e tutto questo nonostante ^{-ED A FURTORI-} che la paziente fosse sotto trattamento ossitocico (vedi precedente punto 2), presupposto idoneo a creare sul piano medico condizioni di inopportunità fisiologiche dell'utero, ma che necessitavano di diverso intervento.

I periti hanno confermato la stima esposta nella relazione peritale, che cioè il tracciato cardiotocografico non fosse da solo dirimente per indicare una sofferenza fetale ma che andasse valutato insieme a tutti gli altri elementi clinici a disposizione per porre l'indicazione al migliore trattamento, cioè un taglio cesareo.

Ar

E ciò conchiude anche il profilo concernente la non necessarietà dell'integrazione del contraddittorio con la citazione d'ordine di terzi nel presente giudizio.

Tutto ciò posto in punto di fatto, in tema di responsabilità professionale medica e del relativo onere probatorio, secondo la costante giurisprudenza della Corte di Cassazione, da cui non vi è motivo di discostarsi, in tema di obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale l'inadempimento del professionista alla propria obbligazione non può essere desunto, ipso facto, dal mancato raggiungimento del risultato utile avuto di mira dal cliente, ma deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti lo svolgimento dell'attività professionale e, in particolare, del dovere di diligenza, per il quale trova applicazione, in luogo del tradizionale criterio

della diligenza del buon padre di famiglia, il parametro della diligenza professionale fissato dall'art. 1176, comma 2, c.c. parametro da commisurarsi alla natura dell'attività esercitata.

Pertanto la responsabilità del medico per i danni causati al paziente postula la violazione dei doveri inerenti al suo svolgimento, tra i quali quello della diligenza, che va a sua volta valutato con riguardo alla natura dell'attività e che in rapporto alla professione di medico chirurgo implica scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale (Cass. 12/8/1995, n. 8845).

Infatti il medico chirurgo nell'adempimento delle obbligazioni inerenti alla propria attività professionale è tenuto ad una diligenza che non è solo quella del buon padre di famiglia, come richiesto dall'art. 1176, e. 1°, ma è quella specifica del debitore qualificato, come indicato dall'art. 1176, e. 2°, la quale comporta il rispetto di tutte le regole e degli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica.

Ciò comporta, come è stato rilevato dalla dottrina, che la diligenza assume nella fattispecie un duplice significato: parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione.

Nella diligenza è quindi compresa anche la perizia da intendersi come conoscenza ed attuazione delle regole tecniche proprie di una determinata arte o professione.

Per il resto, il grado di diligenza, per quanto in termini astratti ed oggettivi, deve essere apprezzato in relazione alle circostanze concrete e tra queste, quanto alla responsabilità professionale del medico, rientrano anche le dotazioni della struttura ospedaliera in cui lo stesso opera.

A norma dell'art. 2236 cc, applicabile anche ai medici, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave.

Va altresì rilevato che la limitazione di responsabilità professionale del medico chirurgo ai soli casi di dolo o



W

colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 cc, attiene esclusivamente alla perizia, per la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, con esclusione dell'imprudenza e della negligenza. (Cass. 16/02/2001, n. 2335).

Pertanto il professionista risponde anche per colpa lieve quando per omissione di diligenza o di prudenza provochi un danno nell'esecuzione di un intervento operatorio o di una terapia medica.

In altri termini la limitazione della responsabilità del medico alle sole ipotesi di dolo o colpa grave si applica unicamente ai casi che trascendono la preparazione medica (Cass. 11/4/1995, n. 4152), ovvero perché la particolare complessità discende dal fatto che il caso non è stato ancora studiato a sufficienza, o non è stato ancora dibattuto con riferimento ai metodi da adottare (Cass. 12/8/1995, n. 8845).

Quanto alla ripartizione dell'onere probatorio, la giurisprudenza ritiene che incombe al professionista, che invoca il più ristretto grado di colpa di cui all'art. 2236 cc, provare che la prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, mentre incombe al paziente danneggiato provare quali siano state le modalità di esecuzione ritenute inidonee (Cass. 4/2/1998, n. 1127; Cass. 3/12/1974, n. 3957).

Invece incombe al paziente l'onere di provare che l'intervento era di facile o routinaria esecuzione ed in tal caso il professionista ha l'onere di provare, al fine di andare esente da responsabilità; che l'insuccesso dell'operazione non è dipeso da un difetto di diligenza propria (Cass. 21/07/2003, n. 11316; Cass. U/03/2002, n. 3492).

Nella fattispecie, per tutto quanto sopra evidenziato, fu imprudente la scelta della via naturale, negligente la mancata valutazione del rischio ed imperita la manovra di estrazione con l'applicazione della ventosa.

Ne consegue che nella fattispecie, dovendosi ritenere che il comportamento del sanitario fu negligente ed imprudente,

già di per sé sarebbe sufficiente ad integrare la colpa, indipendentemente da ogni questione in merito alla perizia dello stesso.

Nel caso di specie, la situazione per come si presentava, comportava secondo la letteratura corrente, che si può dire di comune conoscenza, che doveva essere praticato un taglio estrattivo.

Proprio il riferimento alla situazione complessiva della partorientente, comporta che la scelta operativa, che il sanitario avrebbe dovuto effettuare, aveva carattere di semplicità o routinario.

L'aver adottato il sanitario una tecnica di parto errata, in relazione alle circostanze concrete, comporta un difetto di perizia, in relazione ad un caso che non importava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, con la conseguenza che in merito a detta scelta imperita non si pone un problema di responsabilità solo per dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 c.c.

I CCTTUU hanno indicato nella loro relazione peritale un elemento temporale preciso in cui si sarebbe dovuto provvedere a un trattamento sanitario differente (pag. 25 della relazione peritale): "sarebbe stato indicato ricorrere al taglio cesareo se non proprio alla prima insorgenza delle decelerazioni alle 22.10 almeno in occasione dei successivi gravi e ripetuti eventi decelerativi iniziali alle 23.40".

Le considerazioni in senso contrario del C. di parte, Prof. Valensise, consistono in dati statistici, che non contribuiscono a chiarire quanto sia successo nel singolo caso che è invece l'oggetto dei quesiti peritali.

Ritenuta la colpa iniziale del sanitario nella scelta della tecnica operativa, non ha più rilevanza l'assunto secondo cui la distocia, con la conseguente necessità di applicazione della ventosa, fu evento imprevedibile, implicante problemi tecnici di speciale difficoltà.

Infatti, il prestatore d'opera (nella specie professionale sanitaria), che versa in colpa per un'errata scelta tecnica, che all'origine si poneva come di semplice

soluzione, non può poi più avvalersi della delimitazione della propria responsabilità per solo dolo o colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c, per gli eventuali problemi tecnico-professionali di speciale difficoltà, in cui sia incorso nel prosieguo dell'espletamento della tecnica operativa errata.

Infatti all'origine della sequenza causale, che ha dato luogo al danno, si pone proprio l'errata scelta della soluzione operativa (che pure era semplice da effettuare), ed i problemi tecnici di speciale difficoltà insorti trovano essi stessi causa in quella scelta iniziale errata. In questo caso il prestatore d'opera professionale ha posto in essere un antecedente dotato in concreto di efficienza causale, scaturente dal suo comportamento colpevole, anche per l'insorgenza di tali problemi tecnici successivi e per l'evento dannoso conclusivo.

Se l'opzione adottata è errata già all'origine, e quindi il medico è già in colpa per tale scelta, che non era di difficile soluzione e quindi sfuggiva alla limitazione di responsabilità ex art. 2236 c.c, a lui è imputabile, senza la delimitazione alla sola colpa grave o dolo, la mancata soluzione dei problemi tecnici di speciale difficoltà, insorti proprio per l'adozione di tale tecnica errata, indipendentemente dalla prevedibilità degli stessi, in quanto la colpa iniziale connota tutta l'attività successiva, ed i problemi tecnici, cui ha dato causa detta scelta imperita del professionista, costituiscono rischio, che rimane a suo carico.

Nella fattispecie, quindi, per sfuggire a detta responsabilità, il medico avrebbe dovuto assumere e provare che la distocia e gli altri danni al nascituro da applicazione della ventosa, si sarebbero egualmente verificati anche con l'esatta scelta del parto cesareo e cioè che essi non erano conseguenza della errata opzione.

In ordine alla responsabilità (contrattuale) dell'Ente pubblico, la stessa va affermata in parte per quanto rilevato sopra ed anche per le considerazioni che seguono.

Afferma la _____ di aver messo a disposizione, nei limiti di una obbligazione non di risultato ma di mezzi, "idonei locali, regolarmente attrezzati di ogni strumentazione necessaria" con la presenza di personale medico e paramedico altamente specializzato".

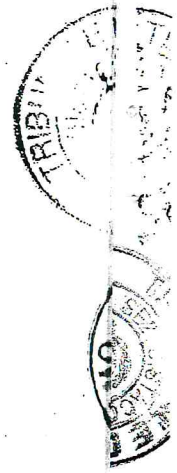
Indubbiamente, dagli accertamenti fatti dai periti, è da ritenere la buona esecuzione tecnica dei tracciati, la leggibilità ed il corretto funzionamento delle attrezzature impiegate nonché la tempestiva esecuzione, nei tempi prescritti, degli esami richiesti dal personale medico e che il dott. _____ fosse presente in guardia attiva dalle ore 20.08 del giorno 11.6.95 alle ore 9.03 del giorno successivo.


Al momento del parto erano presenti sia il medico che l'ostetrica e lo stesso dott. _____ ebbe a chiamare tempestivamente il pediatra alla presa d'atto delle preoccupanti condizioni fetali.

Dalla documentazione esaminata, i motivi che hanno spinto i sanitari a effettuare nel caso in oggetto una induzione al travaglio, e che il convenuto adombra possa esser stato deciso dal medico di guardia che lo precedeva, sono stati dai periti censurati, ma anche a prescindere da ciò, tale induzione, anche pregressa, è stata comunque mal prescritta.

Se infatti sussistono dei presupposti per procedere con l'induzione del travaglio, essa deve essere effettuata secondo i tempi e i modi previsti.

La diversa prescrizione posologica attuata per l'induzione nel caso in oggetto, in assenza, giova ricordarlo, di qualsivoglia indicazione ostetrica per l'induzione medesima, ha portato i CTU a concludere, come già detto sotto altro aspetto, per un "...comportamento accentuatamente interventistico nei confronti della paziente fin dal suo ricovero", segnalando quindi che tale gestione interventistica è da attribuirsi anche ai sanitari che hanno effettuato tale prescrizione nel corso del ricovero e comunque, e ciò rileva in modo determinante per





la responsabilità dell'Ente, anche "...prima che il Dr. diventasse direttamente responsabile del trattamento della paziente".

Orbene, dai documenti disponibili non è noto chi abbia prescritto il farmaco.

Ma, essendo tale prescrizione presente in diaria, è ipotizzabile che si tratti di una prescrizione medica. Se, pertanto, il possibile coinvolgimento "d'ufficio" di altro medico è stato escluso per la mancanza di presupposti sostanziali, in quanto dovrebbe discendere tuttavia solo dalla grafia di una parte della cartella clinica, non essendovi nella cartella un'esplicita sottoscrizione, non si può comunque escludere in maniera certa che la somministrazione sia stata effettuata sulla base di un protocollo stereotipo interno, criticabile per le ragioni già esposte, o addirittura da personale non medico, atteso che nella perizia i CTU non affermano in alcuna occasione che il "collo uterino" era impreparato.

La sovrapposizione incongrua di trattamenti sanitari e l'impreparazione della struttura sanitaria globalmente considerata, confermata dalla errata scelta operativa all'infondato tentativo di induzione al parto, valutabile anche in itinere e non solamente a posteriori, dal personale medico e paramedico, configura la responsabilità anche della ASL convenuta.

La responsabilità dell'ente ospedaliero nei confronti del paziente ha natura contrattuale e può conseguire, ai sensi dell'art 1218 CC, non solo all'inadempimento delle obbligazioni direttamente cadenti a suo carico, ma anche, ex art 1228 cc, all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dai sanitari, quale ausiliari necessari, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione effettuata dal sanitario e l'organizzazione aziendale dell'ente.

Ne consegue che il soggetto gestore della struttura sanitaria risponde per i danni che siano derivati al paziente da trattamenti sanitari praticatigli con colpa (v. tra tutte, Cass. Sez.III, 1.9.99 n.9198).

In ordine alla quantificazione del danno, il primo orizzonte di ristoro concerne il danno c.d. biologico.

Come sopra visto, il piccolo presenta pregiudizi mentali e fisici che i CCTUU, all'esito di accertamenti condotti con motivazioni logiche e con argomentazioni scientificamente corrette e frutto di scrupolosa ed attenta disamina degli elementi di valutazione in loro possesso, hanno indicato incidenti sull'integrità psico fisica, nella misura dell'85%.

Pertanto, in ossequio ad una prassi giurisprudenziale consolidata, prendendo a base la media del valore dei punti, riferentesi ai vari Tribunali del centro Italia, è congruo per un bimbo appena nato con una invalidità dell'85% il seguente calcolo: $85 \times \text{€} 6.435,32$ a punto, un ammontare complessivo di $\text{€} 547.002,97$.

Con riferimento al danno patrimoniale, il piccolo non solo ha avuto un "danno evento" quale è il danno biologico ma anche "un danno conseguenza" quale è l'impossibilità in futuro di produrre reddito.

Per giurisprudenza ormai costante (v. sent. Cass. n° 3119/95, ribadita anche recentemente dalla sentenza n° 4231/99), le due voci di danno (biologico e patrimoniale) attengono a due distinte sfere di riferimento con la conseguenza che il Giudice deve procedere a due distinte liquidazioni.

In riferimento a tale danno il CTU, in risposta al quesito n° 6, ha affermato che: "date le condizioni cliniche attuali e la loro evoluzione ragionevolmente prevedibile, il periziando appare del tutto incapace di qualsiasi proficuo lavoro, per tutta la sua vita a venire".

Il piccolo pertanto ha una incapacità lavorativa del 100% e solo con questa percentuale è possibile procedere ad un calcolo che risarcisca l'impossibilità di produrre reddito.

Pertanto, prendendo a parametro l'ammontare mensile dell'assegno sociale, compreso di maggiorazione, pari ad $\text{€} 516,46$, si otterrebbe il triplo del trattamento annuo in complessivi $\text{€} 20.141,82$, pari a 39 mensilità, da



moltiplicarsi per il coefficiente di capitalizzazione risultante dalla Tabella di cui al RD 9.10.22 n.1403 e relativo ad una età di anni 21, corrispondente a quella in cui presumibilmente il minore si sarebbe inserito nel mondo del lavoro, pari a 19,077, per un ammontare congruo di € 384.245,48. In ordine al danno per le spese future, hanno accertato i periti che il piccolo ha necessità dell'assistenza permanente di un accompagnatore.

Se, pertanto, "non è possibile formulare una prognosi precisa per quanto riguarda la sopravvivenza, ma è ragionevole prevedere una aspettativa di vita ridotta" è da ritenere che il piccolo attualmente di anni 10, possa avere davanti a sé almeno altri trenta anni di vita considerato che le aspettative di vita, per gli uomini, sono ora di quasi ottanta anni.

Pertanto avendo necessità costante di un accompagnatore e dovendo fare le necessarie terapie che in qualche misura potrebbero dare un certo sollievo alle sue sofferenze, ma considerato anche il godimento della pensione di invalidità, è equo ipotizzare il seguente calcolo: anni 30 = 366 mesi a €. 1.000,00 al mese, per complessivi € 360.000,00.

Il danno morale va riconosciuto, in quanto nel fatto sono riscontrabili gli estremi del reato di lesioni colpose, ma con criterio equitativo.

Nella fattispecie, tenuto conto della gravità della colpa dei sanitari e delle sofferenze inflitte a sin dalla nascita nonché quelle cui inevitabilmente andrà incontro nel tempo, acquistando una certa consapevolezza del divario con i suoi coetanei, si stima equo commisurare l'ammontare del relativo risarcimento in misura prossima al 50% dell'importo liquidato a titolo di danno biologico e così per complessivi € 275.000,00.

Va riconosciuto il danno non patrimoniale in favore di entrambi i genitori.

Costoro, da quanto emerso non solo dalla prova per testi, ma da una obiettiva ed elementare considerazione della situazione gravante sugli stessi, sul piano fisico, morale,

384245,48
60000
442451,48

Gu

Spese future



psico-relazionale, hanno visto la loro vita stravolta, sia nella attualità che per le aspettative future.

Può pertanto esser riconosciuto equitativamente in favore del genitore un danno non patrimoniale di € 60.000,00 ed in favore della madre , su cui grava un peso maggiore, un danno di € 120.000,00 (rispettivamente all'incirca un quarto ed un terzo del danno biologico riportato dal figlio).

Con riferimento alle spese vive sostenute e da sostenere, in base a quanto risulta dagli atti, sono state sostenute finora spese per prestazioni specialistiche specificamente correlate alle infermità del periziando per ex £ 1.528.500 oltre ^{ex} a pesetas spagnole 102.400.

Sono state inoltre sostenute spese mediche documentate per ex £ 1.712.500, che non appaiono specificamente correlate alle infermità del periziando ma invece a controlli pediatrici generici, che almeno in gran parte sono da effettuare nei confronti di qualsiasi bambino, nonché a controlli otoiatrici e a test allergologici del tutto incidenti dalle infermità per cui è causa.

E* ragionevole prevedere la futura necessità di controlli specialistici e di terapie riabilitative per tutto il periodo dell'accrescimento, con spese ragionevolmente stimabili nel doppio di quanto sinora speso per gli stessi motivi immaginando costante il potere di acquisto, nonché le spese per sussidi per il movimento (carrozzina) ciò per un totale di € 7.809,66.

A tali ultime somme vanno riconosciuti gli interessi legali, ma non la rivalutazione, con decorrenza dalla pubblicazione della presente sentenza al saldo, atteso l'utilizzo di criteri liquidativi valenti allo stato attuale.

Le spese seguono la soccombenza.

P. Q. M.

Il Tribunale di Teramo, Sez. Dist. di Atri, in persona del Giudice Unico, definitivamente pronunciando così decide:

A) accoglie la domanda attrice e, per l'effetto, condanna in solido i convenuti

W

1

1566266 45
4424511 40

1.123.295

io e ... al risarcimento dei danni in favore di ... per € 1.566.246,45 ed € 60.000,00 in favore di ... ed € 120.000,00 in favore di ~~Angelozzi Patrizia~~ in proprio; ed € 7.809,66 per danni patrimoniali in favore di

E ... il tutto oltre interessi legali dalla data della pubblicazione della presente sentenza al saldo;

B) condanna i convenuti in solido al pagamento delle spese di causa che liquida in complessivi € 20.473,00 di cui € 473,00 per spese, € 7.500,00 per diritti e € 12.500,00 per onorario di avvocato, oltre Iva e Cap e sp. imp. come per legge, ponendole in favore del procuratore antistatario;

C) pone definitivamente a carico dei convenuti in solido le spese per le CCTTUU come liquidate in separati atti dal G.I.;

D) sentenza provvisoriamente esecutiva come per legge.

Così deciso in Atri il 27.11.04

IL CANCELLIERE
(Antonio Creati)

IL GIUDICE ISTRUTTORE ED ESTENS.
[Signature]

LA PRESENTE SENTENZA È STATA
RESA PUBBLICA MEDIANTE DEPOSITO
IN CANCELLERIA OGGI 2/12/05
Il Collaboratore di Cancelleria
CREATI Antonio

[Signature]



COPIA CONFORME DEL PRESENT
ATTO AI SENSI T.U. SPESE DI
GIUSTIZIA ARTT. 73 E 278 E'
STATA SPEDITA ALL'UFFICIO
DEL REGISTRO DI ATRI IN
DATA 2-12-05

L'ADDETTO



[Signature]

p.p.v.
12/12/05
x Avv. Colletti
[Signature]