



Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

I signori [redacted] e [redacted] hanno convenuto in giudizio la Azienda Ospedaliera [redacted] chiedendo risarcirsi i danni conseguenti alle gravissime lesioni occorse al piccolo [redacted] nel corso del parto avvenuto presso il nosocomio convenuto, assumendo negligenze diagnostiche e nella valutazione dei dati anamnesici del personale medico ginecologico, con conseguente omesso parto con taglio cesareo che, in tesi attorea, avrebbe evitato le conseguenze pregiudizievoli di anossia neonatale.

Parte convenuta si è costituita chiedendo il rigetto della domanda.

La causa è stata istruita mediante CTU medicolegale ed attraverso la acquisizione della documentazione clinica relativa al parto. Il CTU è anche stato chiamato a chiarimenti all'udienza del 23-1-14 e, in seguito, ha depositato relazione integrativa della CTU (dep. 2-10-2014).

Ordinariamente, nel momento in cui un paziente viene ricoverato per un intervento chirurgico o per un parto (come nel caso di specie) insorge, o per effetto di una espressa pattuizione negoziale o quale conseguenza giuridica del contatto sociale così instaurato con l'ospedale e con il personale sanitario ivi operante, una obbligazione, di fonte e natura negoziale, di natura complessa afferente per un verso all'obbligo (della casa di cura e del medico) di assicurare una prestazione sanitaria adeguata sul piano professionale e, dunque, diligente e caratterizzata da sufficiente perizia e, per altro verso, una prestazione di c.d. "spedalità", concernente la fornitura di adeguati servizi accessori (alloggio, vitto, personale infermieristico e di assistenza, materiali e medicinali o macchinari diagnostici e chirurgici idonei ecc.): la responsabilità di entrambi i soggetti va quindi ordinariamente inquadrata nella fattispecie di cui all'art. 1218 c.c. (cfr. Cass., Sez. Un., n. 577 del 11/01/2008).

In generale, quindi, la casa di cura (o l'ente ospedaliero) – se ed in quanto il contenuto delle obbligazioni negozialmente o di fatto, attraverso il contatto sociale assunte sia quello complesso sopra descritto – può rispondere nei confronti del paziente tanto dell'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, quanto, ai sensi dell'art. 1228 cod. civ., dell'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario, "*... quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto*" (cfr., Cass., Sez. 3, n. 1698 del 26/01/2006).

Dalla qualificazione della responsabilità dei medici e della struttura sanitaria come responsabilità di tipo contrattuale consegue, ai fini del riparto dell'onere probatorio, che l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento), nonché il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento impreveduto e imprevedibile (così in generale Cass., Sez. U, n. 577 del 11/01/2008; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

La giurisprudenza ha inoltre avuto modo di precisare che l'appena richiamato riparto dell'onere probatorio – costituente peraltro applicazione alla peculiare tipologia di casi delle generali regole in tema di responsabilità da inadempimento delle obbligazioni ex negotio – non subisce deroghe



nemmeno quando l'intervento o l'attività diagnostica sia stata di speciale difficoltà, in quanto "l'esonero di responsabilità di cui all'art. 2236 cod. civ. non incide sui criteri di riparto dell'onere della prova", ma opera esclusivamente nella definizione dei parametri di valutazione (diligenza professionale) del sanitario, limitando la responsabilità ai soli casi di colpa grave (e plurimis, chiaramente: Cass., Sez. 3, n. 24791 del 08/10/2008).

È quindi ormai principio consolidato che nell'ambito della responsabilità medica l'onere della prova della causalità tra la condotta del medico allegata come negligente ovvero imperita, ovvero comunque inosservante delle *leges artis*, e l'evento è posta a carico del paziente danneggiato: e ciò, quale conseguenza dei normali criteri di riparto dell'onus probandi tipici della responsabilità contrattuale.

Sicché, è stato in generale chiarito che "nell'attività medico-chirurgica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e/o del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

L'attore danneggiato è, invece, corrispondentemente esonerato dal provare la negligenza del sanitario: si può infatti limitare ad allegare condotte imperite attive od omissive del medico, quali species dell'inadempimento agli obblighi assunti con il contatto negoziale ovvero con il contratto di ospedalità, consistenti nella prestazione di assistenza diagnostica e terapeutica conformata alla miglior scienza ed esperienza ed alla perizia richiesta dalla natura e caratteristiche degli interventi necessari, ovvero comunque alla particolare situazione clinica-patologica.

È, per contro, onere del medico provare che l'inadempimento è stato dovuto a causa non imputabile a propria negligenza o imperizia; in altri termini, "la presunzione di colpa dalla quale, ai sensi dell'art. 1218 c.c., è gravato il medico nei confronti del paziente che ne invochi la responsabilità professionale, può essere superata dal sanitario dimostrando che l'insuccesso dell'intervento sia dipeso da un evento imprevedibile e non prevenibile con l'uso dell'ordinaria diligenza da lui esigibile" (cfr. Cass., Sez. 3, n. 12274 del 07/06/2011; v. anche Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Se questi principi valgono in generale, essi, nella loro declinazione applicativa, necessitano di specificazioni logiche differenziate, per quanto concerne la struttura dell'argomentazione dimostrativa e della valutazione delle evidenze probatorie emergenti dall'istruttoria, in relazione alla duplice tipologia delle possibili forme di responsabilità medica: la responsabilità commissiva e quella omissiva. Infatti, nel caso della responsabilità commissiva (per un intervento che abbia peggiorato la salute del paziente, per l'erronea somministrazione di un farmaco ecc.) il paziente attore potrà allegare una condotta (attiva appunto) del medico oggetto di possibile effettivo riscontro nella realtà della quale predicherà la natura negligente, essendo, poi, tenuto a dimostrare il rapporto eziologico tra tale condotta materialmente esistente e il risultato lesivo.

Nell'assolvimento, poi, di tale suo onere probatorio potrà avvalersi del criterio dimostrativo - attinente sempre alla probabilità logica - del "più probabile che non"; essendo dunque necessaria, ma anche sufficiente, la dimostrazione, alla stregua dell'evidenza probatoria disponibile, che in assenza della condotta commissiva, le probabilità di uno sviluppo delle condizioni della paziente o delle condizioni iniziali (esclusa la condotta imperita del sanitario) fausto per il paziente sarebbero state maggiori di



quelle di un esito comunque pregiudizievole; per affermarsi come accclarato, ai fini della responsabilità civile, la circostanza che tale condotta sia stata condicio sine qua non dell'evento lesivo (su tale criterio di prova della causalità, in sede civile Cass., Sez. 3, n. 16123 del 08/07/2010; Sez. 3, n. 10741 del 11/05/2009; nonché Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Viceversa, in ipotesi di causalità omissiva pura (peggioramento o mancato miglioramento delle condizioni di salute del paziente determinate, in tesi da una omissione diagnostica o terapeutica del sanitario) lo stesso nesso causale va verificato nei rapporti tra la condotta omissiva e l'evento: tuttavia la prima, l'omissione, risulta naturalisticamente un "nihil" un elemento inesistente nel decorso eziologico reale (empiricamente verificabile) produttivo dell'evento lesivo. Il ragionamento probatorio deve strutturarsi, perciò, intorno a proposizioni controfattuali di tipo ipotetico – sia pur sempre strutturate secondo la formula logica approntata dalla condicio sine qua non – del tipo: "se fosse stata posta in essere la condotta terapeutica/diagnostica A, allora non si sarebbe verificato l'evento E" (formula negativa); o "se non fosse stata posta in essere la condotta terapeutica/diagnostica A, allora si sarebbe verificato l'evento E" (v. in generale sull'utilizzo della formula logica condizionalistica per strutturare l'argomento di prova in tema di causalità materiale: Cass., Sez. 3, n. 11609 del 31/05/2005). Tali proposizioni, in cui sia la protasi (che ipotizza la esistenza nella situazione iniziale data di una azione in realtà mai storicamente verificatasi), sia la apodosi (si ipotizza inesistente l'evento E in realtà verificatosi) da un lato guidano la ricostruzione probatoria del nesso causale: intorno a tali ipotesi logico-esplicative va condotta la indagine dell'evidenza empirica relativa alla eziologia dell'evento.

Dall'altro, nel caso di incertezze sulla ricostruzione del nesso eziologico, ossia nel caso in cui non possa addivenirsi, sulla base dell'evidenza disponibile ad una risposta positiva – in termini di maggior probabilità che non – alla verifica della ipotesi suindicata, andrà calata la applicazione ai questa tipologia di casi della regola del riparto dell'onus probandi.

Allora, proprio perché nel campo della responsabilità contrattuale, l'onere della prova della causalità incombe comunque sul danneggiato, la dimostrazione della verità o falsità della proposizione relativa all'efficacia sull'eziologia reale della malattia o dell'evento pregiudizievole per la integrità psicofisica deve essere dal medesimo fornita, identificandosi con lo stesso nesso causale tra la condotta e l'evento. Peraltro tale conclusione non comporta, a ben vedere, uno stravolgimento della regola del riparto, indebitamente gravando il danneggiato- attore della prova della sussistenza della colpa in capo al medico o sanitario asseritamente imperito.

La condotta omessa da tener presente nel ragionamento suindicato, come elemento della protasi della citata proposizione ipotetica, è un dato puramente oggettivo e si identifica con la omissione allegata dall'attore-danneggiato: consiste, in altri termini, con l'inadempimento (omessa cura, omessa diagnosi, omesso o ritardato intervento terapeutico anche conseguente alla ritardata diagnosi) addotto da parte attrice (v. in tal senso Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009).

Rimane, per converso, impregiudicata la presunzione relativa alla imputabilità per colpa (negligenza o imperizia professionale) di tale omissione al convenuto- professionista sanitario; quest'ultimo, convenuto in giudizio, potrà vincere tale presunzione semplice, mediante la prova della correttezza delle modalità diagnostiche e terapeutiche seguite; ovverosia della non imputabilità a colpa dell'inadempimento (omissione diagnostica o terapeutica) o, ancora, della insussistenza della omissione addebitata (effettuazione di ogni azione, manovra o prescrizione, in concreto e data la situazione del paziente e le emergenze cliniche disponibili e accertabili con la ordinaria diligenza del professionista appartenente alla categoria).



Orbene ciò significa che, nell'ambito dell'accertamento della responsabilità civile da colpa contrattuale (ed in specie da inadempimento professionale dei sanitari), è imprescindibile la logica scissione tra il momento della verifica della relazione eziologica tra la condotta omissiva (benché avvalendosi di ipotesi formulate sulla base della condotta attiva in tesi dovuta ed omessa) e l'evento – attinente al momento oggettivo della fattispecie –, da un lato, e la verifica dell'evitabilità del fatto lesivo e/o dell'inadempimento ad opera della condotta diligente o perita esigibile nella data situazione concreta – attinente al momento soggettivo della colpa del sanitario (su tale distinzione tra le varie componenti del fatto illecito e i diversi livelli del nesso di causalità materiale o giuridico v. Cass., Sez. 3, n. 7997 del 18/04/2005).

Infatti, gli eventuali dubbi – residuanti all'esito dell'istruttoria, anche tecnica – circa la effettiva efficacia impeditiva (se non superabili secondo il criterio logico-argomentativo del più probabile che non) ricadono a carico (e a sfavore) dell'attore – paziente danneggiato, onerato della prova del nesso eziologico; i dubbi attinenti all'evitabilità dell'inadempimento e del fatto lesivo mediante l'impiego della debita diligenza o perizia, ovvero di comportamento adeguato alle *leges artis* in concreto confacenti alla situazione clinico-patologica del paziente, invece, rimangono a carico del professionista (e della azienda sanitaria pubblica o privata da cui questi dipende), stante la presunzione di colpa di cui all'art. 1218 c.c., da superarsi ad opera del debitore-danneggiante, mediante adeguata prova.

Invero, anche le ipotesi in cui apparentemente la Suprema Corte sembra gravare il medico della prova circa l'efficacia impeditiva della condotta perita o diligente non tenuta, a ben vedere, in realtà, sono tutti casi in cui si il fatto-inadempimento addebitato al medico o ai sanitari aveva natura commissiva (v. infatti ad esempio Cass., Sez. 3, n. 14759 del 26/06/2007, secondo la quale “è viziata la decisione la quale escluda il nesso causale per il solo fatto che il danno non potesse essere con certezza ascritto ad un errore del sanitario”; Cass., Sez. 3, n. 975 del 16/01/2009); in tali casi, invero il dubbio sulla ascrizione dell'evento all'errore del sanitario concerne il solo nesso (di evitabilità) tra la colpa (negligenza o imperizia) del medico e l'evento, quando risulti comunque già provata la causalità materiale tra condotta (si è detto, in realtà, attiva) ed evento: giustamente, allora, la stessa Suprema Corte chiarisce che il nesso eziologico (oggettivo) “deve sussistere non già tra l'errore ed il danno, ma tra la condotta ed il danno, mentre la sussistenza dell'eventuale errore rileverà sul diverso piano della imputabilità del danno a titolo di colpa” (così letteralmente Cass., Sez. 3, n. 14759 del 26/06/2007).

Pertanto la prova del rapporto causale tra il ritardo nella diagnosi di una patologia e gli eventi lesivi o il peggioramento delle condizioni del paziente (condotta di natura strutturalmente omissiva e l'evento) deve seguire i sopradescritti principi.

È stato infatti – con massima condivisibile per le ragioni più sopra esposte – che l'affermazione della responsabilità del medico per i danni asseritamente causati dalla ritardata esecuzione di manovre o interventi terapeutici e/o diagnostici, “esige la prova - che dev'essere fornita dal danneggiato - della sussistenza di un valido nesso causale tra l'omissione dei sanitari ed il danno”; precisandosi peraltro che “tale prova sussiste quando, da un lato, non vi sia certezza che il danno [...] patito [...] sia derivato da cause naturali o genetiche e, dall'altro, appaia più probabile che non, che un tempestivo o diverso intervento o da parte del medico avrebbe evitato il danno ...”.

Nell'esame del nesso causale e della colpa addebitata ai sanitari nel caso attualmente sub iudice potranno, dunque, seguirsi gli specifici criteri probatori appena ricordati.

Costituiscono fatti pacifici (anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 115 c.p.c., e comunque oggetto di prova documentale in virtù del diario clinico e della documentazione medica versata in atti



- Lo stato di gravidanza della signora [REDACTED] a far tempo dai primi mesi dell'anno 2000, seguita dal Servizio di Assistenza Ostetrica [REDACTED] ne la sottoponeva a visite di controllo periodiche rispettivamente in data: 9.3.2000, 28.3.2000, 6.5.2000, 26.5.2000, 15.7.2000, 26.8.2000, 4.20.2000 e a successivi esami ecografici in data 7.4.2000 e 19.6.2000; gli esiti di tali visite e controlli diagnostici erano regolari; nessuna annotazione specifica veniva effettuata circa problemi manifestati o evidenziati nel feto; anche gli esami sierologici e microbiologici eseguiti non davano atto della presenza di alcunché degno di nota (v. anche pag. 5 CTU);
- Il ricovero nel corso della mattinata del 20.10.2000 della signora [REDACTED] presso l'Arcispedale [REDACTED] in quanto la stessa si sarebbe accorta di "sentire poco i movimenti del bambino"; la diagnosi di ricovero da atto della "gravidanza a termine presentazione cefalica, accertamenti" in quanto sarebbe stata opportuna la induzione del travaglio "essendosi rilevato un CTG sospetto"; non fu però possibile effettuare a questo punto una ecografia completa posto che la valutazione venne interrotta dal marito della signora [REDACTED] cartella clinica agli atti);
- Conseguentemente dopo l'effettuazione di esami CTG la signora [REDACTED] chiedeva di essere dimessa dal reparto di Ginecologia 2, dove era stata ricoverata, e, alle ore 20.30 veniva ricoverata immediatamente presso il reparto di Ginecologia 1 dell'Arcispedale;
- All'ingresso nel reparto di Ginecologia 1 risulta la sussistenza di "seconda gravidanza, con presentazione cefalica e pregressa MEF"; alle ore 22 40 viene rilevato un collo utero centralizzato appianato dilatato di 5 cm "vertice adattato a alla parte alta dello scavo"; venne quindi praticata una amnioressi che diede esito alla "fuoriuscita di LA tinto di meconio, grado 3 in normale quantità, BCF regolare"; ancora alle ore 23.45 il BCF era regolare e si dava atto di ulteriore dilatazione a 7 cm, con dilatazione completa poi conseguita alle ore 0020 del giorno successivo, sempre essendo il BCF regolare;
- Il parto avvenne alle ore 00.30 del 22-10-2000, per espulsione spontanea; il neonato era completamente rivestito di meconio, che era presente in quantità abbondante anche nel cavo orale e nell'orifizio tracheale; pertanto, essendo stata necessaria la intubazione, il piccolo venne ricoverato immediatamente nel reparto di terapia intensiva neonatale per "asfissia neonato a termine" e ivi ricoverato fino al 21.12.2000 con diagnosi di dimissione di "grave encefalopatia ipossico-ischemica neonatale - crisi convulsive neonatali - ipocalcemia ed iponatremia transitorie - Anemia neonatale". L'obiettività neurologica "evidenziava un quadro di grave compromissione piramidale, caratterizzato da scarsa motricità spontanea ed ipotonia assiale".

Parte attrice, nei propri atti difensivi, ed a mezzo della perizia del proprio consulente di parte (che ha ribadito tali valutazioni anche nel corso del contraddittorio tecnico) ha sostenuto che causa del concreto stato di encefalopatia conseguito al piccolo [REDACTED] sarebbe stata una duplice omissione dei sanitari del reparto di Ginecologia dell'Arcispedale convenuto: i) riconducibile ad errore diagnostico, per non aver correttamente interpretato il tracciato cardiocografico già patologico a partire dalle ore 22.30 del 21-10-2000; ii) riconducibile poi ad errore terapeutico, per non aver programmato un diverso *timing* del parto, attraverso l'espletamento di parto cesareo.



Il CTU ha acclarato che sicuramente il neonato ha presentato alla nascita un quadro di "paralisi cerebrale, con grave deficit motorio ed ipotonia assiale" che lo conduceva alla morte poi avvenuta in Pakistan in data 22.11.2007 (v. CTU pag. 19).

All'esito della Consulenza tecnica di ufficio è possibile negare che sia stata raggiunta la prova (di cui era onerata parte attrice) circa la connessione causale tra le omissioni allegate attribuibili in ipotesi al personale medico e/o ostetrico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova e l'evento generatore di danno.

In proposito, è essenziale – per determinare l'efficacia causale di tali omissioni, costituenti condizioni negative dell'evento ipotizzate da parte attrice – ricostruire il decorso eziologico reale della patologia encefalopatica neonatale diagnosticata al piccolo [REDACTED]; in particolare occorre chiarire se il danno cerebrale e la anossia fosse insorta al momento del parto ovvero successivamente.

Infatti, all'esito della istruttoria tecnica è indubbio che il decorso eziologico reale si sia dipanato nei sotto-eventi costituiti: 1) dalla insorgenza di ipossia cerebrale, 2) da conseguente condizione di anossia e 3) dalla paralisi encefalica grave, che ha condotto poi, sia pure dopo alcuni anni, alla morte del bambino.

Il CTU ha apportato una serie di dati empirici importanti al fine di determinare il momento della verifica dello stato di encefalopatia e di ipo-ossigenazione cerebrale afferenti: a) a leggi scientifiche epidemiologiche, di tipo statistico, generali circa la incidenza delle cause di morte neonatale e disabilità neurologica nel bambino; b) a leggi scientifiche di tipo clinico concernenti gli indicatori della natura *intra partum* o meno delle patologie encefaliche; c) a leggi scientifiche di tipo clinico afferenti gli indici di individuazione della sofferenza fetale.

- a) Quanto al primo profilo risulta statisticamente che, nei nati prematuri, "la cerebropatia e gli handicap neurologici riconoscono prevalentemente come causa l'im maturità stessa e le difficoltà di adattamento neonatale, mentre nei nati a termine o presso il termine (37/41 settimane) l'eziologia è da ricondursi a condizioni cliniche insorte durante la gravidanza, in massima parte a ridosso del parto e prima del travaglio..." solo un "limitato numero di casi di cerebropatia è ascrivibile ad un episodio di ipossiemia acuta *intrapartum*, storicamente ritenuta causa quasi esclusiva di tale patologia"; in particolare ciò si verifica solo nel 6% dei nati a termine nei quali si riscontra un episodio acuto di ipossiemia (v. CTU pag 20 e letteratura medica ivi citata).
- b) Quanto al secondo profilo, il CTU ha richiamato la sussistenza di una serie di criteri elaborati dalla ACOG e tesi ad accertare la riconducibilità eziologica o meno della cerebropatia diagnosticata in un neonato ad asfissia in fase di travaglio o di parto. Secondo la prima versione (risalente al 1994) di tale criteriologia essi, che dovrebbero presentarsi cumulativamente, al fine di una persuasione (anche se necessariamente probabilistica) della riconducibilità causale alla fase *intra partum* dell'asfissia sarebbero: 1) la profonda acidemia con acidosi metabolica fetale; 2) Apgar score compreso tra 0 e 3; 3) evidenza di sequele neurologiche tra cui coma ipotonia ecc. (v. pag. 21 CTU).

Secondo la versione del 1998 di tale criteriologia (v. anche la copia della letteratura in lingua inglese del testo A template prodotto dal CTP attore pag. 1056) vi sarebbero 3 indici essenziali che dovrebbero essere tutti presenti perché possa collocarsi *intra partum* la causa della ipossia. In caso contrario infatti ciò suggerisce fortemente che la causa della patologia cerebrale non sia



stata la ipossia *intra partum* (si cita il testo in inglese *it strongly suggests that intrapartum hypoxia was not the cause of the cerebral palsy*). Si tratta in specie di : 1) evidenza di acidosi metabolica, 2) inizio precoce di encefalopatia moderata o severa; 3) paralisi cerebrale di tipo quadriplegico. Vi sono poi criteri aspecifici di per sé stessi (altri 5) della collocazione *intra partum* la cui presenza congiunta impone di verificare se la ipossia sia stata acuta o cronica al fine di definire la collocazione cronologica del parto. In mancanza di uno solo di essi, invece, la collocazione cronologica della causa del danno neurologico risulta dubbia (v. testo inglese citato dal CTP attoreo). I criteri sono: 4) evento sentinella di ipossia verificatosi subito prima o dopo il parto; 5) rapido e duraturo deterioramento delle caratteristiche della frequenza cardiaca fetale; 6) Apgar score compreso tra 0 e 6; 7) precoce evidenza di compromissione multisistemica; 8) evidenza precoce strumentale di anomalie cerebrali acute.

Secondo il CTU tutti i 5 criteri debbono essere simultaneamente presenti (V. pag. 22 CTU): tale considerazione tecnica, contenuta nella relazione, non può essere considerata una erronea interpretazione della letteratura scientifica cui hanno fatto riferimento sia il CTU che il CTP attoreo (che sul punto ha svolto piccata critica): infatti, semmai il CTU, ha dato una indicazione ellittica e sintetica sul punto, ma il senso della sua affermazione, circa i 5 criteri indicativi è sicuramente precisa; vale a dire che, per la letteratura scientifica citata, in assenza di anche solo uno degli indicatori, vi è dubbio sulla collocazione *intra partum* della eziologia del danno cerebrale. Quindi, in modo del tutto logico, il CTU ha potuto affermare che, ai fini dell'accertamento necessario per rispondere al quesito peritale, solo la presenza di tutti quei 5 indici sarebbe stata significativa per una valutazione certa o altamente probabile. La osservazione del CTP di parte attrice è quindi sul punto del tutto infondata.

Il CTU ha acclarato che, nel caso in oggetto, di tutti (gli 8 criteri) della ACOG sopradescritti era presente esclusivamente quello della "precoce evidenza di danno neurologico" essendo il solo ad essere rispettato, non essendo presente: né la lesione multiorgano, né valori di apgar indicativi e le frequenze cardiache fetali emergono da tracciati cardiocografici dimostranti "fin dal momento del ricovero una variabilità ridotta" "senza il ripetersi di decelerazioni profonde e ripetitive e/o di bradicardie", venendo così meno anche il criterio ACOG sentinella (v. pag. 23 Relazione).

Secondo il CTP attoreo, il CTU avrebbe tralasciato completamente il criterio n. 3 (paralisi cerebrale di tipo tetraplegico): in realtà, quand'anche fosse sussistente tale criterio la assenza di altri (che nemmeno il CTP attoreo segnala nelle proprie osservazioni), non potrebbe pervenirsi ad esiti diversi, perché solo la presenza di tutti i primi tre fattori essenziali (e non di uno solo) potrebbe portare a valutazione eterogenea e inversa rispetto a quella espressa dal CTU circa la collocazione temporale della causa della cerebropatia neonatale, proprio secondo la stessa miglior letteratura citata dall'ausiliario tecnico e dal CTP.

Inoltre, non è affatto vero che il CTU abbia mutato il criterio indicativo non essenziale n. 8 (evidenza di danno neurologico precoce) in una evidenza della collocazione ante partum e non intra partum della causa della patologia (come invece sostiene parte attrice): infatti, come si è sopra chiarito, il CTU esamina l'indicatore – che rileva presente nei dati clinici – ma afferma la insufficienza dello stesso, da solo preso o considerato insieme alle altre evidenze disponibili, ad affermare la riconducibilità alle modalità e timing del parto del pregiudizio neonatale sofferto dal piccolo [REDACTED]



Il CTU infine, quanto alla acidosi metabolica, ha spiegato che il valore del pH del sangue del nascituro – sia pur con i limiti delle modalità di prelievo in uso nel 2000 – risultava dalle misurazioni con un “valore assolutamente normale, con assenza di deficit di basi”.

Ciò conduce: i) non solo ad escludere ogni invalidità della CTU per nullità dovuta a voluto o gravemente colposo travisamento della letteratura di riferimento da parte dell’ausiliario tecnico del Tribunale; ii) ma anche ad escludere ogni illogicità o non plausibilità di quanto valutato dal CTU.

- c) Quanto all’ultimo profilo, il CTU ha individuato la presenza di una serie di elementi, nelle evidenze cliniche disponibili in atti, tali da far “ritenere che la sofferenza fetale sia iniziata già prima dell’ingresso della sig. ra [redacted] in ospedale” vale a dire (v. pag. 24 Relazione): 1) i segni di sofferenza fetale come la riduzione dei movimenti attivi fetali e il tracciato cardiocografico variabile, già presenti al momento del ricovero; 2) la rilevazione di liquido amniotico fortemente tinto di meconio, in quanto, mentre in condizioni di normalità il liquido dovrebbe essere limpido, proprio la anossia del feto intrauterina induce “peristalsi intestinale, rilasciamento degli sfinteri ed emissione anticipata di meconio con gasping in utero e aspirazione dello stesso nei polmoni del feto”; 3) la sussistenza di importante edema cerebrale con annullamento degli spazi ventricolari “reperto che compare generalmente tra le 24 e le 36 ore dopo un evento lesivo”; 4) l’iposviluppo fetale del piccolo riscontrato solo dopo la nascita.

Il CTU ha risposto poi puntualmente a ogni osservazione posta nel corso del contraddittorio peritale ed in specie

- 1) con riguardo alla tempistica di comparsa dell’edema cerebrale ha affermato che lo stesso presente intervallo, normalmente uguale o superiore alle 24 ore. E che tale condizione è accertabile mediante ecografia essendo la comparsa dei segni di ischemia riconducibile al periodo tra le 24 e le 36 ore (v. pagg. 28 e 29). Il CTP attoreo sul punto, dopo la conclusione del contraddittorio peritale ha ribadito che il CTU avrebbe erroneamente citato la letteratura scientifica di riferimento (ed in particolare uno studio dell’Università di Ferrara). In proposito deve dirsi che tale osservazione non coglie nel segno, in quanto il CTU, già nella precedente risposta alla osservazione dell’ausiliario attoreo, aveva citato ampia letteratura a proprio sostegno, anche diversa dalle risultanze della citata ricerca ferrarese (v. pagg. 30 e 31 CTU);
- 2) in ordine alla crescita fetale il CTU ha chiarito come sia possibile (v. pag. 31-32 relazione) accertare tramite ecografia lo stato di sviluppo del feto. Ha anche chiarito come il misconoscimento, fino alla nascita, dell’iposviluppo, nel caso di specie non sia riconducibile ad una omissione dei medici in quanto fu la stessa paziente e il marito a rifiutare un completo esame ecografico (parrebbe per ragioni etico-religiose).
- 3) il CTU in modo logicamente ineccepibile ha risposto alla osservazione relativa alla valutazione dei tracciati cardiocografici in quanto ha spiegato che, siccome al momento del ricovero il tracciato era tale da far supporre una sofferenza del feto e “tali caratteristiche” del tracciato “non sono cambiate durante il travaglio”, fosse “lecito supporre uno stato di stabile sofferenza cronica”. Ad avviso del Tribunale tale considerazione è essenziale ed esaustiva: se infatti il problema (percepito anche dalla gestante, che ha sentito il bambino non muoversi molto) si è verificato prima del ricovero, e i tracciati cardiocografici dal ricovero in poi sono rimasti simili, tale situazione risulta indice convincente della assenza di condizioni positive di



alterazione dei tracciati verificatesi in corso del ricovero presso l'Arcispedale. Una facile deduzione logica comporta pertanto la riconducibilità della sofferenza, di cui il tracciato alterato (fin dal ricovero) è sicuro indicatore diagnostico (tanto per il CTU che per il CTP attoreo) in epoca antecedente.

In ogni caso, tutte le osservazioni (v. appena sopra da 1 a 3) richiamate da ultimo al più hanno ad oggetto la parte della CTU nella quale si individuano gli indici positivi di collocazione *ante partum* della sofferenza cerebrale: in realtà, quindi, nulla spostano (a prescindere dal fatto di essere infondati per le ragioni anzidette) circa la insussistenza di indicatori sufficienti, alla stregua delle leggi scientifiche cliniche meglio conosciute, per la collocazione *intra partum* della lesione (v. supra sub b).

Al proposito risulta anche del tutto superata, in quanto incoerente con la struttura logica delle valutazioni del CTU, la osservazione secondo la quale l'ausiliario tecnico avrebbe rovesciato la portata del criterio della "evidenza precoce strumentale di anomalie cerebrali acute" da indice debole di danno *intra partum* a indice della opposta collocazione antigrada della eziologia della cerebropatia, attraverso il passaggio da una citazione di letteratura americana sul punto a citazioni di letteratura italiana (lo studio ferrarese di cui sopra). A ben vedere la critica non coglie nel segno: il CTU in realtà chiarisce il passaggio dalla disamina dei criteri (di fonte ACOG) circa la evidenza clinica della lesione *intra partum* a quella della sussistenza di indicatori, di rilievo medicolegale circa una diversa ricostruzione eziologica. Quindi la citazione di certa letteratura per sostenere il primo aspetto (v. sub b) della disamina tecnica, e di altra letteratura per sostenere altro aspetto (v. sub c) della valutazione medicolegale, non può essere sintomo di illogicità. Peraltro il criterio su cui si appunta la critica del CTP attoreo non è certo l'unico utilizzato dal CTU come elemento indicatore della collocazione *ante partum* del danno: ve ne sono molti altri ed è ovvio che, correlato a tali ulteriori elementi positivi, anche un aspetto o elemento, che in altro contesto di evidenze probatorie potrebbe assumere un certo valore, possa, invece acquisire una portata euristica differente; non da solo beninteso, ma in correlazione ad altri elementi, può ben logicamente condurre ad esiti di segno divergente.

Da ultimo, occorre considerare che il CTU ha svolto valutazioni integrative circa la eventuale portata della valutazione del ph del sangue escludendo che ciò avrebbe potuto modificare le conclusioni di accertamento in ordine alla causa della patologia neurologica (v. integrazione della CTU medicolegale in atti dep. il 2-10-2014): nessuna osservazione è stata svolta sul piano tecnico a tali considerazioni integrative.

In definitiva devono condividersi le valutazioni del CTU, secondo cui, nel caso di specie, "non vi sono elementi idonei e sufficienti per attribuire la causa della paralisi cerebrale del piccolo [redacted] cause *intra partum*, anzi vi sono sufficienti elementi per ritenere che la sofferenza fetale fosse già presente ben prima del ricovero della sig.ra [redacted] in ospedale" (v. pag. 27 Relazione).

Dal punto di vista della valutazione probatoria strettamente giuridica deve quindi considerarsi che

- sussistono plurimi elementi per rendere improbabile la collocazione *intra partum* del danno neonatale: a) la scarsità statistica di lesioni neurologiche causate da eventi verificatesi *intra partum* nei neonati (solo il 6%) il che depone per una probabilità statistica contraria alla tesi della eziologia *intra partum* della lesione; b) la insussistenza degli elementi sufficienti per la



collocazione cronologica *intra partum* della lesione secondo la letteratura scientifica internazionale essendo integrato solo uno dei criteri indicativi (o al massimo un paio se si accede alle considerazioni del CTP attoreo) non essenziali e non essendo integrato, per contro, nessuno dei criteri clinici essenziali per avere la certezza di una anossia *intra partum*;

- sussistono inoltre elementi, (v. *supra*, sub c) plurimi e concordanti tra loro, emergenti dai dati clinici, che fanno collocare in un'epoca anteriore al ricovero il verificarsi delle condizioni di anossia cerebrale che hanno causato la cerebropatia manifestata nel neonato.

Già solo gli elementi di cui al primo punto dovrebbero condurre, comunque, a ritenere non assolto l'*onus probandi* incombente a parte attrice di dimostrazione del collegamento causale tra il dedotto inadempimento (omissione diagnostica colposa e omesso parto cesareo) e l'evento lesivo: se infatti non è da un punto di vista logico oltre che statistico, nel caso di specie, maggiormente probabile l'ipotesi di una collocazione *intra partum* della lesione è evidente che, rispetto ad una patologia già conclamata e irreversibile nessun effetto avrebbe potuto avere (né positivo né negativo) l'attività diagnostica o terapeutica del personale dell'Arcispedale.

Inoltre la sussistenza di una probabilità statistica favorevole alla collocazione tendenzialmente *ante partum* (da un punto di vista epidemiologico) delle lesioni neurologiche neonatali, unita alla insussistenza (quasi totale: un solo indice, o al massimo due) degli indici di collocazione *intra partum* della sofferenza cerebrale – noti alla miglior letteratura scientifica (sulla cui validità euristica concordano tanto il CTU quanto i CTPP) – conducono a rendere, già da soli considerati, logicamente più plausibile la collocazione *ante partum* delle lesioni. A maggior ragione ciò deve inferirsi correlando gli elementi di prova appena esposti con i plurimi indizi positivi (rimarcati dal CTU con ampia e apprezzabile disamina) circa la anteriore collocazione del momento cronologico di insorgenza della neuropatia cerebrale.

Sussiste quindi addirittura prova positiva della insussistenza di nesso causale tra le pretese omissioni dei sanitari e l'evento.

Ad abundantiam si osserva che il CTU ha anche escluso ogni profilo di colpa dei sanitari nella omessa disposizione del parto cesareo: ha affermato l'ausiliario tecnico che “durante il travaglio non esistevano elementi tali da giustificare scelte terapeutiche diverse da quelle seguite, in particolare non esistevano chiari elementi che indicassero la necessità di estrazione a mezzo cesareo”.

Non sussiste quindi la prova del nesso causale tra inadempimento e danno. Sussiste anzi prova della natura non negligente o imperita delle omissioni lamentate da parte attrice.

La domanda va quindi rigettata.

Le spese, tenuto conto della inapplicabilità a questo grado di giudizio della novellazione introdotta all'art. 92 c.p.c. dalla legge 162/2014, possono integralmente compensarsi: ex ante per gli attori non era possibile individuare l'esito del giudizio e quindi sussistono gravi motivi per la compensazione delle spese di lite.

Tenuto conto invece che la CTU ha escluso la fondatezza delle allegazioni attoree le relative spese vanno poste integralmente a carico degli attori.

P.Q.M.



Sentenza n. 836/2015 pubbl. il 30/05/2015

RG n. 8724/2010

Repert. n. 1786/2015 del 01/06/2015

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

1. Rigetta ogni domanda attorea.
2. Compensa integralmente le spese di lite tra le parti.
3. Pone definitivamente a carico di parti attrici le spese di CTU come già liquidate in corso di causa.

Così deciso in Reggio Emilia, il 25 maggio 2015

Il Giudice
dott. Luca Ramponi

1786/2015

