

PROCURA GENERALE DELLA REPUBBLICA  
PRESSO LA CORTE D'APPELLO

## IL PROCURATORE GENERALE

Visto il provvedimento di avocazione emesso dall'Avvocato Generale, ai sensi dell'art. 412 comma 2 c.p.p., il 21 luglio 2016 in ordine al procedimento n. \_\_\_\_\_ a carico di \_\_\_\_\_ ed altri per il reato di cui all'art. 589 c.p. in danno di \_\_\_\_\_, deceduto il 2 agosto 2014;

preso atto che il P.G. presso la Corte di Cassazione, su reclamo del P.M. \_\_\_\_\_, ha revocato per omessa motivazione tale decreto di avocazione;

considerato che quest'Ufficio intende reiterare il provvedimento di avocazione espone quanto segue:

Il P.M., con provvedimento del 14 settembre 2015 ha richiesto l'archiviazione del procedimento affermando che non appariva dimostrabile il nesso di causalità tra la morte del neonato, \_\_\_\_\_, e le numerose condotte colpose poste in essere dai sanitari della \_\_\_\_\_ sotto un duplice profilo; in particolare, a) nella gestione del parto con taglio cesareo programmato, anticipato alla 37<sup>a</sup> settimana, in mancanza di qualsiasi *condizione materna o fetale che richiedesse l'anticipazione del taglio cesareo*; b) successivamente al parto, nella non corretta gestione del neonato, che aveva manifestato *sindrome da distress respiratorio (SDR)*.

La lettura della consulenza tecnica collegiale conferita dallo stesso P.M. e degli altri atti contenuti nel fascicolo offre invece importanti elementi di valutazione non in linea con le conclusioni raggiunte dal P.M., che pertanto non appaiono condivisibili da quest'Ufficio.

I Consulenti hanno individuato la causa del decesso del neonato in un *<pneumotorace bilaterale e tamponamento cardiaco in un neonato "early term" (37 settimane), con insorgenza di distress respiratorio a poche ore dal parto cesareo>*.

Gli accertamenti da loro svolti hanno posto in luce che il \_\_\_\_\_ (medico chirurgo specializzato in Ostetricia e Ginecologia), aveva prospettato alla paziente, \_\_\_\_\_, un parto cesareo programmato, anticipato alla 37<sup>a</sup> settimana, da eseguirsi alla fine del mese di luglio 2014, sostenendo che a quella data il peso del

bambino sarebbe stato adeguato e non si sarebbero potute verificare anomalie di sorta. Pertanto, in occasione dell'ultima visita ginecologica, medico e paziente avevano concordato di procedere al T.C. in una data tra l'1 ed il 3 agosto in quanto il medico sarebbe poi andato in vacanza in epoca successiva. , che già era stata assistita dallo stesso medico in occasione della nascita del suo primo figlio, aveva accettato di procedere al parto anticipato per potersi avvalere del , il quale le aveva sottolineato quanto fosse fondamentale la sua presenza al parto (cfr. lettera manoscritta della in data 6 giugno 2015).

Si rinviene poi in atti un modulo di consenso informato per il taglio cesareo elettivo (composto di pagine 3) sottoscritto in data 1 agosto 2014 alla pagina 3 dalla paziente e dal a pagina 1 di tale atto (ove non risulta apposta alcuna firma o sigla della paziente) viene precisato che per procedere al T.C. l'epoca gestionale deve essere superiore o uguale alle 39 settimane, salvo che considerazioni cliniche (analiticamente elencate) suggeriscano un espletamento più precoce del parto. In fondo alla stessa pagina si legge l'avvertimento sulle possibili *<complicanze respiratorie neonatali>*, che possono insorgere in caso di taglio cesareo eseguito in epoca gestionale inferiore alla 38<sup>a</sup> settimana.

I consulenti tecnici del P.M. chiariscono che nel caso in questione non risultava provata la *<sussistenza di una condizione materna o fetale che richiedesse l'anticipazione del taglio cesareo alla 37<sup>a</sup> settimana. Gli elementi giustificativi del ricorso al taglio cesareo anticipato (prodotti dal nelle S.I.T.) non hanno un riconosciuto valore nella letteratura pertinente, e in cartella clinica non si riscontrano elementi probativi (esami strumentali, valutazione clinica degli ematologi dell'Ospedale , esami ematochimici, ecc) della necessità di anticipare la nascita>*

La relazione tecnica conclude sul punto affermando che *<nella condotta ostetrica (del ) sono ravvisabili elementi di critica, sotto i profili di imperizia e imprudenza nonché inosservanza di linee guida nazionali e internazionali in materia, per aver anticipato il taglio cesareo alla 37<sup>a</sup> settimana senza documentata indicazione materno fetale, e per aver omesso la profilassi della RDS neonatale. Tale condotta ha incrementato il rischio di morbidità respiratoria neonatale di 2-4 fattori e dell'ordine di 5-6 fattori la morbidità respiratoria grave. Questi rischi si sarebbero potuti sostanzialmente annullare posticipando il taglio cesareo a 39 settimane e comunque (sarebbero stati) mitigati dalla somministrazione della profilassi per la RDS neonatale nel caso ipotetico di dover comunque anticipare l'espletamento del parto>* (cfr. pag. 49 dell'elaborato dei C.T)

Va altresì sottolineato che, nonostante la sottoscrizione di tale modulo di consenso, non risulta, tenuto conto della lettera manoscritta consegnata ai C.T dalla , che la stessa sia stata effettivamente informata dal dei gravi rischi cui andava incontro il bambino anticipando il parto senza che vi fossero esigenze cliniche che lo giustificassero.

I consulenti pongono poi in rilievo aspetti non adeguati nel comportamento del (già a 3 ore di vita del neonato); in particolare, pur avendo egli adottato

inizialmente azioni congrue ed efficaci (collocazione del neonato in termoculla con supplemento di ossigeno, tuttavia *<alla luce del quadro clinico ed emogasanalitico, una condotta medica prudente avrebbe consigliato di prendere in considerazione il trasferimento del neonato in una struttura con terapia intensiva neonatale (TIN) (cfr. pag. 51 della relazione).* Il medesimo peraltro continuerà ad omettere colposamente iniziative mediche fondamentali, che gli competevano, anche in occasione del secondo turno che svolgerà il 2 agosto 2014.

Per quanto attiene al \_\_\_\_\_ (di turno dalle ore 20 dell'1 agosto 2014 alle ore 12 del giorno seguente, 2 agosto), il medico ha attuato un trattamento corretto. Tuttavia, osservano i consulenti, *<le condizioni critiche del neonato imponevano la forte raccomandazione al trasferimento in una struttura idonea, attivando lo STEN>*, ossia il Servizio di Trasporto di emergenza Neonatale, posto che l'Ospedale \_\_\_\_\_ non disponeva di Terapia Intensiva Neonatale. Iniziativa che egli non ha adottato.

Nella successiva presa in carico del \_\_\_\_\_, intervenuta alle ore 12 del 2 agosto 2014, viene infine attivato- ma soltanto alle ore 14, 45, quindi tardivamente- il Servizio STEN presso l'Ospedale \_\_\_\_\_. Nel frattempo il neonato, con manovra che i consulenti definiscono *incongrua e prevedibilmente inefficace*, viene stimolato con movimenti delle braccia e delle gambe anziché essere sottoposto al necessario *drenaggio estemporaneo mediante un'ago-cannula*, che consiste in *un atto non routinario nella prassi clinica, ma che deve far parte del bagaglio culturale di un neonatologo di media esperienza*.

Purtroppo, a causa della sequenza di colpose omissioni riconducibili ai medici dianzi menzionati, il personale dello STEN dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ossia la dott.ssa \_\_\_\_\_, che potrà giungere all'Ospedale \_\_\_\_\_ soltanto alle ore 16, 20, troverà il neonato in condizioni gravissime: a quel punto, pur sottoponendolo a manovre adeguate (drenaggio del pneumotorace), non potrà impedirne la morte alle ore 17,45.

Nella C.T. si chiarisce che sul piano clinico è ragionevole ritenere che *il drenaggio del pneumotorace avrebbe rappresentato la manovra elettiva di intervento, associato alle manovre di rianimazione cardio-polmonare praticate (intubazione, ventilazione, complessioni toraciche, somministrazione di adrenalina). La rimozione dell'aria extrapleurica avrebbe infatti potuto migliorare la risposta clinica agli altri interventi rianimatori.*

Invece, *il deterioramento delle condizioni cliniche di \_\_\_\_\_ (bradicardia e desaturazione) non ha ricevuto risposte adeguate (in cartella sono indicati stimoli incongrui: movimenti degli arti, confermati dallo stesso \_\_\_\_\_ nelle S.I.T), ed anche dopo aver ottenuto (i risultati dell'emogas attestanti) grave acidosi metabolica*, non sono state adottate le azioni dovute *in questi casi d'emergenza (intubazione, ventilazione e drenaggio del PNX sinistro). Si è invece atteso l'arrivo dell'anestesista (dott. \_\_\_\_\_) alle ore 15, 20 (oltre 30') per le manovre rianimatorie, e pure l'arrivo dell'equipe dello STEN (oltre 90') per procedere al*



*drenaggio dell'aria libera polmonare (a quel punto PNX bilaterale)...In questo periodo di tempo, l'azione esercitata dal neonatologo di Guardia ( ) non è stata tempestiva, da quanto emerge dalla cartella clinica. Non sono state intraprese manovre di rianimazione adeguate, né è stato effettuato drenaggio estemporaneo del pneumotorace iperteso.*

Va inoltre messo in luce che la dott.ssa , medico chirurgo specializzata in pediatria e neonatologia, inviata dall'Ospedale , ha dichiarato alla P.G.<sup>1</sup> che in occasione della chiamata telefonica ricevuta dall'Ospedale aveva consigliato ai medici di quell'Ospedale, qualora le condizioni cliniche del neonato fossero state critiche, di effettuare *il drenaggio della pleura* in attesa del loro arrivo. Ciò nonostante, quando era poi giunta all'Ospedale , non aveva trovato alcun drenaggio posizionato sul bambino.

Anche la dott.ssa ha confermato che la manovra di drenaggio in questione rientra nelle competenze del medico neonatologo.

Il dott. , medico chirurgo specializzato in pediatria, sentito dalla P.G.,<sup>2</sup> ha candidamente sostenuto che non gli era mai capitato di eseguire manovre di questo tipo, che nella sua esperienza erano sempre state effettuate da medici anestesisti.

Il dott. , anestesista presso l'Ospedale , chiamato d'urgenza presso la neonatologia, vide il neonato alle ore 15, 20 circa: nella circostanza nessuno stava effettuando manovre di rianimazione, che egli invece immediatamente praticò al neonato. Nel frangente, invitò il dott. a drenare il pneumotorace del bambino, ma questi si rifiutò di farlo. Chiese allora all'infermiera di procurargli un'agocannula per effettuare egli stesso il drenaggio. Tale operazione venne infine effettuata dalla dott.ssa nel frattempo sopraggiunta<sup>3</sup>.

I consulenti hanno chiarito che nella grave situazione di emergenza in cui versava il neonato, *la mancanza di esperienza* allegata dal dott. non poteva esonerarlo *dall'effettuazione della predetta procedura salva vita*. Hanno quindi concluso che *il mancato drenaggio tempestivo, da attuarsi a partire dalle ore 14, 45 del 2 agosto 2014, ha ridotto in modo rilevante le chance di sopravvivenza del piccolo paziente*. Non hanno tuttavia ritenuto possibile attribuire con criteri di certezza alla condotta omissiva del sanitario un ruolo causale diretto ed esclusivo nell'evento morte (cfr. pag. 58 e 61 della relazione).

Ritiene quest'Ufficio che la questione riguardante la sussistenza del nesso causale tra la morte del bambino e le condotte colpose dianzi descritte (commissiva per quanto attiene al dott. ed omissive per i medici dott. ) debba

<sup>1</sup> Cfr. sit del 26 novembre 2014

<sup>2</sup> Cfr. SIT del 12 novembre 2014

<sup>3</sup> Cfr. SIT del 14 novembre 2014: secondo il dott. , disse che non si sentiva di effettuare quella manovra perché non l'aveva mai eseguita.

disse che non si sentiva di effettuare quella



essere affrontata in questa sede soltanto con mero riferimento alla più recente giurisprudenza della Suprema Corte in tema di responsabilità medica per trattamenti chirurgici e terapeutici, che ha capovolto l'impostazione tradizionale fondata sul giudizio probabilistico, introducendo, come noto, il c.d. giudizio controfattuale. Ne consegue che il giudice può affermare che un'azione od omissione sono state causa di un evento, soltanto quando, avvalendosi di una legge o proposizione scientifica, pervenga ad una valutazione di tipo probabilistico logico –quindi non soltanto statistico o meramente probabilistico. Il nesso causale può pertanto dirsi sussistente non soltanto in caso di certezza, vera o presunta, ma anche quando tale conclusione sia assistita da un elevato grado di credibilità razionale e purché sia possibile escludere l'efficacia causale di diversi meccanismi eziologici.

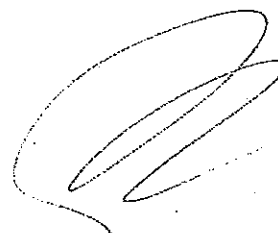
Nel caso di specie i consulenti del P.M. hanno concluso ponendo in evidenza i seguenti profili di colpa:

- Dott. \_\_\_\_\_ : i gravi rischi di morbidità respiratoria del neonato, peraltro immediatamente manifestatisi nel neonato, si sarebbero potuti annullare posticipando il taglio cesareo a 39 settimane; in ogni caso sarebbero stati mitigati dalla somministrazione della profilassi per la RDS neonatale nel caso ipotetico - peraltro non ravvisabile nella vicenda in questione- di dover comunque anticipare l'espletamento del parto.
- Dott. \_\_\_\_\_: già a poche ore dalla nascita del bambino, in data 1 agosto 2014, avrebbe dovuto prudenzialmente decidere di trasferire il neonato in una struttura con terapia intensiva neonatale (TIN) in considerazione del *quadro clinico ed emogasanalitico*. Nel turno svolto il giorno successivo, ha ulteriormente ridotto, ed in modo rilevante, le possibilità di sopravvivenza del neonato non eseguendo le corrette manovre di rianimazione ed il drenaggio.
- dott. \_\_\_\_\_ ha omesso di disporre il trasferimento del neonato in una struttura idonea attivando tempestivamente il Servizio di Trasporto di emergenza Neonatale (*STEN*).

Appare evidente che ciascuna delle condotte colpose poste in essere dai medici sopra menzionati risulti causalmente connessa con la morte del bambino secondo le diverse angolazioni sopra delineate. L'evento morte appare quindi frutto di vari antecedenti causali intervenuti in occasione dei rispettivi segmenti funzionali e cronologici di rispettiva competenza, anche con riferimento ai turni di servizio svolti nell'Ospedale.

Va inoltre sottolineato, in ordine alla condotta del dott. \_\_\_\_\_ che il P.M. non ha dato alcuna considerazione alla specifica denuncia attinente a gravi ed ulteriori reati, che si rinviene nell'atto di opposizione all'archiviazione<sup>4</sup>, presentata presso la Procura della Repubblica fin dal 27 aprile 2016<sup>5</sup> nell'interesse dei giovani genitori,

<sup>5</sup> Cfr. attestato di deposito della Procura della Repubblica in calce all'atto di opposizione



; in particolare l'esecuzione senza effettivo consenso della non voluta sterilizzazione definitiva della stessa (di anni 27), e le allegare e connesse false affermazioni contenute nella cartella clinica rilasciata dalla Clinica ove risulta la seguente annotazione del Prof. :

*<in considerazione della parità e i precedenti episodi trombotici, si decide, in accordo con la paziente, di procedere con sterilizzazione tubarica, mediante legatura e sezione delle tube bilateralmente>* (cfr. cartella clinica-registro operatorio, pag. 30)<sup>6</sup>.

Nell'atto di opposizione si sostiene infatti che la Sig.ra avrebbe appreso di essere stata sottoposta a tale irreversibile intervento di sterilizzazione, attuato senza il suo preventivo consenso, soltanto esaminando gli atti del procedimento successivi alla denuncia querela.

Si tratta all'evidenza di denuncia integrativa, riguardante reati connessi sotto il profilo soggettivo a quelli di cui alla richiesta di archiviazione, che richiedeva ulteriori specifiche indagini che non risulta siano state svolte dal P.M.

P.Q.M.

Dispone l'avocazione del procedimento n. R.G.N.R. a carico di  
per il reato di cui all'art. 589 c.p. in danno di , deceduto il  
2 agosto 2014;

, 12 settembre 2016

IALE

<sup>6</sup> La denuncia di tali gravi reati viene posta in particolare rilievo nell'atto di opposizione anche mediante il carattere grassetto.