# IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello del distretto di Palermo, 4a Sezione Penale

Composta dai Signori:

1. Presidente Dott. ROSARIO LUZIO

2. Consigliere Dott. GRILLO R.

3. Consigliere Dott. ANTONIO NAPOLI

il 11/11/2010 con l'intervento del Pubblico Ministero rappresentato dal Sostituto Procuratore Generale della Repubblica D.ssa Amalia SETTINERI e con l'assistenza del Cancelliere B3 Sig. ra Girolama D'ELIA.

Ha emesso e pubblicato la seguente:

## SENTENZA

Nel procedimento penale contro:

A[redacted] nato il [redacted] in [redacted], ivi residente - [redacted] domicilio eletto: Palermo - C/O Avv. Alfredo Galasso;

LIBERO – ***PRESENTE;***

**APPELLANTE**

Assistito e difeso dall'Avv. ALFREDO GALASSO del foro di PALERMO, ***PRESENTE.***

L'imputato dichiarava di nominare difensore di fiducia l'Avv. [redacted].

Data Sentenza 11/11/2010

Sentenza anno 2010

**N. 3419/ 2010 Sent**

N. 4208/ 2008 R.G.

N. 838/ 2003 N.R.

N. 310/ 2004 R.G.T.

N _____

Reg. Mod. 3/SG

Compilata Scheda per il

Casellario e per l'elettorato

addì

Depositata in Cancelleria

addì 22/12/2010

Il Funzionario Giudiziario
(Maria Margherita)

Irrevocabile il

**Avverso la sentenza emessa da TRIBUNALE (MON) di MARSALA in data 10/01/2008 con la quale** *dichiarava A[redacted] L[redacted]* **colpevole dei reati ascrittigli e, ritenuta l'ipotesi di cui all'art. 589 co. 3° c.p., lo condannava alla pena di anni quattro di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali. Dichiarava parzialmente condonata la pena inflittagli nella misura di anni tre di reclusione – Legge n. 241/06. Dichiarava non luogo a provvedere sulla domanda risarcitoria avanzata dalle parti civili costituite. Indicava in giorni novanta il termine per il deposito della motivazione della sentenza.**

**OMICIDIO COLPOSO ED ALTRO.**

## IMPUTATO

A[redacted] / L[redacted]

del reato: A) art. 589 co. III c.p., così qualificato; B) art. 590 co. XXIII c.p. ***In MARSALA, accertato il 12/10/2002***

- Udita la relazione fatta dal **Consigliere Dott. Antonio NAPOLI,** nonché la lettura degli atti del processo. Avvertiti gli imputati della facoltà di chiedere la parola. Intesi il P.M. e la Difesa, i quali hanno concluso come segue:

- P.G.: chiedendo la conferma della sentenza di primo grado.
- DIFENSORE: Avv. [redacted] discutendo la causa ed insistendo nei motivi di appello.
- DIFENSORE: Avv. Alfredo GALASSO, discutendo la causa ed insistendo nei motivi di appello.
- P.G.: in sede di replica insisteva nelle conclusioni già prese.
- DIFENSORE: Avv. [redacted] in sede di replica insisteva nelle conclusioni già prese.
- DIFENSORE: Avv. Alfredo GALASSO, in sede di replica insisteva nelle conclusioni già prese.

La Corte ha considerato:

In fatto e in diritto

Con sentenza emessa dal Tribunale di Marsala in composizione monocratica in data 10/1/08 , A[redacted] L[redacted] veniva dichiarato colpevole dei reati ascritti, e ritenuta la ipotesi di cui all'articolo 589 comma 3 c.p.p. veniva condannato alla pena di anni 4 di reclusione . Veniva dichiarato non luogo a provvedere sulla domanda risarcitoria.

Motivava il primo decidente che il portato dell'elaborazione probatoria induceva ragionevolmente a ritenere provata, al di là di ogni ragionevole dubbio, l'ipotesi accusatoria.

Ricostruiva il Tribunale l'accaduto , inteso nel senso materiale di una "successione di eventi" , attraverso una "diretta" rappresentazione di quanto dichiarato dai testi escussi .

Infatti la parte civile [redacted] esaminata all'udienza del 9.12.2004 aveva dichiarato che, intorno alle ore 4 del mattino, aveva accompagnato in ospedale la propria moglie, incinta alla trentaquattresima settimana, che era stata assistita durante il periodo di gestazione, dal dottore [redacted] Giunti in ospedale, la moglie era stata fatta accomodare su di un lettino del reparto di ostetricia e ginecologia e l'odierno imputato ( ginecologo di guardia) aveva disposto l'espletamento di una cardiotocografia effettuato dunque da un' ostetrica . Dopo aver visto il relativo tracciato , riferiva ancora il teste l'imputato gli aveva detto che "...c'erano i battiti cardiaci, della frequenze basse, le frequenze cardiache basse dei bambini. A tal proposito ho detto "mi scusi, cosa vuol dire" e ancora aspetto la risposta di che cosa vuol dire, da parte sua e da parte dell'infermiera (f.23)...."ho detto, siccome era un parto gemellare bisognava, fin dall'inizio il dottore [redacted] ci aveva detto che era un parto particolare, perché non è tutti i giorni, ho detto "dottore, se c'è la necessità di fare un cesareo, di fare qualcosa, è meglio che lo facciamo subito, non ci sono problemi".

Aveva fatto, aggiungeva ancora il [redacted], insieme a sua suocera, questa proposta all'imputato "perché eravamo preoccupati del significato proprio materiale della parola "frequenza cardiaca bassa".

L'imputato , dal canto suo , non aveva loro prospettato nulla, dopo aver comunicato l'esito del detto esame .

Successivamente , riferiva ancora "...il dottore [redacted] si è allontanato e se ne è andato nella sua stanza ed è rimasto però che faceva entra ed esci dalla camera di là dentro l'ostetrica o l'infermiera, non so chi era"(f.25) .

Indi l'imputato si era appartato "...in una stanzetta che era vicino a dove c'era mia moglie...praticamente il dottore A[redacted] non l'ho più rivisto fino alla visita intorno alle, se non sbaglio, alle sette meno un quarto, sei e mezzo, sette meno un quarto.... c'era un'ostetrica che faceva: entrava, poi ogni tanto la chiamava mia suocera, anzi chiamava me e mi diceva "non sentiamo più...si è spostato il tracciato.." e chiamavamo a questa altra infermiera e lei veniva sistemava il tracciato e se ne tornava"(f.25).

La moglie era quindi rimasta priva della presenza dell'A[redacted] dalle ore 3.45-4.00 fino alle ore 6.30-6.45 .

Verso le ore 5, era arrivato il cardiologo dottore R[redacted] che aveva effettuato forse un elettrocardiogramma e che gli aveva detto "tutto a posto....la frequenza, perché gli ho detto esplicitamente e mi ha detto "no, tutto a posto, tutto a posto" ed è andato via (f.27).....fino alle sette meno un quarto, se non mi sbaglio, sei e mezzo, sette meno un quarto a mia moglie non è stata fatta nessun tipo di visita....successivamente, intorno, se non mi sbaglio, alle sette meno un quarto, io insieme a mia suocera siamo entrati nella stanza del dottore A[redacted], e c'era lui con, era messo nella sua scrivania con la luce spenta, solamente con una bajur accesa e gli abbiamo detto come era la situazione, lui è uscito e ha chiamato l'ostetrica e gli ha detto di fare accomodare mia moglie nella stanza per una visita..."(f.28);

Dopo la visita, l'imputato aveva disposto che sua moglie venisse portata in sala parto, dove si era recata sulle proprie gambe anche se sorretta dallo stesso teste (f.29).

Nel frattempo era giunto in reparto il dottore F[redacted], che aveva seguito la moglie durante tutto il periodo di gestazione . Quindi riferiva "...da quel momento il dottore A[redacted] non l'ho più visto io (f.29)....al dottore F[redacted] lo avevamo chiamato noi...durante la notte io l'ho chiamato più di una volta"(f.30);

Il dottore F[redacted] era stato da lui messo al corrente dell'esito dell'esame cardiotocografico, ma che li aveva rassicurati dicendo che "...c'è un medico di turno e dice "c'è il medico di turno, state tranquilli" e che egli era consapevole

che tale medico di turno fosse l'odierno imputato "...ha detto"non vi preoccupate, eventualmente mi chiami"(f.30);

Nel momento di arrivare in sala parto insieme dalla moglie "vedo arrivare il dottore F[redacted] a sorpresa perché mi aspettavo il dottore A[redacted]"(f.31);

Il F[redacted] aveva fatto accomodare la moglie sul lettino ed aveva disposto l'effettuazione del tracciato . Aggiungeva "....Appena monta il tracciato io comincio a vedere che lui si altera e comincia a sbattere su...sull'apparecchiatura che si mette là...va da mia moglie e dice "dobbiamo con urgenza rompere le acque.....lui gridava solo e chiedeva di cambiare l'apparecchietto...ho visto lui un po' alterato e quindi seguivo più loro che io, hanno rotto le acque"(f. 31);

La rottura delle acque era stata praticata dal dottore F[redacted] il quale aveva "...continuato a gridare "avvisate il pediatra e il rianimatore" rivolgendosi all'infermiera, all'ostetrica" (f.32);

Il dottore F[redacted] aveva fatto infine partorire tradizionalmente la moglie, in presenza del teste (f.33).

Il primo bambino era stato fatto nascere intorno alle 07.15-07.20 e il F[redacted] aveva tentato di rianimarlo, in assenza del pediatra e del medico rianimatore . il secondo bambino era stato fatto nascere dopo circa un quarto d'ora (f.35) "....il dottore F[redacted] lo ha messo al contrario al bambino e ha cominciato a tentare di sculacciarlo e nel frattempo diceva all'ostetrica di tagliare il cordone ombelicale. Ha provato a scuoterlo un poco, ma il bambino non piangeva ancora"(f.36) .

Il pediatra ed il rianimatore erano arrivati soltanto al momento del taglio del cordone ombelicale (f.36).Poi lui era stato fatto allontanare dalla stanza, mentre i medici presenti avevano subito intubato il bambino .In seguito, gli era stato comunicato che il bambino era vivo, ma che bisognava portarlo a Trapani :il bambino non camminava, non parlava ed era seguito da un fisioterapista.

Al momento della nascita, il primo bambino, cui era stato dato il nome di V[redacted], presentava un colore scuro, nero . Aggiungeva il teste che durante la gravidanza della moglie, il dottore F[redacted] non aveva riscontrato nessuna patologia .

Parimenti venivano esaminate dal Tribunale le dichiarazioni rese dalla parte civile Q[redacted] G[redacted], madre dei bambini , nonché delle infermiere professionali A[redacted] V[redacted] e I[redacted] A[redacted] M[redacted].

Quest'ultima in particolare narrava di essere stata chiamata dal centralino dell'ospedale per un cesareo di urgenza e che al suo arrivo aveva trovato il dottor

A[redacted] e la dottoressa D[redacted] che le avevano detto che il cesareo non si sarebbe fatto più .

Venivano esaminate le dichiarazioni rese da G[redacted] A[redacted] direttore dell'unità operativa di ginecologia ostetricia dell'Ospedale , e dal dottor F[redacted]

Secondo il Tribunale il portato dei suddetti contributi testimoniali aveva trovato ampio e documentato riscontro nel contenuto nella relazione scritta redatta dei periti assunti durante l'incidente probatorio ed acquisita agli atti del fascicolo per il dibattimento nonché nel successivo confronto, disposto tra gli stessi periti ed il consulente tecnico di parte. Il risultato della perizia, che acclarava secondo il decidente la piena responsabilità dell'odierno imputato, era da ritenersi condivisibile ed immune da vizi logici né risultava scalfita dal risultato dell'esame del consulente tecnico di parte.

Si riteneva emersa, in tutta la sua "drammatica inspiegabilità", la condotta, gravemente negligente ed imperita, tenuta dal dottore A[redacted], che era rimasto inerte nonostante l'incalzare degli eventi, fermandosi silenzioso ed evasivo nella sua stanza per gran parte del tempo ed omettendo di effettuare il necessario intervento di parto, allorché si era reso conto della gravità dello stato dei due gemellini, abbondantemente prima che gli eventi precipitassero ed intervenisse il suo collega dottore F[redacted] che aveva proceduto, addirittura con parto naturale, a portare alla luce le due creature.

La consapevolezza della evidenza dello stato di sofferenza fetale gli imponeva invece , secondo le leges artis, di procedere immediatamente all'effettuazione del parto cesareo o naturale, anziché rintanarsi immoto nella sua stanza, come concordemente affermato dai testi F[redacted] e G[redacted] soggetti ritenuti particolarmente qualificati in ragione del loro ufficio di medici del servizio pubblico, ricchi di esperienza professionale e, addirittura, il secondo anche superiore gerarchico dell'imputato.

Né risultava valida la scusante dell'asserita mancanza di esami ematoclinici, atteso che alcuni degli anzidetti testi avevano espressamente dichiarato che la puerpera era in possesso di recenti esami di tal fatta e di cui aveva dato notizia all'A[redacted] e che comunque, come dichiarato dai predetti colleghi dell'imputato, si sarebbe dovuto procedere senza indugio al parto anche in assenza di tali esami, che peraltro risultavano essere stati effettuati nel corso di quella infausta notte.

Avverso detta sentenza ha proposto appello l'imputato per il tramite del difensore.

Si chiedeva la assoluzione , censurando la assenza del ritenuto nesso causale e la assenza del requisito della colpa professionale .

In riferimento al nesso causale sottolineava l'impugnante l'assunto delle sezioni unite del 10 luglio 2002 ( n. 30328) evidenziando come la Q[redacted] fosse stata seguita dall'imputato solo dalle ore 4.05 alle ore 7.00 del 12 ottobre 2010 e quindi solo per circa tre ore .

La Q[redacted] aveva descritto come normale il decorso della propria gravidanza fino a quel momento e quindi l'A[redacted] aveva disposto il monitoraggio a mezzo di cardiotocografo nonché gli esami clinici di routine.

Erano stati dunque acquisiti tre tracciati cardiotocografici : il primo di 33 minuti dalle 4.08 alle 4.40 , il secondo di 48 minuti dalle 4.59 alle 5.35 ed il terzo di 33 minuti dalle 5.56 alle 6.29 .

Nessuno di questo tracciati evidenziava situazioni di urgenza o di pericolo di vita o di danno alla salute per la madre o per i feti .

Soltanto l'ultimo tracciato evidenziava una lieve bradicardia fetale ma tale da suggerire solo una incrementata soglia di vigilanza e non anche un intervento di urgenza nelle forme di immediata cesareizzazione .

Evidenziava l'appellante come dall'esame del consulente di parte Prof. G[redacted] era emersa , ferma restando la scarsa attendibilità che i rilevi cardiotocografici presentavano in relazioni ad eventuali sofferenze fetali in gravidanze genellari pretermine , la distinzione tra traccianti patologici e tracciati non rassicuranti ossia tali da richiedere una più marcata sfera di attenzione , come nel caso della Q[redacted]

Aveva evidenziato inoltre il consulente come l'A[redacted] avesse disposto sulla paziente tutti gli esami clinici occorrenti , predisponendo altresì quanto necessario ai fini di un cesareo non appena evidenziatasi una accresciuta situazione di rischio.

Inoltre sempre il Professore G[redacted] aveva sottolineato come proprio le esigenze di salvaguardia del feto suggerivano di rallentare al massimo il corso degli eventi onde consentire una più compiuta formazione degli apparati fisiologici del feto medesimo in specie di quello respiratorio.

Veniva dunque censurato dall'appellante come invece il Tribunale fosse giunto a dare forza alle risultanze peritali basate esclusivamente su una disamina dei tracciati cardiotocografici , e sulle valutazioni espresse nel corso del dibattimento da altri soggetti.

Veniva dunque ritenuto indimostrato il nesso causale , sia in sé considerato , sia nella correlata valutazione della mancata dimostrazione di una condotta alternativa causalmente significativa.

Venivano evidenziati ancora alcuni punti di "perplessità" persino in quanto rappresentato dai medesimi periti d'ufficio sui quali il Tribunale aveva fondato il proprio giudizio di colpevolezza ( pagina 9-10-11 appello) .

Contestava inoltre l'appello come non potesse ritenersi provata la sussistenza di una colpa medica in capo all'imputato .

Rilevava infatti l'impugnante come arbitrariamente il Tribunale attribuisse all'A[redacted] l'acquisita consapevolezza di una situazione già attuale di sofferenza fetale tale da richiedere un parto immediato . Infatti si stigmatizzava come nessun fattore di rischio elevato si fosse manifestato agli occhi dell'imputato essendosi solo evidenziata , con l'ultimo dei tracciati cardiotocografici eseguiti , nulla più che una decelerazione di battito fetale .

Del tutto infondato si valutava inoltre il giudizio del Tribunale secondo il quale l'imputato sarebbe rimasto immoto , considerato che lo stesso si era invece attivato correttamente nel modo prima descritto .

Veniva sottolineato quanto dichiarato dal G[redacted] (pag. 15) , all'epoca primario dell'Ospedale , per sottolineare come l'imputato si fosse mosso in piena correttezza.

Con motivo subordinato si censurava la pena inflitta.

In subordine si invocava la concessione delle circostanze attenuanti generiche con la rideterminazione della pena

Con motivi nuovi , si evidenziava come la sentenza di primo grado avesse dato ampio risalto alle dichiarazioni rese dal dottor F[redacted]che , essendo stato medico curante della Q[redacted] , doveva considerarsi soggetto "contro interessato" al possibile emergere di elementi probatori a sostegno di un decorso causale alternativo a quello ipotizzato dall'accusa. Chiedeva inoltre l'impugnante la riapertura della istruzione dibattimentale.

L'A[redacted] è stato, pertanto, tratto a giudizio dinanzi a questa Corte . Veniva dunque disposta la riapertura della istruttoria dibattimento e l'espletamento di perizia medico legale . Infine, si è passati alla discussione, in esito alla quale il P.G. e la difesa hanno formulato le richieste di cui al verbale di udienza .

Ciò premesso osserva la Corte come in riforma della impugnata sentenza l'imputato vada assolto perchè il fatto non sussiste.

Per una completa disamina del materiale probatorio occorre , sia pure sinteticamente rilevare che , come cennato , sui fatti oggetto del procedimento già nel corso del primo grado di giudizio era stata espletata perizia nelle forme dell'incidente probatorio .

La Corte ha ritenuto sul punto indispensabile un nuovo approfondimento di tipo medico legale e specialistico al fine di una completa esplorazione di ogni profilo della vicenda , giungendo alla conclusione che gli esiti della nuova perizia in realtà confermano e rafforzano gli esiti della indagine tecnica condotta dal primo giudice il quale , secondo la Corte , era erroneamente giunto sulla base di una non condivisibile interpretazione delle emergenze ad un giudizio di colpevolezza .

Deve infatti ritenersi che il quadro probatorio offerto appunto dal primo grado di giudizio , secondo quanto correttamente sostenuto dall'appellante , già avrebbe imposto una assoluzione.

La premessa metodologica sulla quale non appare superfluo sia pure solo per cenni soffermarsi è il quadro normativo della esplorazione .

Ha sostenuto infatti l'impugnante fondatamente come fosse rimasta estranea al decisum di primo grado una analisi , invero imprescindibile , del nesso di causalità tra la condotta contestata all'imputato e l'evento verificatosi .

In tal senso ritiene la Corte doveroso porre da subito le linee guida di tale valutazione che , come si avrà modo di vedere , si pone alla base del giudizio assolutorio.

Come noto condizione primaria ed imprescindibile per l'attribuzione di un fatto criminoso ad un soggetto è l'esistenza di un legame eziologico tra la sua condotta e l'evento (cd. nesso di causalità).

Al riguardo, la condotta umana, sia essa costituita da un'azione ovvero da un'omissione, può ritenersi causa dell'evento quando ne costituisce una condicio sine qua non, un antecedente, cioè, senza il quale l'evento, considerato in concreto hic et nunc, non si sarebbe verificato.

Perché un antecedente possa essere considerato condizione necessaria di un evento, occorre inoltre che lo stesso rientri nel novero di quegli antecedenti che, sulla base di una successione regolare conforme ad una legge dotata di validità scientifica (cd. legge generale di copertura), portano ad eventi del tipo di quello verificatosi in concreto.

Il grado di successione che deve intercorrere tra la condotta e l'evento, per stabilire se il secondo è conseguenza della prima, non è quello della certezza (che potrebbe comportare il rischio di richiedere una prova impossibile), né della mera possibilità (che viceversa amplierebbe troppo i confini della illiceità penale) bensì quello dell'alto grado di credibilità razionale o di probabilità logica.

Le Sezioni Unite della Suprema Corte, con la nota sentenza n. 30328/2002, pronunciandosi in merito ad una ipotesi di responsabilità medica per condotta omissiva colposa, hanno affermato il principio di diritto in base al quale il nesso causale tra una omissione ed un evento può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica -, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata la condotta doverosa impeditiva dell'evento hic et nunc, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

La Suprema Corte ha tuttavia ribadito che non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica".

E' altresì necessario, per legge, che l'evento non sia da attribuire al concorso di fattori eccezionali che sfuggono, cioè, alla sfera di signoria dell'agente, a causa della loro imprevedibilità ex ante ed invincibilità.

Ove si verta in materia di responsabilità di natura colposa, l'evento dovrà costituire conseguenza necessaria di una condotta materiale dell'imputato connotata, sul piano psicologico-soggettivo, dall'essere in contrasto con doveri

comportamentali di diligenza, prudenza, perizia imposti ai consociati per prevenire situazioni di pericolo o danno (c.d. colpa generica), ovvero in contrasto con specifiche norme di legge o regolamentari (colpa specifica).

Affinché sussista una responsabilità per colpa non è inoltre sufficiente l'oggettiva inosservanza delle regole di condotta, ma occorre anche che tale inosservanza sia attribuibile al soggetto agente, dovendo a tal fine farsi riferimento, in caso di colpa generica, al criterio della prevedibilità ed evitabilità dell'evento: un rimprovero può essere mosso solo quando il soggetto poteva prevedere ed evitare il fatto di reato.

Il giudizio di prevedibilità andrà operato in concreto ed ex ante, rapportandosi cioè al momento della condotta incriminata e nella situazione concreta in cui questa si è estrinsecata e dovrà tenere conto, inoltre, del parametro "dell'agente modello", cioè dell'uomo coscienzioso ed avveduto eiusdem professionis et condicionis, cui deve essere rapportata la condotta del singolo agente.

La standardizzazione va riferita infatti a specifici settori di attività: si avranno quindi una pluralità di modelli sperimentali e sperimentabili a seconda della diversa attività svolta, distinguendo i diversi campi di azione, lavoro o disciplina in cui ciascuno può trovarsi ad agire o operare nella società.

Pertanto, le cognizioni e le competenze richiesta al medico specialista, non possono essere parificate a quelle di un medico generico (argomento ex Cass. 2.10.1990, ric. Fonda; Cass. 18.2.1983, ric. Rovacchi, richiamato, proprio in tema di responsabilità del medico ginecologo, da Cass. Pen., Sez. IV, n.37473 del 2 ottobre 2003).

Il problema della esigibilità della condotta riguarda, quindi, le competenze specifiche di ciascun operante: l'agente sarà ritenuto responsabile per colpa solo se non ha tenuto un comportamento doveroso che era tenuto a compiere in base alla sua professione ed alla sua condizione, con l'ulteriore precisazione che "il medico deve sempre attenersi a regole di diligenza massima e prudenza, considerata la natura dei beni che sono affidati alla sua cura" (Cass. Pen., sez. IV, del 31 gennaio 2008, ric. Coppola e Cass. Pen., sez. I, 10 maggio 1995, n. 5278).

Inoltre, "nel caso di prestazioni di natura specialistica effettuate da chi sia in possesso di diploma di specializzazione, devono essere considerate ai fini della valutazione della condotta le condizioni generali e fondamentali proprie di un medico specialista nel relativo campo, per cui va richiesto con maggior rigore

l'uso della massima prudenza e diligenza" (così Cass. Pen., Sez. 4, n. 40183 del 23 giugno 2004).

Al riguardo, si aggiunga che la valutazione della colpa professionale in sede penale non è limitata all'ipotesi di colpa grave, posto che, a differenza di ciò che avviene nel processo civile in ragione dell'art. 2236 cod. civ. ai fini del risarcimento del danno, l'accertamento dell'elemento psicologico ai sensi dell'art. 43 cod. pen. non ammette restrizioni, atteso che l'ordinamento penale distingue tra i vari gradi di colpa solo ai fini della determinazione della pena ex art. 133 cod. pen. (Così Sez. IV, n. 28617 del 16 giugno 2005; conf. Cass. Pen., Sez. IV, n. 31452 del 2 luglio 2002).

Illustrati i generali principi in tema di diritto penale sostanziale, applicabili alla fattispecie considerata, va verificato in concreto nell'ordine: se vi sia rapporto di causalità tra l'evento e la condotta della imputata; se la condotta-causa dell'evento si caratterizzi per essere in violazione della regole comportamentali connesse all'attività medica che ha occasionato l'evento; se l'imputato possa ritenersi responsabile dell'evento, in quanto lo stesso, così come in concreto verificatosi, era prevedibile e soprattutto evitabile mediante una condotta conforme alle regole comportamentali che si assumono violate.

Per la disamina completa delle risultanze occorre dunque partire dall'incidente probatorio.

All'esito dell'incidente probatorio così i periti nominati dal GIP ricostruivano la vicenda :

"Al momento del ricovero della paziente, nel corso dell'esame obiettivo ostetrico non è stato valutato il collo dell'utero e inoltre non si evince un inizio di travaglio di parto. Dalle indagini diagnostiche (tracciati cardiotocografici) effettuati sin dal momento del ricovero (ore 04:08 del 12.10.2002) si rilevarono modificazioni in senso bradicardico della frequenza cardiaca fetale (bradicardia e decelerazioni variabili).

Il riscontro alla nascita di un doppio giro di funicolo ombelicale attorno al collo e uno al corpo del 1° feto (P[redacted] V[redacted]) e di un giro, di funicolo ombelicale, attorno al collo del 2° feto (P[redacted] D[redacted]), prescindendo dalle cause che lo determinano costituisce una condizione di rischio. Infatti durante il travaglio di parto, per il succedersi di contrazioni ritmiche ed intense che lo contraddistinguono, si può a volte determinare una insufficiente ossigenazione e.

di conseguenza, sofferenza fetale. Se questa non viene diagnosticata tempestivamente diviene ingravescente e si conclude, qualora il feto non venga sottratto all'ambiente sfavorevole con la morte in utero. Infatti per compressione a livello dei giri, in occasione di movimenti attivi fetali o durante l'attività contrattile dell'utero, può crearsi un ostacolo a livello della circolazione del sangue nei vasi ombelicali. La conseguente riduzione della perfusione nel circolo ombelicale, determina un ostacolo soprattutto a carico del ritorno del sangue ossigenato dalla placenta al feto (vena ombelicale), mentre la circolazione in senso inverso, dal feto alla placenta (arterie ombelicali) non subisce, se non tardivamente, alcuna modificazione.

L'alterazione emodinamica una volta costituitasi, specie se grave, porterebbe in breve tempo all'exitus fetale giacché, per effetto della citata compromissione del circolo a livello della vena ombelicale, si produrrebbe un rapido accumulo di sangue nel compartimento placentare con conseguente ipovolemia e collasso cardiocircolatorio (il feto si dissanguerebbe nella placenta). Ciò in realtà non avviene o, per meglio dire, non avviene subito giacché il feto pone in essere dei meccanismi di compenso, riducendo la propria frequenza cardiaca (bradicardia), che gli consentono, pur se sofferente, di adattarsi e di resistere per un certo tempo alla patologica condizione. Le modificazioni in senso bradicardico della frequenza cardiaca fetale (decelerazioni variabili) sono rilevabili mediante esame cardiotocografico. Esse, mentre in travaglio di parto compaiono in maniera iterativa, al di fuori del travaglio possono anche non evidenziarsi o comparire in maniera incostante (possono, cioè, essere oggetto di osservazione in alcuni tracciati e non in altri), in occasione di movimenti attivi fetali o in corrispondenza di contrazioni uteri ne (condizioni che, come detto, determinano ed accentuano la compressione sui vasi funicolari) dell'ultimo periodo della gravidanza.

Le decelerazioni variabili sono così definite poiché variabile è il rapporto cronologico con la contrazione e variabile è la morfologia. La patogenesi di questa decelerazione è di natura riflessa generalmente riferita a compressione del funicolo. Infatti, l'occlusione del cordone ombelicale produce effetti variabili a seconda dell'intensità e della durata della compressione. L'iniziale compressione del cordone, con una riduzione del flusso dell'arteria ombelicale che non superi il 33%, induce infatti, una rapida accelerazione cui segue la fase di bradicardia se la riduzione del flusso raggiunge il 67%. Durante una decelerazione variabile legata

alla compressione funicolare si possono quindi distinguere diverse fasi. La fase iniziale è caratterizzata dalla compressione sulla sola vena ombelicale che produce un diminuito ritorno venoso e la transitoria ipossia responsabile dell'attivazione vagale mediata dai chemiocettori. Se lo stimolo compressivo non viene rimosso, si verificherà l'occlusione delle arterie ombelicali con aumento della pressione arteriosa e conseguente attivazione barocettoriale. Entrambi gli stimoli chemiocettoriali e barocettoriali portano all'attivazione vagale che induce la bradicardia.

La decelerazione variabile può talvolta costituire un reperto di difficile interpretazione che va correlato con la situazione individuale e le specifiche circostanze cliniche. Il primo provvedimento è quello di rimuovere, con il cambiamento di posizione della madre, ostacoli al flusso placentare a qualsiasi livello siano prodotti. Nella maggior parte dei casi, infatti, la semplice rimozione della compressione porta al risolversi della decelerazione, che può restare un reperto occasionale. Il ripetersi di decelerazioni variabili o l'associazione con altri reperti sfavorevoli, al contrario, conferiscono a queste decelerazioni un significato patologico che le rende identiche a quelle tardive con cui condividono, in questo caso, il trattamento ostetrico.

L'aspetto caratteristico della decelerazione variabile è costituito da una iniziale accelerazione che precede una componente decelerativa a "V" a sua volta seguita da una accelerazione. Le decelerazioni variabili possono, tuttavia , presentare diversi gradi di durata e profondità e morfologie assai diverse tra loro ad esempio a 'U" o "W" a "S".

Alcuni criteri morfologici peggiorano il significato della decelerazione variabile, come ad esempio la perdita dell'accelerazione che precede la decelerazione, la perdita dell'accelerazione che segue la decelerazione, il prolungamento dell'accelerazione che segue la contrazione, il lento ritorno alla linea di base, il mancato ritorno alla linea di base con successivo assestamento su valori inferiori, la perdita della variabilità durante la decelerazione, la decelerazione bifasica (a "W") e la morfologia atipica (a U]", a "S"). L'atteggiamento clinico di fronte a questi reperti cardiotocografici è legato alla gravità della decelerazione ed alla ripetitività delle stesse.

Quando il semplice cambiamento del decubito materno riporta il quadro a condizioni di normalità e la decelerazione resta un fatto isolato, può essere mantenuto un atteggiamento di tipo conservativo.

Quando però il fenomeno diviene ripetitivo od insorgono i criteri peggiorativi di cui sopra, la condotta ostetrica deve ripetere quella che si attua in presenza di decelerazioni tardive.

In definitiva poiché le decelerazioni variabili, rappresentano l'epifenomeno di un adattamento del feto alle dette condizioni patologiche, ne costituiscono al tempo stesso la spia, ed esprimono sostanzialmente lo stato di difficoltà o di sofferenza fetale, più o meno grave, secondo l'entità (morfologia, durata, profondità) dell'onda bradicardica.

Dalla relazione clinica dell'Unità Operativa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale emerge che il piccolo P[redacted] D[redacted] (2° feto) risulta affetto da ENCEFALOPATIA IPOSSICO ISCHEMICA di grado severo. Tate patologia è una grave lesione distruttiva dell'encefalo caratterizzata macroscopicamente dalla sostituzione diffusa o circoscritta del parenchima cerebrale da parte di multiple cavitazioni cistiche. La lesione può interessare la corteccia c/o la sostanza bianca sottostante e gli strati profondi. Nei casi più severi, gli emisferi in sezione trasversale appaiono bucherellati assumendo l'aspetto tipo "formaggio svizzero" e di consistenza spongiosa. L'encefalopatia multicistica è una lesione che può insorgere nella vita fetale o nel peripartum o nella vita extrauterina.

Quasi sempre non è possibile individuare né la causa né l'epoca di insorgenza della encefalomalacia multicistica. In letteratura sono stati individuati come responsabili dell'affezione i virus, i protozoi l'asfissia, l'ipotensione, la gemellarità e le displasie vascolari.

Nel caso del piccolo D[redacted] non possiamo individuare con certezza la noxa che ha determinato l'encefalopatia multicistica, tuttavia può essere sospettata stante gli accertamenti clinico strumentali una grave asfissia.

Non emergono elementi validi per una noxa patogena di origine virale o protozoaria nel corso della gravidanza. La normalità degli esami e del monitoraggio eseguiti durante la gravidanza non appaiono evocativi di una patologia antecedente la 36 settimana epoca dell'esordio del travaglio di parto. Pertanto l'ipotesi più probabile resta l'asfissia insorta in prossimità del parto.

Alla luce di quanto sopra esposto, si può affermare che in termini di operatività, il travaglio di parto doveva, sin dalle fasi iniziali, essere attivamente e costantemente controllato; un'amnioscopia (indagine che consente di valutare il colore del liquido amniotico) poteva essere eseguita per cogliere precocemente un importante segno aggiuntivo di disagio fetale.

In conclusione possiamo affermare che le indagini diagnostiche eseguite (tracciati cardiotocografici) rivelarono sin dall'inizio del ricovero sufficienti indicazioni da rendere prospettabile una condizione di sofferenza fetale, in termini abbastanza consistenti da richiedere, la necessità di una estrazione urgente dei feti mediante taglio cesareo.

Ne deriva che nella valutazione dell'operato del sanitario si configurano aspetti di una erronea condotta per non aver adeguatamente valutato il tracciato cardiotocografico che avrebbe fornito dati oggettivi per sofferenza fetale e quindi improntato le scelte operative successive".

Rileva la Corte come emerga in maniera evidente dall'analisi dei periti un giudizio negativo sull'operato dell'A[redacted] al quale non consegue tuttavia una sufficiente valutazione in termini di analisi causale tra la condotta dell'imputato e gli eventi dannosi verificatisi .

In relazione a D[redacted]i periti infatti hanno assunto anche la gemellarità tra le cause della encefalopatia multicistica . Hanno comunque escluso la presenza di elementi sintomatici di altri fattori causali , quali l'origine virale o protozoaria.

Va sul punto rilevato come hanno escluso comunque la presenza di una patologia precedente stante la normalità degli esami e del monitoraggio eseguiti durante la gravidanza .

Tuttavia comunque i periti ritenevano la asfissia insorta durante il parto solo come ipotesi più probabile .

Gli stessi cioè ponevano la asfissia durante il parto solo come fattore ipotetico , nel senso che doveva considerarsi il più probabile , indicando in ultima analisi lo stesso solo come quello , secondo un criterio meramente statistico , maggiormente etiologicamente collegabile all'evento dannoso.

In tal senso la valutazione sull'operato dell'imputato , rimane un fatto sotto il profilo penalistico meramente descrittivo , non risultando in alcun modo

"fondatamente" , secondo un criterio scientificamente stringente, collegato con l'evento.

Del tutto sintoniche con tali osservazioni operate dalla Corte si pongono in tal senso le conclusioni rassegnate dai periti.

Gli stessi infatti concludevano che "sulla base di quanto è emerso dalla documentazione acquisita, in relazione ai quesiti specifici formulati non si può stabilire con certezza la causa del decesso 1° feto (P[redacted] V[redacted]) partorito dalla sig.ra Q[redacted] G[redacted] in quanto non è stato effettuato un esame necroscopico del feto".

Aggiungevano che "dal riscontro clinico della presenza di un doppio giro di funicolo attorno al collo fetale e al corpo, può ipotizzarsi una condizione ipossica grave che ne abbia determinato il decesso".

Conclusivamente dunque , rileva la Corte ponevano il rapporto tra la condotta dell'imputato e l'exitus di V[redacted], nell'alveo dell'assoluta imponderabilità.

In relazione al secondo feto , P[redacted] D[redacted], affetto da encefalopatia multicistica ipossico ischemica di grado severo così rassegnavano : "Tale patologia è una grave lesione distruttiva dell'encefalo la cui noxa patogena, nel caso specifico resta l'asfissia insorta verosimilmente in prossimità del parto".

Dunque nel caso di D[redacted], al di là di qualsiasi proponibilità scientifica del nesso causale tra condotta ed evento , l'asfissia prossima al parto viene valutata con mero criterio di "verosimiglianza".

Così sostanzialmente esclusa la prova del nesso causale valutavano negativamente comunque i periti la condotta medica dell'imputato assumendo che " le indagini diagnostiche (tracciati cardiotocografici) evidenziarono sufficienti indicazioni da rendere prospettabile una condizione di sofferenza fetale, in termini abbastanza consistenti da richiedere, la necessità di una estrazione urgente dei feti mediante taglio cesareo.Ne deriva che nella valutazione dell'operato del sanitario si configurano aspetti di una erronea condotta per non aver adeguatamente valutato il tracciato cardiotocografico che avrebbe fornito dati oggettivi per sofferenza fetale e quindi improntato le scelte operative successive".

Tale valutazione sull'operato dell'A[redacted]rimaneva tuttavia , secondo la Corte , un dato descrittivo importante ma ben lungi da fondare un suo giudizio di responsabilità penale , valutati i parametri di "certezza" , prima ricordati , che sono necessariamente sottesi ad un giudizio di condanna .

D'altronde la stessa conclusione ultima dei periti appare del tutto sintonica con tali premesse lì ove gli stessi , al termine della esposizione concludevano assumendo " tuttavia, non possiamo essere certi che un parto urgente mediante taglio cesareo eseguito subito dopo il ricovero avrebbe modificato la prognosi prenatale".

All'esito di tali valutazioni conclusive rileva la Corte come invero appaiono ben lungi dall'essere dimostrati da un lato il nesso eziologico tra condotta ed evento e dall'altro , in piena sintonia con tali elementi di incertezza complessiva , la prova "contro fattuale" dell'efficacia del "diverso" comportamento dell'imputato.

Appaiono d'altronde confermativi di tale valutazione , gli apprezzabili elementi offerti già durante il giudizio di primo grado dai consulenti della difesa ( relazione 22/12/03) .

Ha citato infatti la relazione la esistenza di una importante produzione scientifica di recente pubblicazione secondo la quale comunque la cardiotocografia si è rivelata insufficiente per la prevenzione del danno celebrale , data l'alta percentuale di falsi positivi . "Esistono infatti diversi studi che non hanno rilevato nessuna correlazione tra intervento urgente , successivo tracciato CTG anomalo , ed esito neurologico o . Studi randomizzati sulla CTG di accettazione o intraparto non hanno dimostrato né una riduzione della paralisi celebrale , né la possibilità di differenziare tra danni avvenuti prima e durante il parto" .

Convincente appare altresì la considerazione di altro dato.

Trattavasi infatti di una gravidanza pretermine , rispetto alla quale certamente la valutazione del benessere fetale tramite CTG presentava ulteriore e specifiche difficoltà , in quanto maggiore è l'incertezza circa il significato delle correlazioni esistenti tra frequenza cardiaca di base , reattività e condizioni fetali.

Ha evidenziato ulteriormente sul punto in maniera convincente il professore G[redacted] alla udienza in data 11/1/07 come in effetti la ricollegabilità della morte del prenatale e del danno cerebrale dell'altro gemello alla gestione del parto fosse "un azzardo intellettuale" considerata la complessità della situazione ed il ventaglio delle possibilità :

G[redacted] - *Sì, teniamo i toni un po, più acuti. Quindi con la gravidanza gemellare, di per sé è una gravidanza a rischio e questo, diciamo, in un certo qual modo, diminuisce la sorpresa, diciamo, di un evento sfavorevole. Ora, per quanto attiene però allo specifico diciamo, questo evento sfavorevole si è verificato, poi*

*realizzato nell'ambito di tre quattro ore dal ricovero della signora fino all'espletamento del parto, l'espletamento del parto che ha fatto constatare come un feto fosse già premorte, perché malato, e il secondo invece vivo, ma con successiva dimostrazione di danni neurologici importanti. Ecco, l'affermare che tutto questo, cioè la morte del prenatale, del primo feto e il danno perinatale, cioè il danno cerebrale del secondo, sia avvenuto in quelle ore è francamente un azzardo intellettuale perché tutte le, ripeto, c'ho anche le..*(pag. 5 )

Convincenti appaiono altresì le "perplessità" avanzate dai consulenti di parte circa la "mancata" effettuazione della amnioscopia . Si è sul punto rilevato "come tale esame , bandito dalla quasi totalità dei punti nascita per la sua inutilità ed il basso coefficiente rischio/beneficio viene controindicato nel parto pretermine".

Anche in ordine a tale aspetto della vicenda , ulteriori indicazioni sono state fornite dal prof G[redacted] nel corso della deposizione dibattimentale ( udienza 11/1/07; pagina 19-20) .

Dichiarava infatti il G[redacted] *PUBBLICO MINISTERO - E invece un esame del liquido amniotico? G*[redacted] *- Ah, guardi, l'analisi del liquido amniotico è stata citata, mi pare, nella perizia dei CTU la amnioscopia. Io adesso volevo dire con, proprio, senza tema di smentita, la amnioscopia è stata abbandonata ormai da vent'anni perché è un esame di assoluta inaffidabilità perché si basa su un'osservazione ottica diretta, per transilluminazione delle membrane, per valutare quantità e colorazione del liquido amniotico che è una valutazione del tutto soggettiva. Non solo, nel caso in cui c'è una minaccia di parto pretermine a 35 settimane, dire che è controindicata, quindi mi sorprende molto che sia stata anche solo citata dai CTU.*

*PUBBLICO MINISTERO - E perché sarebbe controindicata? G*[redacted] *- Controindicata perché si va, c'è il rischio di andare a rompere le membrane e quindi accelerare il travaglio che noi, in un primo momento, cerchiamo di rallentare, di frenare.*

*PUBBLICO MINISTERO - Queste però, chiaramente, sono tesi completamente discordi da quelle che sono non solo le tesi del consulente del Pubblico Ministero, ma anche della stessa, di varie altre persone. Dottor* [redacted] *dell'ostetrica M*[redacted]*o dell'ostetrica I*[redacted]*..*

Invero rileva la Corte come il dato di contrapposizione alla tesi prospettata dal consulente professor G[redacted], da parte del Pubblico Ministero, delle tesi delle ostetriche rivela una indubbia "fragilità" dell'argomento accusatorio .

Quanto al F[redacted] invero appare la indicazione di limitata forza dimostrativa qualora si valuti ( come maggiormente esposto in altra parte della motivazione ), che lo stesso era certamente , almeno sul piano astratto , portatore di un "interesse" ad una ricostruzione dei fatti che escludesse qualsiasi invero possibile "chiamata" di responsabilità nei suoi confronti.

Il tempo - sottolineavano inoltre i consulenti della difesa- tra il primo tracciato , effettuato subito dopo il ricovero e cioè alle 4,08 ed il parto , effettuato alle 7,15 dal dottor F[redacted]era stato di circa tre ore ( pagina 9).

Solo al momento del parto , evidenziavano ancora, il primo sacco amniotico si era rotto , rivelando il liquido intensamente tinto di meconio , giusto un attimo prima di partorire il feto premorto . Fermo restando che in assenza di esame autoptico non era possibile stabilire l'epoca della morte , hanno concluso sul punto i consulenti come il feto comunque presentava una situazione funicolare sufficiente di per sé a giustificare l'exitus per asfissia insorta acutamente ed imprevedibilmente (pag.10) .

Non era neppure da sottolineare inoltre che il parto del secondo feto era avvenuto subito dopo ed il neonato , che pesava 400 grammi meno del primo , aveva rivelato una condizione di grave sofferenza che aveva richiesto un lungo ricovero in neonatologia e successivi ricoveri per interventi di neurochirurgia .

Concludevano i consulenti della difesa , in sostanziale coincidenza con quanto rilevato come visto sul punto dai periti nominati dal giudice , sulla circostanza che non vi fossero evidenze circa l'attribuzione a cause intrapartali del danno celebrale di D[redacted] P[redacted] e che il suddetto nesso causale derivasse ( con criterio probabilistico ) solo per esclusione non essendo state rilevate cause prenatali correlabili all'evento morboso (pag.10) .

Rileva la Corte come non può tacersi che , sia pure con chiaro "garbo" , hanno sottolineato i consulenti che la asserzione circa la assenza di cause prenatali correlabili all'evento dannoso derivasse solo dalla "testimonianza" ( del F[redacted] di "una gravidanza senza problemi" e che comunque non esisteva alcun rilievo dei flussi ematici funicolari durante le settimane precedenti.

Sul punto in maniera invero fondata hanno evidenziato ancora i consulenti come la circostanza che il secondo neonato pesasse 400 grammi, vale a dire circa il 30 % meno del primo , non poteva non avere valore interpretativo (pag.11) .

Esisteva dunque , secondo il piano interpretativo dei consulenti della difesa , la "verosimile" ipotesi che il secondo feto fosse portatore di una noxa ipossica prenatale non rilevata nel corso di una gravidanza che era comunque a rischio per il suo carattere di gemellarità.

Quanto alla valutazione della efficacia causale di un comportamento alternativo ipotetico da parte dell'imputato , i consulenti rilevavano che il giudizio dei periti circa la assenza di certezza di un possibile mutamento dell'esito nel caso di cesareo , fosse in realtà da leggersi come certezza che nulla si sarebbe modificato in ordine all'evento tragico.

Invero poi , con specifico riferimento , alla condotta dell'A[redacted] rilevava il medesimo prof. G[redacted] nel corso dell'esame dibattimentale come l' atteggiamento dell'imputato fosse stato del tutto adeguato alla situazione: *Ecco, in particolare, volevo chiederle qual è un battito fetale, qual è la frequenza del battito fetale?*

*G[redacted] - Media? PUBBLICO MINISTERO - Sì. G[redacted] - 120 - 130 è piuttosto variabile.*

*PUBBLICO MINISTERO - 120 - 130, quindi anche su questo, appunto, forse ci discordiamo perché i nostri consulenti parlano di 140.*

*G[redacted] - Diciamo che è da 120 a 140. PUBBLICO MINISTERO - Da 120 a 140. G[redacted] - Considerata la variabilità, però stiamo attenti, non dobbiamo noi fare riferimento, come mi pare sia stato fatto, alla a gravidanza a termine. Nella gravidanza pretermine, questa frequenza cardiaca è spesso diversa e più bassa rispetto...*

*PUBBLICO MINISTERO - Scusi, però stiamo parlando della gravidanza pretermine di due settimane, tre settimane, non stiamo parlando di una gravidanza di sette mesi, quindi penso che, voglio dire, lei ha parlato prima della possibilità che i polmoni non fossero sviluppati. Lei conferma che a 36 - 37 settimane i polmoni non sono sviluppati?*

*G[redacted] - Quando esprimiamo concetti biologici e medici ci ritroviamo sempre ad una curva gaussiana, cioè la maggior parte, ovviamente, delle maturazioni polmonari fetali avviene alla trentaseiesima settimana compiuta,*

*tant'è vero che tutte le linee guida, questo qualunque linea guida dice che se c'è un parto imminente, prima di quel termine, va somministrato il desametasone, cioè un cortisonico a 12 milligrammi, in bolo endovena, proprio per accelerare la maturazione polmonare fetale.*

*PUBBLICO MINISTERO - Senta, quindi lei dice che il tracciato cardiotocografico, per la sua valutazione, presentava segnali di allarme solo verso le ore 06:00.*

*G[redacted] - 06:30.*

*PUBBLICO MINISTERO - 06:30 ecco. Lei ha analizzato, ovviamente, tutto il tracciato. Ecco, alle 04:00 il tracciato cardiotocografico, per quanto posso io stessa vedere, segnava un battito fetale di 100 battiti al minuto. Questo sarebbe stato un valore allarmante oppure no? Io se vuole glielo posso fare vedere.*

*G[redacted] - Per tutta la durata del tracciato? Perché se è una fase di bradicardia, di questo stiamo parlando, ha significato se è protratta per 15 - 20 minuti, insomma, ecco, non per un breve periodo.*

*PUBBLICO MINISTERO - Senta, ma ipotizzando che si fosse protratta perché in realtà si è protratta, adesso lo possiamo anche visualizzare per un certo periodo, sarebbe stata preoccupante?*

*G[redacted] - Anche quello rientra nel concetto di non rassicurante, quindi di mantenere, come è stato fatto, insomma un controllo.*

*PUBBLICO MINISTERO - Senta, lei la sua analisi l'ha svolta sulla base dei soli atti che ha avuto a disposizione, quindi diciamo cartelle cliniche, diario clinico, tracciati cardiotocografici.*

*G[redacted] - Sissignore.*

*PUBBLICO MINISTERO - Oppure ha visto anche, non so gli atti di indagine, quindi il verbale di sommarie informazioni e via dicendo?*

*G[redacted] - No io ho avuto solo degli atti. PUBBLICO MINISTERO - Anche per avere... G[redacted] - Cartella clinica e quella neonatologica e i tracciati, insomma tutta la documentazione medica diciamo.*

*PUBBLICO MINISTERO - Perché risulta, ce lo dice la madre, ce lo dice il padre, ce lo dice...*

*GIUDICE - Pubblico Ministero, il consulente non è che lo poteva fare sulle base delle dichiarazioni, sulla base dei risultati strumentali. Questa qua è una deduzione logica.*

*PUBBLICO MINISTERO - Dipende da quello che si è fatto...*

*GIUDICE - Non è che può andare perché quello diceva, giustamente ne può prendere atto, ma...*

*PUBBLICO MINISTERO - Ecco, prenda atto allora...*

*GIUDICE - Per tabulas si può fare la consulenza, non sulla base di quello che dichiara un testimone.*

*PUBBLICO MINISTERO - Veramente, anche sulla base di un verbale di sommarie informazioni per quanto riguarda la ricostruzione del fatto, chiaramente non per quanto riguarda le valutazioni. Ad ogni modo, lo stesso, in una situazione in cui già alle 04:00 si valutava una situazione di bradicardia, quali sarebbero stati gli adempimenti che avrebbe dovuto compiere il medico diligente?*

*G[redacted] - Continuare a monitorizzare intensivamente per come è stato fatto nella gravidanza e, considerato il fatto, appunto, che non si era ancora raggiunta la trentaseiesima settimana compiuta, cercare di rallentare questo travaglio pretermine per avere il tempo di proprio fare una valutazione completa. Nello stesso tempo però prepararsi per l'emergenza e quindi fare preparare la signora con i suoi esami, il suo elettrocardiogramma, tutto quello che poteva poi essere utilizzato in caso di emergenza per non doverlo rifare.*

*PUBBLICO MINISTERO - Ecco, questa è un'altra considerazione che volevo sviluppare con lei. Lei sembrava sicuro che, appunto, che il M[redacted], il Dottore A[redacted] avesse predisposto un parto cesareo, ma da quale atto, cartella clinica, diario clinico ha desunto questa sicurezza, del fatto che fosse predisposto un qualche cesareo?*

*G[redacted] - Non... Ecco in questo momento non glielo so dire esattamente dov'era, ma c'era, il fatto che la signora poi è stata portata in sala operatoria praticamente già con tutti gli esami già pronti e quindi era già predisposta alle sette e mezza quando è stato insomma. PUBBLICO MINISTERO - Veramente non mi pare che la signora sia mai stata portata in sala operatoria, è stata portata in sala travaglio.*

*G[redacted] - Scusi ha partorito, ha partorito ed erano stati allertati l'anestesista, questo risultava, che erano stati allertati l'anestesista e il neonatologo che mi pare che non siano, comunque, intervenuti, non siano arrivati in tempo, ma erano stati allertati e questo non c'è...*

*PUBBLICO MINISTERO - Senta, io leggo qui il, dovrebbe essere già prodotto agli atti, un foglio del diario clinico che dovrebbe avere redatto il medico operante, quindi il Dottore A[redacted] Quindi ci sono quattro voci in cui viene iniziata, non so, in reparto dal pronto soccorso, viene inviata dal reparto del pronto soccorso la paziente con disturbi (inc.), ingravida alla trentaseiesima di gestazione. Sentito il motivo per cui veniva inviata, si procedeva ad esame cardiotocografico che inizialmente presentava una frequenza di base di, qui non si capisce bene se c'è 100 battiti al minuto. Si decide di eseguire subito un prelievo per gli esami ematochimici, gruppo sanguigno, filtro RH e compatibilità, nonché l'elettrocardiogramma. Intanto si nota, intanto un miglioramento della frequenza (inc.) e contrazioni di scarsa entità. Si procede con la cardiotocografia in attesa degli esami già avviati. Alle ore 06:15 si effettua un esame ecografico ed una visita ostetrica che evidenzia, presumo, la, allora... Qui non si legge, parla del secondo feto ed una dilatazione di circa 5 centimetri, si decide di trasferirla in sala transito la paziente che si continua a monitorare. Ecco, qui noi poi abbiamo sentito anche, appunto, la partoriente che ci dice che è stata visitata dal cardiologo, che è stata sottoposta ad un esame di elettrocardiogramma alle ore 05:00. Già alle 04:00 comunque il medico A[redacted] aveva verificato una frequenza di base di 100 battiti al minuto. E come mai, quindi, questo parto cesareo non è stato fatto e non è stato predisposto e quindi ancora alle 07:00 si discuteva se fare questo parto cesareo oppure no? Questa è una condotta diligente?*

*G[redacted] - Ma diligente, intanto le faccio notare che ha risposto lei alla sua stessa domanda nel senso che effettivamente, aveva chiamato il cardiologo, aveva fatto l'elettrocardiogramma, ha fatto fare gli esami, è una predisposizione ad un eventuale intervento di emergenza, che non deve essere per forza il cesareo perché questa metizzazione, quella signora alle 05:00 ha già 5 centimetri di dilatazione, c'aveva un travaglio che malgrado i tentativi di rallentarlo andava rapidamente avanti.*

*PUBBLICO MINISTERO - Scusi, ma i tentativi di rallentarlo da dove li ha desunti, sono stati dati dei farmaci alla signora che hanno rallentato dei travaglio? Io so che ci sono dei farmaci per accelerare il travaglio, ci saranno anche dei farmaci per ritardarlo, però mi risulta dalla cartella clinica che siano stati dati questi farmaci. G[redacted] - Degli antispastici mi pare che erano*

*stati fatti e comunque il monitoraggio intensivo era stato praticato con il riposo a letto, prendere una vena e il monitoraggio intensivo sono delle pratiche di attesa, di sorveglianza ecco, non di attesa inerte, di sorveglianza. E nel frattempo è un travaglio che procede con regolarità e va anche molto speditamente avanti, perché dovrebbe essere più rapido mettere su un cesareo piuttosto che con 5 centimetri, arrivare a 8 centimetri, quanti sono sufficienti per fare nascere un gemello? PUBBLICO MINISTERO - Queste sono sue valutazioni.*

*G[redacted] - Non c'è un rapporto diretto, che purtroppo questa cosa è (inc.) infatti si dice sempre che si fanno i processi perché non è stato fatto un cesareo e mai perché è stato fatto. Ma questo è semplicemente, in generale, una medicina difensiva, cioè fare degli interventi che valgono semplicemente a precostituire... PUBBLICO MINISTERO - Diciamo che i cesarei alle 04:00 di notte non vanno per la maggiore, questo senza dubbio. Ma voglio sapere un'altra cosa da lei, quindi a suo avviso, sostanzialmente, il tracciato bradicardico delle ore 04:00 non era tale da ingenerare un immediato intervento di parto cesareo. Se vuole glielo mostro.*

*G[redacted] - No, no, la ringrazio, ce l'ho perfettamente presente. No perché su un solo tracciato di venti minuti, in una gravidanza gemellare, pretermine, con un trasduttore non è che si può assumere una decisione, si assume la decisione di continuare a fare una sorveglianza, di ripeterlo nel frattempo gli facciamo fare gli esami, ci teniamo pronti ma andiamo avanti con la sorveglianza. Il precipitarsi ad intervenire, tra l'altro dico questo è il presupposto che questo precipitarsi nell'intervenire potesse essere risolutivo, cioè che è un presupposto tutto da dimostrare. (udienza 11/1/07; pag.19-25) :*

Evidenziava inoltre lo stesso consulente della difesa la mancata effettuazione nel corso della gravidanza degli esami necessari ed in particolare dell'esame doppler , necessario secondo la giusta quota di prudenza, che avrebbe potuto evidenziare la sussistenza di sofferenze dovute al giro di funicolo rivelatosi dopo la nascita :

*G[redacted] - E se non ci abbiamo un benedetto esame istologico di placenta e membrane come si fa a dirlo, perché l'altra ipotesi, quella che immagino lei mi stava prospettando, è invece l'alterazione degli scambi placentari, proprio che ci fosse un'alterazione degli scambi materno fetali e quello, non c'è documentazione in proposito, non ne disponiamo.*

*GIUDICE - Quindi ad una conclusione i periti non arrivano... G[redacted] - No, perché dire che sia una causa ipossica o anossica, è diciamo esprimersi sulla conseguenza non sulla causa.*

*GIUDICE - Cioè la conseguenza.*

*G[redacted] - Ma conseguenza di che cosa, del giro di funicolo o della insufficienza placentare?*

*GIUDICE - Quindi il rapporto nesso di causalità eziologico qual è?*

*G[redacted] - Non sono in grado di rispondere.*

*GIUDICE - Quindi, lei non può dire che la morte sia conseguenza dello strangolamento per effetto di questo giro ombelicale o per altra causa?*

*G[redacted] - Signor Giudice io lo posso ipotizzare perché mi si dice, mi risulta dagli atti che c'è un doppio giro di funicolo, che c'è un liquido amniotico...*

*GIUDICE - Quindi potrebbe essere.*

*G[redacted] Di un feto, di uno, mentre l'altro... GIUDICE - Noi parliamo...*

*G[redacted] - E questo naturalmente fa pensare di più a una causa funicolare, legata al funicolo di quel feto perché una causa più generale, di tipo placentare, avrebbe coinvolto tutti e due se c'era un distacco di placenta. GIUDICE - Ove fosse stata questa la causa dell'exitus, era una condizione, intanto il giro di funicolo è una condizione patologica, è patologica o non è patologica nel...*

*G[redacted] - E lo è quando il giro di funicolo si stringe, cosa che avviene soltanto durante il travaglio di solito, ovvero in condizioni assolutamente... non voglio dire eccezionali, ma sicuramente non frequenti in cui si formano dei nodi perché i movimenti stessi del feto determinano il cosiddetto nodo nero del funicolo, ma non risulta che ci fosse stato.*

*GIUDICE - Non risulta che ci fosse stato. Quindi, di per sé questo fatto, ecco questa situazione del funicolo, dal decorso della gravidanza si evinceva?*

*G[redacted] - No, ma stiamo attenti il funicolo neanche facendo l'ecografia si vede.*

*GIUDICE - Non si vede.*

*G[redacted] - Si può vedere, visualizzare soltanto con quello che lei dice, col doppler.*

*GIUDICE - Con l'esame doppler.*

*G[redacted] - Se si dispone di un apparecchio che ha la (inc.) doppler a colori, perché quella dà un colore rosso per il sangue...*

*GIUDICE - C'è il contrasto diciamo dell'immagine.*

*G[redacted] - Rosso e un blu per il sangue arterioso e venoso, diciamo per quello che arriva e quello che va, allora si può visualizzare il decorso del funicolo, ma solo con quello.*

*GIUDICE - Ed è un esame che si fa di routine? G[redacted] - No, è un esame di secondo livello. GIUDICE - È un esame di secondo livello. GIAMBANCO - Di secondo livello.*

*GIUDICE - Che si fa nel caso ci sia un segnale di allarme. G[redacted] - Sì, diciamo per usare il termine generico nella gravidanza a rischio.*

*GIUDICE - Nelle gravidanze a rischio. G[redacted] - Tutte quante.*

*GIUDICE - Ma questo lei diceva è una gravidanza a rischio.*

*G[redacted] - Sì.*

*GIUDICE - Quindi avrebbe comportato il decorso, durante il decorso della gravidanza un...*

*G[redacted] - Sarebbe stato...*

*GIUDICE - Un corretto protocollo medico. G[redacted] - Sì.*

*GIUDICE - Avrebbe richiesto, dato che lei dice che la gravidanza già gemellare, è di per sé una gravidanza a rischio.*

*G[redacted] - Sì.*

*GIUDICE - Avrebbe richiesto l'effettuazione di un esame del genere?*

*G[redacted] - Sicuramente sarebbe stato opportuno quantomeno, di effettuare, fra la ventiquattresima e la ventottesima settimana...*

*GIUDICE - Le risulta che sia stato fatto? G[redacted] - No.*

*GIUDICE - Agli atti? G[redacted] - No. GIUDICE - Non le risulta questo. Senta professore, per quanto invece riguarda l'altro feto, le cause della malformazione poi natale, dopo il parto, quali sono state?*

*G[redacted] - Ma, questa leucomalacia viene attribuita in proporzioni variabili diciamo, a seconda della casistica, a fenomeni ipossici o a fenomeni infettivi o a fenomeni addirittura genetici.*

*GIUDICE - Infatti lei parlava di una paralisi cerebrale. G[redacted] - La paralisi cerebrale è conseguenza di questa colliquazione, chiamiamola, del tessuto, della parte bianca.*

*GIUDICE - Perché il tessuto cerebrale non si forma bene o non è ossigenato bene e quindi non evolve bene, non matura bene?*

*G[redacted] - Nelle due condizioni diverse, diciamo in quelle legate all'ipossia è proprio perché la mancanza di ossigeno determina proprio la morte delle cellule nervose, che sono appunto perenni e quindi non vengono sostituite e nel caso delle condizioni infettive, lo stesso fenomeno avviene però per le conseguenze di una infiammazione, una infiammazione perché qualunque condizione infettiva poi porta all'aumento di sostanze che insomma, mi pare... si chiamano interleuchine, sostanze che sono caratteristiche, mediatori chimici della infiammazione e fra queste c'è anche il cosiddetto fattore (inc.) che ha, alla fine, lo stesso effetto della ipossia, cioè determina comunque una necrosi cellulare.*

*GIUDICE - Quindi, diciamo, la patogenesi può essere...*

*G[redacted] - La patogenesi può essere diversa e la conclusione di natura patologica identica.*

*GIUDICE - Certamente, come conseguenza. G[redacted] - Come conseguenza.*

*GIUDICE - E sulla base della documentazione da lei esaminata, per quali pesi lei propende?*

*G[redacted] - È un azzardo. GIUDICE - È un azzardo. G[redacted] - È un azzardo, senza avere esame istologico della placenta, della membrana è veramente un azzardo esprimere una...*

*GIUDICE - Quindi, si sarebbe dovuto fare un prelievo nel momento in cui...*

*G[redacted] - Subito dopo la nascita, conservare le placente, esaminarle, poi se si fosse avuto anche un PH ematico del funicolare al momento della nascita, insomma tutte cose...*

*GIUDICE - Un esame necroscopico fatto adesso... G[redacted] No.*

*GIUDICE - Porterebbe ad alcun risultato?*

*G[redacted] - No Signor Giudice, perché ribadisco che non è l'esame autoptico sul feto quello che... perché dall'esame autoptico sul feto, probabilmente ci riporta alle stesse situazioni di colliquazione, dopo un po' di tempo, era proprio sulla placenta e sulle membrane che sicuramente sono state eliminate.*

*GIUDICE - Che ormai sono state eliminate, perché poi, diciamo, per regola vengono...*

*G[redacted] - Se non...*

*GIUDICE - Termodistrutte dopo...*

*G[redacted] - Se non viene esplicitamente detto che devono essere conservate vengono...*

*GIUDICE - C'è un processo poi di termodistruzione. G[redacted] - Esattamente.*

*GIUDICE - Viene naturalmente avviata la termodistruzione. Lei parla di, cioè si è parlato di tracciato non rassicurante. Nel momento, sempre dagli atti che lei ha esaminato, quando si nota questo tracciato non rassicurante, in che momento?*

*G[redacted] Non rassicurante in termini non proprio di allarme estremo, già volendo è il primo che però è contraddetto dal secondo che invece diventa rassicurante. Quello che poi è francamente non rassicurante è l'ultimo, quello delle 06:30.*

*GIUDICE - Alle 06:30. G[redacted] - Sì.*

*GIUDICE - Ed era non rassicurante per quale motivo?*

*G[redacted] - Non rassicurante, sia perché conservava una certa scarsa variabilità di frequenza che però è una caratteristica piuttosto comune nei pretermini, ma perché compaiono queste decelerazioni, queste cosiddette decelerazioni variabili, cioè che hanno un comportamento non sempre sincrono con la contrazione, qualche volta sì qualche volta no e che sono, nella maggior parte dei casi, espressione di compressione del funicolo e quindi richiedono una attenzione particolare perché questa compressione del funicolo può anche decorrere senza causare danni, ma ne può causare, come ipotizziamo sia capitato al primo feto.*

*GIUDICE - Sì, professore, vediamo se ho capito bene. Dei due feti era uno solo che aveva il...*

*G[redacted] - Tutti e due avevano giri di funicolo, anche quello...*

*GIUDICE - Ah, anche l'altro. G[redacted] - Anche quello che... GIUDICE - Quello che è sopraggiunto. G[redacted] - Anche quello che è nato vivo. GIUDICE - Ma era, questo giro di funicolo, del medesimo tipo rispetto all'altro, risulta dalla documentazione? G[redacted] - No, si parla di due giri, se non sbaglio, se non mi ricordo male, proprio di due giri, ma non... non è il problema poi se sono uno o due, ma è un problema legato anche alla lunghezza del funicolo, anche quello non ce l'abbiamo perché...*

*GIUDICE - Non ce lo avete.*

*G[redacted] - Naturalmente, più è corto il funicolo più rischia di strozzare il funicolo stesso.*

*GIUDICE - Ma scusi, nel momento in cui avviene un parto del genere, gli operatori nel diario clinico non vanno a segnare, cioè non si misurano, non viene fatto... G[redacted] - No.*

*GIUDICE - Non è stato fatto.*

*G[redacted] - Come norma, per la verità, come prassi non viene misurata la lunghezza funicolare, salvo che uno non abbia la evidenza, diciamo, che c'è un funicolo molto corto o molto lungo e allora...*

*GIUDICE - Sì, dico...*

*G[redacted] - Nella buona norma sarebbe da andarlo a misurare. GIUDICE - Certamente, ma nel parto che è felice, dove... G[redacted] - Nella media no.*

*GIUDICE - Nella media no.*

*G[redacted] - Nella media non si sta a misurare, 25 - 30 centimetri è il funicolo.*

*GIUDICE - Quindi anche nel secondo feto c'era questo giro di funicolo?*

*G[redacted] - È descritto come... GIUDICE - È descritto. G[redacted] - Come anche nel secondo.*

*GIUDICE - Però non avrebbe inciso nel rapporto di causa ed effetto rispetto alle lesioni poi riportate, all'evento? G[redacted] - Ho la stessa possibilità di rispondere che nell'altro caso, cioè...*

*GIUDICE - Cioè non avendo, non essendo in possesso di elementi*

*G[redacted] - Probatori.*

*GIUDICE - Di prelievi istologici non è in grado di rispondere. Professore, per quanto riguarda, insomma sul decorso, lei diceva la gravidanza apparentemente era normale, anche se poi c'è stato un evento che poi ha indotto al ricovero della signora.*

*G[redacted] - Però Signor Giudice, io non ricordo esattamente perchè adesso deve avere pazienza, l'intervallo intercorso fra l'ultimo controllo che ha fatto in gravidanza e il ricovero, non me lo ricordo ecco perché, naturalmente, se l'intervallo è ampio, mettiamo un mese, può capitare di tutto.*

*GIUDICE - Certo. Perché man mano che si avanza nella, diciamo, il diagramma del rischio com'è...*

*G[redacted] - Chiaramente, ora di solito un controllo si fa alla trentunesima, trentaduesima settimana, è di norma farlo, quindi ci dovrebbe essere perché è il primo di quei controlli in cui è codificata la valutazione della crescita fetale, cioè*

*noi abbiamo dei controlli ecografici che sono standard, sono tre in tutto, alla dodicesima, alla ventunesima e alla trentunesima. Quello della trentunesima settimana è proprio per valutare come va la crescita fetale, quindi non me lo ricordo francamente ma dovrebbe esserci. Questo porrebbe proprio un tre quattro settimane di intervallo rispetto poi all'evento e durante quel periodo, se non abbiamo riscontri, non si può esprimere nulla.*( udienza 11/1/07; pagina 43-50 )

Rileva sul punto la Corte come una completa esposizione delle posizioni derivi anche da alcuni ulteriori squarci delle deposizioni acquisite , nel contraddittorio delle parti.

Ha evidenziato il professore G[redacted] sempre alla udienza in data 11/1/07 come in effetti la ricollegabilità della morte del prenatale e del danno cerebrale dell'altro gemello alla gestione del parto fosse "un azzardo intellettuale" considerata la complessità della situazione ed il ventaglio delle possibilità :

G[redacted] - *Sì, teniamo i toni un po, più acuti. Quindi con la gravidanza gemellare, di per sé è una gravidanza a rischio e questo, diciamo, in un certo qual modo, diminuisce la sorpresa, diciamo, di un evento sfavorevole. Ora, per quanto attiene però allo specifico diciamo, questo evento sfavorevole si è verificato, poi realizzato nell'ambito di tre quattro ore dal ricovero della signora fino all'espletamento del parto, l'espletamento del parto che ha fatto constatare come un feto fosse già premorte, perché malato, e il secondo invece vivo, ma con successiva dimostrazione di danni neurologici importanti. Ecco, l'affermare che tutto questo, cioè la morte del prenatale, del primo feto e il danno perinatale, cioè il danno cerebrale del secondo, sia avvenuto in quelle ore è francamente un azzardo intellettuale perché tutte le, ripeto, c'ho anche le...*(pag. 5 ).

La audizione dibattimentale dei medesimi periti del Tribunale invero affievoliva di molto l'originario ed apparente contrasto su alcuni punti delle tesi .

Infatti anzitutto lo stesso dottor L[redacted] concordava sostanzialmente sui limiti diagnostici della amnioscopia:

L[redacted] - *Allora in un primo momento si pensava che è una condizione di ipossia. Chiaramente noi di liquidi amniotici noi ne abbiamo, cioè la, la conduzione di liquido tinto può essere tinto, lievemente tinto, melma, cioè quindi più grave.*

*GIUDICE - Più grave.*

*L[redacted] - E quindi a questo punto il bambino che nasce deve essere subito aspirato perché può dare un problema di (inc.), quindi può dare un problema che il bambino ha difficoltà poi a respirare appunto perché intasato, le vie aeree sono intasate, ma questo è un altro problema. Questo chiaramente, noi abbiamo detto nella relazione, abbiamo parlato anche di amnioscopia, l'amnioscopia è una vecchissima tecnica, tuttavia appunto perché è stata da molti abbandonata. Noi in clinica ostetrica la facciamo, perché non come elemento diagnostico, principale, come si faceva venti anni fa, trenta anni fa, ma come un elemento aggiuntivo a una diagnosi, cioè è un elemento in più che mi dice guarda c'è il liquido amniotico pure tinto. Ma senza pretese...* ( udienza 12/7/07; pag. 18-19).

Successivamente lo stesso L[redacted] ed il G[redacted] messi a confronto, concordavano sostanzialmente sulla circostanza che tale tecnica diagnostica non potesse in ultima analisi farsi rientrare nei protocolli medici:

*L[redacted] - Scuole di pensiero diverso. Ora chiaramente che il professore G[redacted] dica che è una tecnica obsoleta non è sbagliato, ma non è neanche giusto nel senso che molti, per alcuni è una tecnica che viene adottata, attenzione, ma non come primo elemento diagnostico, ma come solamente appoggio, come ulteriore tassello a vedere, a ... è un elemento aggiuntivo, come la cardiotocografia (inc.). G[redacted] - Posso intervenire? G[redacted] signor Presidente. (inc.) con Cicerone stavolta, perché (inc.). Qua abbiamo l'amnioscopia. Va bene. Vogliamo dire allora semplicemente che non è obbligatorio farla, che nessun protocollo lo prevede? Uno può scegliere di farla, perfetto, ma nessun protocollo che possa (inc.) di farla. L[redacted] - Perfettamente d'accordo. Tanto è vero, carissimo professor V[redacted] G[redacted] io ho detto che poteva anche effettuarsi una amnioscopia. Non è che si doveva effettuare, siamo tutti d'accordo su questo, quindi...* ( udienza 12/7/07 pag.70) .

Inoltre il L[redacted] sottolineava come in effetti l'esame cardiotografico non poteva essere sostanzialmente in grado di valutare l'eventuale danno celebrale e quindi determinare l'incidenza di una anticipazione del parto sul danno medesimo:

*Quindi per noi, noi abbiamo concluso la nostra relazione dicendo che alla luce di tutti questi elementi che si sono verificati nel tracciato, la bradicardia, le decelerazioni, e questo, e tutto, e questo, eccetera, eccetera, che sono sicuramente espressioni di disagio fetale. E questo è innegabile, è innegabile. Il discorso del danno celebrale è un altro discorso ancora, però che il bambino era in una*

*condizione di compenso che il bambino aveva già consumato tutte le sue riserve di ossigeno questo è innegabile. E c'è niente da dire, assolutamente, perché altrimenti noi prendiamo tutti i cardiotocografi, prendiamo tutta la cardiotocografia, prendiamo i congressi, prendiamo le linee guida e li buttiamo tutti, perché a questo punto queste sono le basi della cardiotocografia. Questa è la ABC della cardiotocografia. Poi la valenza sul danno celebrale sono perfettamente d'accordo che non è in grado di valutare il danno, perché se il bambino ci ha un danno celebrale, tanto per fare un inciso e per capirlo tutti, la gravidanza dura nove mesi, la donna magari ha una condizione di, il bambino ha una condizione ipossica transitoria, durante il sesto mese di gravidanza che crea un danno celebrale, poi il bambino si riprende, il tracciato è perfetto, perché il cuore batte perfettamente, solo che il bambino nasce con un problema di danno celebrale. Questo, infatti per questo la cardiotocografia non è la scienza esatta*

*GIUDICE - Diciamo ha i suoi limiti, ecco.*

*L[redacted] - Ha i suoi limiti, però in questa condizione se io faccio la cardiotocografia e la faccio in travaglio di parto la devo sapere interpretare. Se io non credo a questo, non credo alla cardiotocografia non la faccio, però se io la faccio la devo sapere interpretare, e l'interpretazione giusta è che il bambino è in una condizione di ipossia sicuramente grave, chiaramente per concludere non possiamo certamente dire che se il Cesario veniva fatto un'ora prima, due ore prima, eccetera, eccetera, il bambino era perfetto. Questo lo può dire solamente il padre eterno. Noi sulla base di quello che abbiamo visto diciamo che il bambino è in una condizione di ipossia, che si doveva intervenire. Poi se il bambino nasceva buono, moriva, aveva problemi di altro tipo quello è un altro discorso. Anche perché come Lei stesso ha visto, signor Giudice, nel momento in cui è stato messo il cardiotocografo ci ha, c'è la bradicardia* ( udienza 12/7/07 pag19 20).

Il confronto tra i consulenti della difesa e i periti "smussava" sensibilmente i termini del contrasto anche in relazione alla possibile sussistenza di una causa di sofferenza prenatale e sulle percentuale di attribuibilità a cause intrapartuali del danno :

*G[redacted] - Professore M[redacted] G[redacted] Questa è naturalmente il (inc.) di ruolo, perché sicuramente chi segue questa letteratura meglio di me, come il dottore L[redacted] sa che soltanto il 7, 8% delle encefalomalacie vengono attribuite a cause intrapartum, il 92% a causa prenatali, nel corso della gravidanza. Ora io*

*non voglio entrare nel caso specifico (inc.) però se in medicina legale, e questa volta è Lei che dovrebbe insegnarlo a me, quindi il termine probabilistico ha un significato, insomma la probabilità sono per il 92% che ci fossero delle cause prenatali e non intrapartum.*

*GIUDICE - Su questa circostanza il professore L[redacted] che cosa ci dice? Sulla incidenza...*

*L[redacted] - L[redacted] per la registrazione.*

*GIUDICE - Però ancora c'è uno scambio di, e poi interverrete voi.*

*L[redacted] - Poco fa, prima della, di quello che avevo detto io circa la cardiotocofrafia, io ho premesso che io sono un tecnico, e in quanto tale ho analizzato i tracciati sulla base di quelle che sono le basi della cardiotocografia, che sono riconosciute secondo le ultimissime linee guida. Chiaramente il professore G[redacted] ha fatto un percorso estremamente intellettuale che può essere anche foriero di dubbi circa l'interpretazione del tracciato cardiotocografico. Io volevo chiarire una cosa, nessuno sta dicendo che la cardiotocografia è una scienza che può stabilire, può preventivare, può diagnostica prima un danno celebrale, perché è solamente considerato nel 6%, sono d'accordo con lui. Però...* ( udienza 12/7/07 pag. 49-50 vedi anche 30 ).

In sintesi dunque le emergenze del procedimento di primo grado facevano rilevare notevoli perplessità sulla esistenza della prova del nesso causale tra la condotta dell'A[redacted] e gli eventi di cui alle imputazioni.

Rimanevano infatti margini di incertezza , sostanzialmente anche da una attenta valutazione di quanto prospettato dagli stessi periti del Tribunale, sulla attribuibilità eziologica all'azione dell'imputato di quanto accaduto .

Le valide argomentazioni offerte dai consulenti della difesa , peraltro solo parzialmente contraddette dai periti nel corso dell'audizione prima e poi del confronto dibattimentale , avevano ulteriormente svuotato di valida forza dimostrativa le argomentazioni accusatorie.

Del tutto poi privo di certezza doveva ritenersi il giudizio controfattuale relativo ad un possibile comportamento ipoteticamente alternativo da parte dell'imputato.

Rimaneva dunque la valutazione da parte dei periti di una prospettata necessità di un anticipazione del momento del parto del tutto invero sufficiente a consentire un giudizio di condanna.

L'approfondimento operato dalla Corte attraverso l'espletamento di nuova perizia ha ulteriormente rafforzato il percorso logico che conduce alla assoluzione dell'imputato.

Prima di analizzare le risultanze dell' analisi condotti dai periti nominati dalla Corte appare opportuno evidenziare sul punto come anche dalle valutazioni offerte attraverso la relazione dai consulenti del P.G. emergono notevoli elementi di perplessità in ordine alla sussistenza di prova certa a carico dell'imputato .

Hanno concluso infatti gli stessi il proprio elaborato assumendo che "la condotta del Dott. A[redacted] non appariva conforme ai criteri della scienza medica in relazione alle circostanze del caso concreto, sin dal momento del ricovero della Q[redacted] come sopra ampiamente motivato. La tempestività della diagnosi e/o dei conseguenti interventi avrebbe evitato almeno in parte gli eventi lesivi a carico dei due gemellini. Il momento del parto si sarebbe dovuto anticipare, in particolare intervenendo con la tecnica del parto cesareo. ".

L'affermazione sopra contenuta , se apodittica nel "tono espositivo" appare invero fortemente ridimensionata qualora esaminata nel contesto della elaborazione .

I medesimi consulenti del P.G. infatti con grande correttezza e precisione hanno effettuato una ricostruzione dell'intera vicenda che adombra notevoli dubbi sulla sussistenza di prova della responsabilità dell'imputato.

Si intravedono invero per un verso significative "ombre" sulla preesistente condotta del ginecologo della Q[redacted] dottor F[redacted], dall'altro notevoli momenti di iato logico quanto alla correlazione tra l'operato dell'imputato , il suo comportamento alternativo ipotetico , e quanto accaduto .

Senza che possa tralasciarsi di rilevare come i "cennati" dubbi che si intravedono sull'operato del F[redacted] non possano che implementare la "difficoltà" di inquadrare con certezza la reale situazione che l'A[redacted] di trovò a fronteggiare e conseguenzialmente a valutare in termini di responsabilità penale il suo operato.

Hanno infatti sottolineato i consulenti del P.G. che la gravidanza gemellare, di per sé, è una gravidanza a rischio che necessita un iter diagnostico-terapeutico assolutamente diverso rispetto alla gravidanza singola. Le linee guida della SIEOG indicano la necessità di eseguire una ecografia nel primo trimestre di gravidanza per visualizzare l'impianto in sede uterina della camera ovulare (o sacco gestazionale) ed il loro numero. Tale esame è fondamentale per porre

diagnosi di gravidanza unica o plurima e, nella seconda ipotesi, per valutare la corionicità/amnioticità. Questo dato, fondamentale per il corretto inquadramento della gravidanza (e del caso in esame), nel caso in specie purtroppo mancava : i periti erano riusciti ad avere dai signori P[redacted] solo delle fotocopie delle immagini ecografiche in loro possesso, senza referto, con suindicati il nome della paziente e la data della settimana di gestazione (prima ecografia eseguita a 5.2W, seconda a 11.5W, terza a 19.5W, quarta a 23.5W e quinta a 24,6W).

Deduttivamente, sulla base di quanto in atti, si poteva secondo i consulenti con certezza affermare che quella in esame era una gravidanza gemellare biamniotica (si era avuta rottura delle membrane in due momenti diversi e successivi, prima per il gemello nato morto e poi per il secondo nato), forse monocoriale (nella lettera di trasferimento del piccolo D[redacted] presso la terapia intensiva neonatale viene indicata "placenta normale"). Tale condizione predisponeva alla sindrome da trasfusione feto-fetale" (TTTS – dall'inglese twin to twin transfusion syndrome), patologia che potrebbe giustificare la discrepanza del peso tra i due gemelli e probabilmente, in parte, anche le lesioni cerebrali ipossico-ischemiche cerebrali riscontrate nel piccolo D[redacted]

Sottolineavano in particolare i consulenti del P.G. che "l'indice di mortalità perinatale per le gravidanze gemellari è tre volte superiore rispetto alle gravidanze singole ed i maggiori rischi sono legati alla monocorialità, alla maggiore frequenza e precocità del parto pretermine e al difetto di crescita. È ampiamente dimostrato che anche la morbilità perinatale è più frequente nelle gravidanze multiple. Infatti i bambini nati da gravidanze plurime includono ben il 23% di tutti i bambini nati con basso peso alla nascita, con un rischio relativo di peso alla nascita < 1500 grammi di dieci volte superiore rispetto al rischio dei nati da gravidanze singole (Alvarez M. et al: Multifetal Gestion. Clin. Obstet Gynecol 1990 Mar; 33(1):79-87; Lee YM et al.: Twin chorionicity and the risk if stillbirth. Obstet Gynecol 2008 Feb; 11:301-8; Bornstein E. et al: Prematurity in twin pregnancy. Minerva Ginecol. 2009 Apr; 61(2): 113-26; Resnik R, Intrauterine growth restriction, Obstet Gynecol 2002; 99:490-496). Il rischio di avere almeno un neonato con danni cerebrali da gravidanza multipla è ... dell'1.5% per le bigemine ... (Yokoyama Y et al: Prevalence of cerebral palsy in twins, triplets and quadrplets. Int J Epidemiol. 1995 Oct; 24(5): 934-8; Petterson B, Nelson KB, Watson I et al.: Twins, triplets and cerebral palsy in birth in Western Australia in

the 1980s. BMJ 1993; 307 (6914): 1239-43)" [1]. "In letteratura - sottolineavano ancora i consulenti del P.G. - vengono riportate percentuali di mortalità fetale gravidanze bicoriali biamniotiche del 9%, per le monocoriali biamniotiche del 25%; è riportato anche un rischio di circa 1:350 di trasfusione feto-fetale in travaglio con morte improvvisa dei due feti. I controlli clinici ed ecografici, dal secondo trimestre in poi, dovrebbero essere effettuati ogni quindici giorni per evidenziare anche tale patologia e per valutare la regolare crescita dei feti. Anche di tale attività diagnostico-ecografica relativa alla gravidanza della Q[redacted] non si dispone di alcuna documentazione".

Spiegavano con puntualità i medesimi consulenti del P.G. che per quanto attiene alle lesioni ipossiche nel feto e nel neonato, che risultava dalla letteratura scientifica sull'argomento che "Una lesione organica presente alla nascita era in passato male interpretata e perciò veniva attribuita ad un trauma ostetrico.". "Il danno ipossico-ischemico cerebrale fetale o perinatale, rappresenta un'evenienza drammatica che può complicare il decorso della gravidanza e lo svolgersi del parto, configurandosi come uno dei momenti che maggiormente attrae il contenzioso medico-legale in materia di responsabilità ostetrica". "Nella maggior parte dei casi il danno ipossico ha origini prenatali ed è quasi sempre il risultato di complicazioni di natura endogena; meno spesso lo si può attribuire a fattori ostetrici estrinseci. L'ipossia è la causa più importante di mortalità e morbilità neonatale – il processo patologico che determina un maggior numero di nascite di feti morti e di decessi di neonati e la causa più importante di deficit neurologico cronico riconducibile al periodo perinatale. ... Tutte le strutture viscerali e somatiche dell'organismo umano sono soggette ai danni dovuti all'ipossia. Nel feto, come nell'adulto, l'ipossia causa delle lesioni tessutali di gravità variabile, un danno al parenchima ed allo stroma che può essere o meno reversibile. La necrosi dei tubuli renali e la degenerazione grassa delle cellule epatiche sono reversibili ed è possibile la rigenerazione degli elementi cellulari distrutti. Dei cambiamenti di tipo compensatorio tendono similmente a verificarsi nel muscolo cardiaco ed in altri organi. Nel cervello, tuttavia, le cellule nervose, che sono gli elementi cellulari più altamente specializzati, risentono rapidamente di una carenza di ossigeno e una volta distrutte non vengono più sostituite. I processi che durante la

vita fetale e neonatale portano ad un danno cerebrale ipossico presentano meccanismi patogenetici analoghi a quelli che si riscontrano nella sindrome della morte cerebrale per sofferenza respiratoria dell'adulto. Gli stessi meccanismi fanno si che in altre circostanze, spesso nella vecchiaia, una insufficienza cardiaca porti ad una stasi venosa endocranica con conseguente trombosi, determinando così un rammollimento cerebrale. La patogenesi della lesione ipossica nel feto e nel neonato, ovvero del danno all'encefalo e ad altri organi, evolve attraverso una serie ben precisa di processi clinico-patologici e si realizza in tre fasi consecutive, ciascuna delle quali induce rapidamente la successiva. La complicanza ipossica iniziale ... conduce ad una insufficienza cardiaca congestizia e ad una stasi circolatoria sistemica nel feto, che comporta a sua volta l'infarto venoso viscerale (cerebrale) e l'emorragia.".

Inoltre sempre dalla letteratura scientifica emergeva , che "Quando il parto è prematuro, la lesione ipossica o traumatica, più o meno grave, costituisce una minaccia che sovrasta il feto fragile ed impreparato. ... In un primo tempo, con l'insorgenza della complicazione prenatale, si verifica di solito un periodo iniziale di ipossia; l'alterazione intrauterina, solitamente di origine placentare ... oltre a determinare rapidamente l'inizio del travaglio, causa allo stesso tempo una ipossia fetale.".

Nel caso in esame, sottolineavano i medesimi consulenti ,tale condizione sembrava essere provata dai caratteri descritti in cartella circa il liquido amniotico fortemente tinto. "... dopo avere sopportato il parto per via vaginale, il piccolo neonato prematuro, ipossico e traumatizzato, potrà subire un'altra complicazione ipossica, l'insorgenza della pneumopatia delle membrane jaline – la sindrome da distress respiratorio – con il risultato che un ulteriore danno ipossico cerebrale andrà ad aggiungersi a quello già acquisito durante la vita fetale. ".

E proprio con diagnosi di "distress respiratorio" , veniva ancora evidenziato , il piccolo D[redacted] P[redacted] aveva avuto necessità di essere trasferito presso reparto di Terapia intensiva neonatale di altro ospedale per le necessarie cure.

Nel caso in esame la sofferenza fetale cronica era testimoniata dai bassi pesi alla nascita dei feti (I feto al 10° centile e il II feto pari alla 33W). Purtroppo la prematurità aveva comportato ulteriori patologie (distress respiratorio, emorragie cerebrali). La presenza dei giri di funicolo non aveva fatto altro che aggravare lo stato di sofferenza presente.

Invero dunque rileva la Corte come i consulenti avessero ritenuta sostanzialmente dimostrata la sussistenza di una sofferenza fetale cronica , dunque di una pregressa patologia assai grave dei feti che , insieme alla assenza delle risultanze di una serie di "doverosi" accertamenti diagnostici da effettuarsi durante tale tipologia di gravidanze a "grande rischio" , lasciava una serie di dubbi invero insuperabili sia sui danni che al momento del parto già i feti avevano irreversibilmente subito , sia , e non avrebbe potuto essere diversamente , su quello che avrebbe potuto essere l'effetto di un comportamento ipoteticamente alternativo dell'A[redacted].

I consulenti del P.G. dunque ritenevano che poteva considerarsi negligente inerzia del medico ginecologo di guardia Dott. A[redacted] che , per primo aveva visitato la paziente intorno alle ore 06:05. l'avere allertato il personale reperibile per l'effettuazione del parto cesareo soltanto alle ore 07:00, poco prima della rottura delle membrane con espulsione spontanea del primo feto.

Pertanto la condotta del Dott. A[redacted] , sempre secondo i predetti consulenti , non appariva conforme ai criteri della scienza medica in relazione alle circostanze del caso concreto, sin dal momento del ricovero della Q[redacted]

La tempestività della diagnosi e/o dei conseguenti interventi avrebbe evitato secondo gli stessi almeno in parte gli eventi lesivi a carico dei due gemellini. Il momento del parto si sarebbe dovuto anticipare, in particolare intervenendo con la tecnica del parto cesareo.

Tali conclusioni dei consulenti , a prescindere da quanto si avrà modo di osservare in relazione a quanto rilevato dai periti all'uopo nominati nel corso del dibattimento di secondo grado , appaiono , quanto al loro apparente carattere di certezza , fortemente minati alla base da quanto dai medesimi consulenti rilevato nel corso della loro relazione .

Gli stessi infatti avevano , come sopra visto , rilevato i segni di una preesistenza sofferenza fetale dai contorni non definibile ma di sicura gravità, che poteva ritenersi avere determinato notevoli danni nei feti .

Ed avevano inoltre evidenziato la assenza della ( doverosa) documentazione medica che avrebbe dovuto rilevare la corretta esecuzione , durante la gravidanza a rischio , del protocollo medico di diagnosi ed analisi del decorso della gravidanza medesima.

Ulteriori elementi quali la prematurità e i giri del funicolo ombelicale erano ulteriormente intervenuti su una situazione di grave e soprattutto imponderabile situazione di base .

Coerentemente dunque i consulenti del P.G. avevano dunque rassegnato le conclusioni assumendo che la causa certa del decesso del piccolo P[redacted] V[redacted] non poteva essere determinata in mancanza di esame autoptico sul corpicino del neonato e di esame anatomopatologico della placenta. Il piccolo aveva un peso di gr. 1780, inferiore a quello del gemello e corrispondente al 33W, con un ritardo di crescita, pertanto, di circa tre settimane.

Invece le lesioni del piccolo D[redacted] P[redacted] erano rappresentate da grave encefalopatia multicistica su base ipossico-ischemica, così come documentato dagli esami ecografici e radiologici eseguiti dopo la nascita, in momenti successivi. Non era tuttavia possibile stabilire con certezza le cause che avevano determinato l'ipossia-ischemia, potendosi ipotizzare anche una sindrome da trasfusione fetale-fetale. Mancando dati relativi alla gravidanza, nulla poteva dirsi circa eventuali segni di sofferenza prenatale. Era possibile affermare, solo a posteriori, che poteva esserci stata una noxa patogena causa del ritardo di crescita osservato alla nascita.

Conclusivamente quanto al nesso tra condotta ed evento ritenevano i consulenti che dovesse ravvisarsi un nesso di concausalità certo tra la condotta del Dott. A[redacted] e gli eventi a carico dei due neonati, anche se non era possibile, con i dati in possesso, quantificare l'entità del danno cerebrale attribuibile all'errato comportamento del Sanitario e quanto lo stesso avesse da solo influito sul determinismo del decesso del primo feto.

Sul punto rileva la Corte quanto segue .

Invero la su riportata conclusione dei consulenti , a prescindere dalla dirimente valutazione dei periti nominati dalla Corte , si rivelano sostanzialmente contraddette , quanto alla loro certezza , dalla rassegnata analisi dei medesimi consulenti.

Non può invero non evidenziarsi come la concreta rilevazione di segni univoci della predetta grave sofferenza prenatale , non possa non porre nel solco del dubbio la determinazione "certa" di un nesso causale tra la condotta dell'imputato e l'evento verificatosi .

Appare peraltro contraddittoria da parte dei consulenti la coesistenza da un lato dell'affermazione secondo la quale "la causa certa del decesso del piccolo P[redacted] V[redacted] non può essere determinata in mancanza di esame autoptico" ( pag. 109 c.t.) e dall'altro la determinazione di un nesso di causalità certo tra la condotta dell'A[redacted]ed il decesso (pag 110 c.t.).

La successiva asserzione , secondo la quale "non è possibile, con i dati in nostro possesso, quantificare l'entità del danno cerebrale attribuibile all'errato comportamento del Sanitario e quanto lo stesso abbia da solo influito sul determinismo del decesso del primo feto" rispetto alla morte di V[redacted] non appare per nulla elidere la contraddittorietà dei due giudizi interni alla consulenza.

Quanto al D[redacted] rileva la Corte come , a prescindere da quanto sopra evidenziato , da un punto di vista squisitamente logico la assoluta "indeterminabilità" sia pure con criterio di accettabile o proponibile approssimazione del quantum di partecipazione causale della condotta dell'A[redacted] , appare porsi sintonicamente nell'alveo di una difficoltà argomentativa di una effettiva sussistenza e dunque incidenza della condotta medesima , nel complesso e per certi versi indefinibile spettro della situazione preesistente al suo intervento .

Anche la medesima consulenza offerta dal P.G. , in assenza di certezze, dunque pare porsi a fondamento di un giudizio assolutorio .

Ma la perizia effettuata ne corso del giudizio di secondo grado su impulso di questa Corte , in accoglimento della richiesta difensiva , si dimostra del tutto dirimente nel senso assolutorio .

Appare infatti del tutto evidente all'esito dell'elaborazione peritale che , pur ritenendo i medesimi periti il mancato rispetto da parte dell'imputato di tutti i criteri di diligenza , non risulta tuttavia la prova certa del nesso tra la condotta dell'A[redacted] e l'evento .

Deve anzitutto come in maniera troncante "anticiparsi" come con riferimento al decesso di P[redacted] V[redacted] i periti sottolineavano che , in assenza di riscontro diagnostico sul feto di questo gemello, era possibile soltanto procedere ad "ipotesi diagnostiche" . Ulteriore elemento di criticità era costituito dalla impossibilità di attribuire all'uno od all'altro rispettivamente dei gemelli i tracciati ctg pervenuti. Risultava ipotizzabile una asfissia intrapartum (tracciato cardiotocografico con anomalie patologiche, liquido tinto di meconio, riscontro

alla nascita di patologie funicolari); esistevano tuttavia elementi di valenza patologica riconducibili al decorso della gravidanza. Infatti, la discordanza di peso tra i due gemelli poteva essere considerata come l'espressione di una sofferenza fetale antepartum con ridotta capacità di tolleranza ad ulteriori stress. Entrambi i feti presentavano al momento della nascita patologie cordonali che avevano potuto rappresentare fattori di sofferenza fetale aggiuntiva intrapartum. Tale sofferenza fetale aggiuntiva aveva potuto determinare l'exitus del piccolo P[redacted] V[redacted] di più basso peso (1780 grammi) e con una verosimile minore capacità di compenso emodinamico antepartum.

Dunque con riferimento al decesso di P[redacted] V[redacted] concludevano con coerenza logica i periti come ogni valutazione si muoveva nell'ambito dei meri giudizi ipotetici in assenza degli indispensabili dati scientifici .

In riferimento comunque inoltre ad entrambi gli eventi del tutto sfornito di prova risultava , secondo i periti , l'ipotizzabilità di un diverso esito della vicenda in presenza di una condotta differente da parte dell'imputato , secondo il giudizio "contro fattuale" imposto dalla Suprema Corte" nel ricordato orientamento delle sezioni unite.

Ma le cennate questioni relative alla condotta ed al menzionato giudizio contro fattuale , osserva la Corte , vanno partitamente esaminate .

L'analisi della condotta dell'A[redacted], per quanto complessivamente deducibile dagli atti, mostrava secondo i periti una incomprensibile attesa nell'anticipazione del parto. Il primo monitoraggio ctg condotto alle ore 4.08 sul primo feto ed alle ore 4.59 sul secondo feto, un terzo tracciato era stato eseguito alle ore 5.56, ma non si evinceva a quale feto riferibile. Dalle ore 6.30 fino alle ore 7.20 (nascita del primo feto) e fino alle ore 7.45 (nascita del secondo feto) non erano evincibili dagli atti elementi riferibili ad altri monitoraggi cardiotocografici.

In tutti i tracciati eseguiti , secondo i periti , erano evincibili anomalie che dovevano porre in allarme il sanitario, quantomeno predisponendo un monitoraggio continuo al fine di valutare la possibilità di esecuzione di un taglio cesareo.

Rilevavano ancora i periti che non risultava effettuata una adeguata monitorizzazione del tracciato cardiotocografico.

Quanto invece alla prevedibilità degli eventi lesivi . in considerazione della condizione di gemellarità, di prematurità, di discordanza della crescita fetale. rilevavano gli stessi che era altamente ipotizzabile una condizione di sofferenza antepartum, che aveva potuto agire in modo considerevole nella co-determinazione dei danni patiti dai feti.

Secondo i periti dunque sussisteva nesso di causalità tra la condotta dell' A[redacted] e gli eventi lesivi dei due neonati, da ravvisarsi relativamente alla sola conduzione intrapartum; si riteneva che tale condotta omissiva avesse svolto un ruolo concausale nella determinazione degli esiti infausti. in aggiunta alla condizione di verosimile sofferenza antepartum, maturata nel corso della gravidanza.

Ma proprio l'analisi della situazione ante partum portava i periti medesimi ad una serie di valutazioni assai complesse su quella che era stata la conduzione medica della gravidanza e soprattutto sulla documentazione relativa al decorso della stessa, invero del tutto carente in violazione dei protocolli in materia .

Evidenziavano infatti i periti come fosse di primaria importanza anzitutto in caso di gravidanza gemellare stabilire la "corionicità", termine che identifica il numero delle placente.

Si parla di gravidanza monocoriale quando è presente un'unica placenta e di gravidanza bicoriale quando si rilevano due placente distinte. In percentuale, l'80% delle placente sono bicoriali: i nascituri saranno gemelli dizigoti nel 90% dei casi e gemelli monozigoti nel restante 10%, qualora la scisione avvenga precocemente. Il restante 20% è rappresentato da gravidanze monocoriali: in tal caso i gemelli saranno inevitabilmente monozigoti.

La determinazione della corionicità veniva definito come uno dei fattori più rilevanti per la gestione clinica della gravidanza gemellare, dato che la precoce identificazione di una gravidanza monocoriale consente la pianificazione di un protocollo di maggiore sorveglianza per le complicanze che più frequentemente ricorrono in queste pazienti (materne e fetali). In letteratura, infatti, vengono riportate percentuali di mortalità fetale per le gravidanze bicoriali-biamniotiche del 9%, per le gravidanze monocoriali-biamniotiche del 25%, mentre per le gravidanze monocoriali-monoamniotiche la mortalità supera il 50%.

Nel caso in esame il riscontro di due sacchi amniotici al momento del parto escludeva che si potesse trattare di una gravidanza monoamniotica (evento possibile solo in caso di gravidanza monozigotica, per cui si poteva escludere che

si potesse trattare di una gravidanza monocoriale monoamniotica). Rimaneva quindi ipotizzabile che si potesse trattare di una gravidanza monozigotica, bicoriale biamniotica o monocoriale biamniotica, ovvero di una gravidanza gemellare dizigotica (sempre bicoriale biamniotica).

Ultimo elemento utile all'inquadramento di una gravidanza gemellare era la definizione della "amnionicità". In relazione al numero di cavità amniotiche si parla di gravidanza monoamniotica, quando è presente un solo sacco, e di gravidanza biamniotica quando i sacchi sono due.

In considerazione di quanto sopra esposto ed in ragione delle diverse complicanze cui possono andare incontro le gravidanze gemellari in base alla zigosità, alla amnionicità ed alla corionicità, sottolineavano i periti come fosse ormai prassi consolidata, da diverse linee guida prodotte da varie Società Scientifiche, che dovesse essere eseguita una ecografia nel corso del I trimestre di gravidanza al fine di stabilire, con ragionevole certezza, la corionicità e l'amnionicità di una gravidanza gemellare. Tale informazione diventava indispensabile per pianificare il corretto management di una gravidanza gemellare.

In particolare le linee guida della SIEOG, Società italiana di Ecografia ostetrico Ginecolo-gica (Ed. Editeam 2002), fanno riferimento allo studio della amnionicità e della corionicità nel corso dell'esecuzione dell'ecografia del I trimestre di gravidanza (per primo trimestre si intende il periodo di età gestazionale fino a 13 settimane e 6 giorni).Tra le finalità dell'esame ecografico nel I trimestre d raccomandano la "visualizzazione dell'impianto in sede uterina della camera ovulare (o sacco gestazionale) ed il loro numero". Tra i parametri da ricercare nel corso dell'esame viene espressamente specificato che "in caso di gravidanze plurime è necessario valutare la corionicità/amnionicità (Evidenza II-a. Livello di raccomandazione A)".

Un livello di raccomandazione A si riferisce ad una raccomandazione basata su buone e concordi evidenze scientifiche in letteratura (nel caso specifico sono presenti meta-analisi di studi osservazionali, di coorte o caso-controllo).

Nella pratica clinica, per determinare con certezza la corionicità e l'amnionicità nelle gravidanze multiple, è necessario uno studio ecografico non prima delle 7/9 settimane di amenorrea e non oltre 11/12 settimane. In tale epoca gestazionale possono essere evidenziati alcuni specifici quadri ecografici che consentono di identificare sia la corionicità che l'amnionicità in caso di gravidanza gemellare.

A tal proposito evidenziavano i periti un dato assai allarmante .

Nel caso in esame non risultavano agli atti processuali esami che la paziente avesse effettuato nel corso del primo trimestre di gravidanza effettuate al fine di identificare la corionicità e l'amnionicità della gravidanza gemellare della Q[redacted]

Non risultavano altresì referti ecografici del II trimestre che, sia pure con minore attendibilità, potessero aiutare ad inquadrare compiutamente la gravidanza gemellare.

Ma la conduzione della gestione medica della gravidanza presentava un'altra anomalia .

Sottolineavano infatti i periti come tra i disturbi della crescita fetale, il ritardo di crescita intrauterino (IUGR) è un problema che si presenta più frequentemente nella gravidanza gemellare rispetto alla singola. In letteratura è riportata un'incidenza variabile in relazione al diverso tipo di definizione utilizzata, alla corionicità, alla razza, al sesso, all'ordine del gemello e risulta comunque compresa tra il 12% ed il 47%. Al di là del meccanismo fisiopatogenetico sottostante, il riscontro di IUGR risulta associato ad un aumento della mortalità perinatale e della mortalità neonatale rappresentando quindi un problema importante per quanto concerne il monitoraggio e la gestione clinica delle gravidanze gemellari.

La letteratura sull'accrescimento dei gemelli fa invece spesso riferimento ai 2 gemelli presenti nello stesso utero. La discordanza di accrescimento, calcolata come percentuale di differenza tra pesi stimati, assume nei lavori pubblicati notevole importanza rispetto all'esito feto-neonatale e viene spesso considerata patologica indipendentemente che sia presente restrizione di crescita di un feto. Il grado di discordanza considerato anormale è molto variabile e riportato, secondo le diverse casistiche, tra il 15% ed il 40% di differenza di peso stimato; le direttive attuali considerano significativa ai fini del rischio della gravidanza una discordanza di almeno il 20% di differenza tra i 2 gemelli da considerare critico rispetto all'outcome (American College of Obstetricians and gynecologist. Special problems in multiple gestation. Washington DC: The College; 1998. Educational Bulletin N° 253).

Nel caso oggetto evidenziavano i periti che i feti, al momento della nascita pesavano ripettivamente: I feto 1750 grammi e II feto 2180 grammi con differenza di peso (calcolata in % come: peso del gemello più grande – peso del gemello più

piccolo / peso del gemello più grande x 100) del 19.7%. Tale discordanza di peso tra i 2 gemelli, secondo quanto raccomandato dall'American College of Obstetrician and gynecologist, era da considerare ai limiti della criticità rispetto ad un outcome neonatale sfavorevole.

Riguardo al monitoraggio della crescita fetale nel corso del terzo trimestre di gestazione, non erano disponibili referti ecografici che potessero consentire una valutazione del trend di crescita. Il Dott. F[redacted] ginecologo che aveva in cura la paziente nel corso della gravidanza, aveva dichiarato che la crescita fetale era stata regolare fino all'ultimo controllo da lui effettuato circa 10 giorni prima del parto.

A tal proposito veniva evidenziato nella consulenza che" le linee guida 2002 della SIEOG sull'ecografia ostetrica del terzo trimestre hanno come finalità la valutazione della crescita fetale e come indicazione la gravidanza plurima (evidenza III-livello di raccomandazione B). La modalità di esecuzione dell'esame biometrico prevede la misurazione del diametro bi parietale (DBP) e possibilmente della circonferenza cranica (CC), della circonferenza addominale (CA) e della lunghezza del femore (F). Nelle gravidanze plurime l'esame deve essere effettuato per ciascun feto, avendo cura di annotare le caratteristiche in modo tale che ciascun feto venga correttamente identificato ad ogni esame. Deve essere sempre redatto un referto scritto.... "

Rileva dunque la Corte come la mancata documentazione , invero come visto doverosa, da parte del medico curante dottor F[redacted] , di una serie di elementi di importanza assoluta in relazione alla conduzione della gravidanza , mina la credibilità di quanto dallo stesso dichiarato nel corso del dibattimento .

Appare infatti assai incerta la sua credibilità attesa la possibilità che il medesimo, che come visto non ha fornito tutta la documentazione "cui era tenuto" a riscontro del protocollo medico necessario , possa non avere rappresentato "con chiarezza e completezza" tutti gli elementi a sua conoscenza al fine di evitare un coinvolgimento nella responsabilità di quanto accaduto .

Dall'altro lato non può ancora non evidenziarsi come ebbe comunque a mancare all'A[redacted] al momento del suo intervento , una completa conoscenza di tutti gli elementi che avrebbero potuto indurlo ad una diversa condotta .

Peraltro , va in ultimo notato con conseguenti logiche invero troncanti , la mancata documentazione alla quale si è fatto cenno , non consente di esplorare

con sufficienza la sofferenza fetale che precedette il parto , impedendo ogni giudizio di certezza sia sul contributo causale dell'A[redacted] sia comunque sul più volte menzionato giudizio contro fattuale conseguente ad una sua diversa ipotizzabile condotta.

In sintesi cioè , vale la pena ribadire e sottolineare , i periti evidenziavano sul punto che dalle deposizioni del medico curante era riferita una normalità del decorso della gravidanza. Erano stati acquisiti agli atti alcune immagini ecografiche che riportavano un riferimento al Dott. F[redacted] V[redacted] senza referti allegati, ed in particolare:

- N. 1 immagine riferita ad un esame ecografico eseguito il 15 marzo 2002 quando la paziente era alla 5.2 settimana di gestazione (Ultima mestruazione regolare il 6 febbraio 2002 – Epoca presunta del parto il 13 novembre 2002)
- N. 5 immagini riferite ad un esame ecografico eseguito il 29 aprile 2002 quando la paziente era alla 11.5 settimana di gestazione
- N. 2 immagini riferite ad un esame ecografico eseguito il 24 giugno 2002 quando la paziente era alla 19.5 settimana di gestazione
- N. 4 immagini riferite ad un esame ecografico eseguito il 22 luglio 2002 quando la paziente era alla 23.5 settimana di gestazione
- N. 2 immagini riferite ad un esame ecografico eseguito il 30 luglio 2002 quando la paziente era alla 24.6 settimana di gestazione

Non risultavano agli atti ulteriori esami ecografici eseguiti fino alla data del parto avvenuto il 12 ottobre 2002, quando la paziente era alla 35.4 settimana di amenorrea.

Inoltre , evidenziavano ancora i periti, ai fini dell'inquadramento del rischio della gravidanza, nel caso in esame non risultavano dunque agli atti processuali indagini che la paziente avesse effettuato nel corso del primo trimestre di gravidanza che fossero state effettuate al fine di identificare la corionicità e l'amnionicità della gravidanza gemellare della Signora Q[redacted] Non risultavano altresì referti ecografici del II trimestre che, sia pure con minore attendibilità, potessero aiutare ad inquadrare compiutamente la gravidanza gemellare.

Riguardo al monitoraggio della crescita fetale nel corso del terzo trimestre di gestazione, non erano disponibili referti ecografici che potessero consentire una valutazione del trend di crescita. Il Dott. F[redacted] ginecologo che aveva in cura la

paziente nel corso della gravidanza, aveva dichiarato che la crescita fetale era stata regolare fino all'ultimo controllo da lui effettuato circa 10 giorni prima del parto.

Riguardo al monitoraggio della crescita fetale nel corso del terzo trimestre di gestazione, non erano disponibili referti ecografici che potessero consentire una valutazione del trend di crescita. Il Dott. F[redacted] ginecologo che aveva in cura la paziente nel corso della gravidanza, aveva dichiarato che la crescita fetale era stata regolare fino all'ultimo controllo da lui effettuato circa 10 giorni prima del parto.

A tal proposito si evidenziava nella relazione di perizia che le linee guida 2002 della SIEOG sull'ecografia ostetrica del terzo trimestre avessero come finalità la valutazione della crescita fetale e come indicazione la gravidanza plurima (evidenza III-livello di raccomandazione B). La modalità di esecuzione dell'esame biometrico prevedeva la misurazione del diametro bi parietale (DBP) e possibilmente della circonferenza cranica (CC), della circonferenza addominale (CA) e della lunghezza del femore (F). Nelle gravidanze plurime l'esame doveva essere effettuato per ciascun feto, avendo cura di annotare le caratteristiche in modo tale che ciascun feto venisse correttamente identificato ad ogni esame. Doveva inoltre essere sempre redatto un referto scritto

Tuttavia i feti, al momento della nascita pesavano ripettivamente: I feto 1750 grammi e II feto 2180 grammi con differenza di peso (calcolata in % come: peso del gemello più grande – peso del gemello più piccolo / peso del gemello più grande x 100) del 19.7%. Tale discordanza di peso tra i 2 gemelli, secondo quanto raccomandato dall'American College of Obstetrician and gynecologist, era da considerare ai limiti della criticità rispetto ad un outcome neonatale sfavorevole.

Al di là del meccanismo fisiopatogenetico sottostante, il riscontro di IUGR risultava associato ad un aumento della mortalità perinatale e della mortalità neonatale rappresentando quindi un problema importante per quanto concerne il monitoraggio e la gestione clinica delle gravidanze gemellari.

Tale criticità, qualora identificata in epoca prenatale, associata alle criticità aggiuntive, rappresentate dalla gemellarità e dalla prematurità, avrebbe dovuto ( qualora rileva la Corte messa a conoscenza dell'imputato) indurre una maggiore attenzione al management del travaglio parto.

Infatti la discordanza di peso tra i due gemelli poteva essere considerata come l'espressione di una sofferenza fetale antepartum con ridotta capacità di tolleranza ad ulteriori stress. Entrambi i feti presentavano al momento della nascita patologie

logici rigorosi , sulla attribuibilità alla condotta dell'imputato delle drammatiche conseguenze di cui alle imputazioni.

La presenza di tali segni di sofferenza fetale preesistente al parto e la mancata documentazione ( obbligatoria secondo i protocolli specifici) da parte del F[redacted], ginecologo che aveva seguito la gravidanza e che succedette quale medico ospedaliero al F[redacted] nel condurre a termine la gravidanza medesima, di una serie di elementi di indagine doverosi in considerazione del carattere di rischio della gravidanza gemellare , minano la credibilità del F[redacted] medesimo.

Pongono di conseguenza nell'alveo del dubbio la asserita insussistenza da parte del medesimo F[redacted] , astrattamente portatore di un interesse ad evitare una attribuzione di responsabilità nei suoi confronti , della assenza di qualsiasi pregresso problema relativo al decorso della gravidanza medesima .

Elementi di incertezza in ordine alla esatta e completa "indicazione" all'A[redacted] di tutti i dati relativi ai possibili ( ma invero assai probabili) problemi della gravidanza che non lo misero in condizione di "decidere" , secondo i migliori criteri dell'arte, la eventuale anticipazione del parto .

Peraltro il breve tempo , poco più di tre ore , nel quale in definitiva l'A[redacted] ebbe ad intervenire nella vicenda , non consente alla luce di quanto sopra analizzato , di valutare con certezza la possibilità "giuridica" di pretendere dallo stesso una condotta medica diversa.

In ultimo rileva la Corte come comunque nessun elemento tecnico fornito nel corso del procedimento in relazione sia agli elaborati peritali che a quelli forniti su impulso di parte , consente di fondare un giudizio controfattuale in ordine alla condotta alternativa dell'imputato.

Nessun elemento acquisito nel procedimento consente cioè di dimostrare che qualora l'A[redacted] avesse operato in maniera diversa , si sarebbero evitati gli eventi infausti in contestazione.

Segue la assoluzione dell'imputato dai reati ascritti perché il fatto non sussiste.

P.Q.M.

Letto l'articolo 605 c.p.p. ,

in riforma della sentenza del Tribunale Monocratico di Marsala in data 10/1/2008 appellata da A[redacted] L[redacted] assolve l'imputato dal reato ascritto perché il fatto non sussiste . Giorni 45 per la motivazione .

Palermo 11 novembre 2010

Il consigliere estensore

Il presidente

Depositata il 22/12/2010