

Complicanze perinatali e atetosi con paralisi spastica

Malpractice medica, risarcimento del danno e rivalsa della Corte dei Conti

di S. Marinello

Dopo che il Tribunale civile aveva condannato l'Università degli Studi e il medico responsabile, suo dipendente, al risarcimento dei danni subiti dal nascituro al momento del parto, liquidati in € 842.933,36, l'Università provvedeva al pagamento relativa della somma.

L'ufficio del Pubblico Ministero contabile ha ritenuto che il pagamento costituisse danno erariale c.d. "indiretto", in quanto esborso dovuto a titolo di risarcimento nei confronti di terzi per l'attività professionale svolta con imperizia e grave negligenza dal medico legato all'Università da rapporto di servizio.

In effetti, per consolidata giurisprudenza della Corte di Cassazione, la responsabilità dell'Ente ospedaliero gestore di un servizio pubblico sanitario e del medico suo dipendente per i danni subiti dal privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico, tra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale di tipo professionale.

Ne conseguirebbe che la responsabilità diretta dell'Ente e quella del medico, inserito organicamente nell'organizzazione del servizio, sarebbero disciplinate in via analogica dalle norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione di un contratto d'opera professionale.

Con specifica attinenza al caso concreto, con il contratto di ricovero ospedaliero della gestante, il Policlinico universitario, e per esso il medico cui è stata affidata la paziente, si sarebbero obbligati non soltanto a prestare alla stessa le cure e le attività necessarie al fine di consentirle il parto, ma altresì ad effettuare con la dovuta diligenza tutte quelle altre prestazioni necessarie al feto (ed al neonato) sì da garantirne la nascita evitandogli, nei limiti consentiti dalla scienza, qualsiasi possibile danno.

Detto contratto, intercorso tra la partoriente e il Policlinico, si attergerebbe come contratto con effetti protettivi a favore del terzo nei confronti del nato, alla cui tutela tende quella obbligazione accessoria, ancorché le prestazioni debbano essere assolte in parte, anteriormente alla nascita: ne conseguirebbe che il soggetto che con la nascita acquista la capacità giuridica, può agire per far valere la responsabilità contrattuale per l'inadempimento delle obbligazioni cui il contraente era tenuto in forza del contratto stipulato con il genitore, a garanzia di un suo specifico interesse.

Le somme erogate, per risarcimento danni, dalla struttura pubblica in forza di un titolo esecutivo, legittimerebbero quest'ultima all'azione di rivalsa nei confronti del medico, che, in violazione di doveri di servizio, ha determinato l'insorgere del contenzioso con i conseguenti oneri economici.

I fatti. La partoriente fu ricoverata presso la clinica ostetrica e ginecologica con diagnosi di *"prima gravidanza alla 34,5 settimana di amenorrea, ipertensione gestionale, proteinuria"* e fu sottoposta a intervento di taglio cesareo per intempestivo distacco di placenta, dando alla luce un bimbo del peso di Kg. 2,040, che venne rianimato in sala parto mediante intubazione endotracheale e massaggio cardiaco esterno.

Secondo la ricostruzione dei fatti risultante dalla sentenza civile nonché dalla sentenza penale, con la quale il medico è stato ritenuto responsabile della distruzione del tracciato tococardiografico eseguito sulla paziente e della falsificazione della cartella clinica proprio con riferimento all'ora in cui ebbe a manifestarsi la sofferenza fetale, emergerebbe che egli, con imperizia inescusabile, avrebbe omesso di praticare il taglio cesareo con tempestività, considerate le precarie condizioni del feto rese palesi dagli esami strumentali e, per di più, non avrebbe tenuto in alcuna considerazione le sollecitazioni dell'ostetrica e di un altro ginecologo, che, trovandosi occasionalmente a visionare il tracciato tococardiografico, segnalò la progressiva sofferenza fetale.

Per di più, secondo quanto suffragato dal consulente del P.M. contabile con le note preliminari alla relazione peritale, *"i segni clinici risultanti dalla documentazione sanitaria della paziente, rappresentati dalla ipertonia uterina in paziente gestistica, erano patognomonici di un distacco di placenta che imponeva un intervento immediato da realizzarsi in tempi compatibili per l'allestimento della sala operatoria e l'intervento dell'anestesista"*.

Nel merito, la vicenda si presenta assai complessa e solo l'esecuzione di un'accurata e articolata consulenza tecnica d'ufficio, nel corso della quale la difesa del medico ha prodotto copia della cartella del servizio di ecografia della clinica ostetrica e ginecologica dell'Università, nella quale sono contenuti i referti di due ecografie eseguite alla paziente e di una ecoflussimetria eseguita alla stessa paziente, ha consentito alla Corte di pervenire a una corretta defi-

nizione della vicenda processuale.

Dalla descrizione dell'intervento si evince che la placenta era parzialmente staccata per un'area di circa 5 cm e si notava la presenza di grossi coaguli retroplacentari; il neonato, del peso di 2.040 gr., alla nascita presentava pallore marcato, ipotonia muscolare per cui fu sottoposto a rianimazione mediante massaggio cardiaco, infusione di glucosio, respirazione bocca a bocca e ossigeno; poco dopo, con intubazione endotracheale e posto in incubatrice, fu trasferito in ambulanza presso la prima divisione immaturi con diagnosi di *"sindrome post asfittica"*.

Ha poi presentato una grave sintomatologia neurologica concretizzatasi nella diagnosi di *"encefalopatia fissa con microcefalia, tetraparesi spastica e atetosi in assenza di anomalie malformative"*.

Una TAC dell'encefalo eseguita al 19° giorno di vita metteva in evidenza, in sede nucleo-capsulare e parieto-occipitale di entrambi gli emisferi cerebrali, la presenza di alcuni focolai di marcata ipodensità a limiti ben distinti riferibili verosimilmente a focolai ischemici; alla dimissione (40° giorno di vita) il peso era di gr. 2710 e la lunghezza di cm 48.

La R.M.N. dell'encefalo dimostrava una incompleta mielinizzazione e un modesto aumento degli spazi liquorali; all'8° mese venne controllato all'estero dove fu posta diagnosi di *"Atetosi con paralisi spastica"*.

Nel corso della gravidanza la partoriente fu affetta da ipertensione arteriosa, da edemi e da proteinuria; per tale motivo venne ricoverata presso la clinica ostetrica dell'Università dove fu sottoposta a trattamento antiipertensivo, a monitoraggio ematochimico e a controllo ecoflussimetrico del feto.

In particolare furono eseguiti due controlli ecografici e flussimetrici, il primo eseguito alla 34,5° settimana e il secondo alla 35,6° settimana; in quest'ultimo si evidenziava un incremento dei diametri encefalici (diametro biparietale da 85 mm a 87 mm e diametro fronto-occipitale da 100 mm a 103 mm) e una riduzione dei diametri addominali (diametro addominale trasverso da 88 mm a 83 mm e diametro addominale antero posteriore da 92 mm a 88 mm), con evidenza quindi di

un ritardo di crescita asimmetrico.

La valutazione flussimetrica evidenziava un indice di pulsatilità in arteria ombelicale di 1.92 e un indice di pulsatilità in arteria carotide interna di 1.9; tale quadro deponiva per una condizione di iniziale centralizzazione del circolo fetale; tale condizione rappresentava un adattamento messo in opera dal feto come meccanismo di compenso reattivo ad una riduzione dell'afflusso di sangue dal circolo materno.

Non essendo disponibili i tracciati cardiocografici, la ricostruzione delle ore antecedenti l'esecuzione del taglio cesareo è evincibile solo dalle numerose prove testimoniali acquisite agli atti; da questi è possibile ricostruire che la signora avrebbe cominciato ad avvertire dolori crampiformi all'addome, per cui veniva sottoposta a controllo cardiocografico, che, a differenza dei precedenti, indicava una riduzione della frequenza del battito cardiaco fetale.

Il caso, come sottolineato dal C.T.U., è riferibile a un quadro di prima gravidanza complicata da ipertensione gestazionale con proteinuria e ritardo di crescita intrauterino (IUGR) del feto esitata in taglio cesareo alla 36.4° settimana di gestazione per sofferenza fetale acuta da distacco intempestivo di placenta normalmente inserita con nascita di feto asfittico e piccolo per l'età gestazionale.

Dagli atti emerge come il fattore etiopatogenetico del danno cerebrale che presentava il piccolo era rappresentato dalla gestosi con ipertensione gestazionale alla quale, con nesso di causalità, sono collegati il ritardo di crescita intrauterino del feto e il distacco intempestivo di placenta.

Il peso del feto alla nascita era di gr. 2030; questo peso era decisamente più basso rispetto ai limiti inferiori della norma per l'epoca gestazionale e precisamente corrispondeva al 3° percentile, con diagnosi, quindi, di IUGR (*intra uterine growth retardation*), espressione di condizioni intrauterine sfavorevoli che determinano una sofferenza fetale, cioè un'alterazione dell'omeostasi endouterina materno-fetale che può dare origine a vari gradi di danno al feto, fino alla morte dello stesso.

La sofferenza fetale cronica, a differenza di quella acuta, è a lenta evoluzione ed è caratterizzata da ipossia e malnutrizione.

Essa è prodotta da una insufficienza placentare che ostacola gli scambi respiratori e nutrizionali materno-fetali ed è di solito secondaria a patologie materne quali la gestosi.

In tali circostanze si verifica una diminuzione del passaggio di ossigeno e sostanze nutritive dalla madre al feto con conseguente rallentamento della crescita dei depositi di grasso e di glicogeno e una riduzione degli scambi di gas e metabolici; il feto mette in atto in questi casi un meccanismo di compenso che viene definito "*Centralizzazione della circolazione fetale*".

A causa di un'aumentata richiesta di ossigeno da parte degli organi vitali del feto si avrebbe una irrorazione preferenziale degli organi di maggiore importanza per la sua sopravvivenza (quali cuore e cervello), con una vasocostrizione a carico degli organi addominali che resteranno quindi meno irrorati e cresceranno di meno.

Di fatto si riscontra una rallentata crescita fetale che dà luogo a feti con "*ritardo di crescita intrauterino*" (IUGR: *intrauterine growth retardation*) ben definiti ecograficamente.

Nel caso in esame l'aumento, all'ecoflussimetria, delle resistenze sull'arteria ombelicale indicava una minore quantità di afflusso sanguigno dalla placenta al feto e la diminuzione delle resistenze in arteria carotide interna, indicava l'iniziale attivazione del feto della "*centralizzazione del circolo*".

Tale condizione è confermata dai dati ecografici che a distanza di una settimana hanno evidenziato una crescita dei diametri encefalici (diametro biparietale) con una mancata crescita dei diametri addominali (diametro addominale trasverso e diametro addominale anteroposteriore) che erano addirittura diminuiti: si configurava così il deficit di crescita asimmetrico (di tipo 2) precedentemente descritto.

L'iposviluppo fetale in utero è una condizione ad alto rischio di morte o sequele clinico-neurologiche a breve/lungo termine.

Il distacco intempestivo di placenta normalmente inserita (DIPNI), che è intervenuto a complicare la gravidanza della signora, rappresenta una patologia grave sia per la madre che per il feto.

Nel caso in esame, verosimilmente a seguito della gestosi con associato ritardo di crescita intrauterino del feto, si sono determinate due situazioni patologiche: la prima rappresentata dal danno cronico che sicuramente realizza una maggiore vulnerabilità del feto se non addirittura la lesione cerebrale, la seconda costituita dal distacco di placenta con ipertonia della muscolatura dell'utero che ha aggravato la situazione fetale già compromessa e con scarsa capacità di compenso. Tuttavia risulta nel caso di specie impossibile riconoscere l'avvenimento clinico del danno cerebrale fetale in tempo reale e quindi anche la sua definizione in senso cronologico inteso cioè nella distinzione tra danno avvenuto prima, durante e dopo il parto.

Studi epidemiologici suggeriscono che in circa il 90% dei casi l'ipossia *intrapartum* non poteva essere la causa della paralisi cerebrale e che nel rimanente 10% dei casi erano presenti segni intraparto compatibili con una ipossia dannosa che poteva avere avuto un'origine antenatale o intraparto.

Questi studi mostrano come una larga percentuale di casi è associata a fattori materni e antenatali quali prematurità, ritardo di crescita intrauterino, infezione intrauterina, disordini della coagulazione fetale, gravidanza multipla, emorragia *ante partum*, presentazione podalica, anomalie congenite o cromosomiche.

È noto come il ritardo di crescita intrauterino sia a volte associato alla paralisi cerebrale e alla ipossia cronica; le complicanze intraparto rivestono infatti un ruolo non frequente nel determinismo della paralisi cerebrale.

Se un feto ha subito un danno cerebrale o un alterato sviluppo neurologico durante la gravidanza, le lesioni neurologiche che sono spesso multifocali, possono colpire parte della struttura cerebrale fetale responsabile del controllo del sistema nervoso autonomo che controlla la frequenza cardiaca e la respirazione.

Non è purtroppo possibile stabilire e riconoscere a quale punto un danno cerebrale divenga irreversibile nei casi di asfissia intermittente o di ritardo di crescita intrauterino; è possibile che il danno neurologico irreversibile possa essere raggiunto in travaglio di parto se il feto è stato capace di compensare adeguatamente fino a quel momento.

Tali considerazioni generali hanno consentito di concludere, conformemente a quanto ritenuto dal C.T.U., che lo stato di gestosi ipertensiva per il quale la paziente si trovava da diversi giorni ricoverata nella clinica ostetrica e ginecologica del Policlinico doveva indurre uno stato di "attesa vigile" da parte dell'équipe di guardia e la disponibilità di una équipe neonatologica rianimatoria che potesse consentire una adeguata assistenza, stante le possibili e drammatiche complicanze correlate con lo stato della paziente.

Rispetto alle evidenze scientifiche e ai riferimenti clinici dedotti dagli atti relativi alla patologia del minore, il C.T.U. ha ritenuto che fosse possibile ascrivere, con criterio di ragionevole certezza, in misura altamente preponderante, a eventi patologici *prepartum* (ritardo di crescita intrauterina con sofferenza fetale cronica e gestosi materna) e alle realizzate, non congrue, modalità di assistenza rianimatoria neonatale, la determinazione delle gravissime sequele neurologiche, palesatesi nell'immediatezza della nascita; sotto il profilo causale, pertanto, e a titolo orientativo, potrebbero risultare ascrivibili alla inidonea condotta di assistenza del parto, non più del 10% causale delle gravi sequele documentate. Sequele che, sotto il profilo del danno biologico permanente complessivo (e cioè eziopatogeneticamente riferito ai differenti momenti causali *pre-partum*, *intra-partum* e post - partum effettivamente delineati nella storia clinica del minore), alla luce dei vigenti orientamenti formulati dalla Società Italiana di Medicina Legale, può essere valutato in misura del 95%.

Il collegio, se per un verso ha dimostrato di condividere le conclusioni del C.T.U. in ordine alla sussistenza di un nesso di causalità tra il comportamento del medico e il danno, per altro verso non ha ritenuto di concordare

con la percentuale di tale incidenza causale determinata dallo stesso C.T.U.

Il giudice contabile ha infatti sottolineato come il medico, da un lato deve valutare con grande prudenza e scrupolo i limiti della propria adeguatezza professionale, ricorrendo anche all'ausilio di un consulto se la situazione non è così urgente da sconsigliarlo, dall'altro, deve adottare tutte le possibili misure volte a ovviare alle carenze strutturali e organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento (Cass. civ., sez. III, 05.07.2004, n. 12273).

A ciò si aggiunga che in tema di colpa professionale, nel caso in cui ci si trovi di fronte a ipotesi di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, sia pure svolta non contestualmente, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto a osservare gli obblighi a ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico.

Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio o facendo in modo che si ponga opportunamente rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali e, come tali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio (Cass. pen., sez. IV, 02.03.2004, n. 24036).

In ipotesi di responsabilità del medico, la colpa grave si evidenzia nei casi di grave imperizia e negligenza, riconducibili all'inservanza delle metodiche diagnostiche e terapeutiche dettate dalla scienza medica, secondo il livello raggiunto dalla ricerca e impiegato normalmente nella pratica nosografica, tenendo conto più che dell'esito finale dell'intervento eseguito, dei mezzi impiegati per conseguirlo e perciò del comportamento del medico conforme alle regole della deontologia professionale che postulano impegno scrupoloso, diligenza superiore alla media, uso di tutte le tecniche dettate dalla scienza clinica e di ogni altro accorgimento suggerito

dalla comune esperienza (Corte dei Conti Sicilia, sez. giurisdiz., 03.09.2002, n. 1576).

Il comportamento tenuto dal medico, con l'aggravante delle censure evidenziate in sede penale e connesse al suo ingiustificato e prematuro allontanamento dal teatro chirurgico, finalizzato alla sottrazione del tracciato tococardiografico, all'evidente fine di impedire l'accertamento delle responsabilità, è apparso rispondere all'esatto contrario di quanto sopra indicato.

Se è pur vero che non è dubitabile, come rilevato dal C.T.U., che il feto avesse già riportato notevoli danni irreversibili a seguito della travagliata gestazione, non è, del pari, dubitabile che un tempestivo intervento da parte del sanitario, in presenza del manifestarsi dei primi chiari sintomi del distacco della placenta, avrebbe consentito un sicuro argine al peggiorare della situazione che, ragionevolmente, non sarebbe pervenuta ai livelli di estrema gravità poi evidenziati.

In assenza di elementi certi e univoci che consentano di attribuire percentualmente in maniera diversificata al comportamento umano (del medico) piuttosto che alle complicanze pre-parto i danni finali registrati a carico del neonato, assenza che è addebitabile in via esclusiva allo stesso sanitario che ha sottratto l'unico esame che avrebbe consentito di determinare con esattezza la valenza causale dei diversi fattori, il Collegio ha ritenuto che occorresse fare ricorso a una attribuzione dell'incidenza causale, in via equitativa, nella misura del 50% a ciascuno dei due fattori.

Pertanto il medico è stato ritenuto responsabile della metà del danno dedotto in giudizio dal P.M., quantificato nella misura di € 421.466,68.

Esercitato il potere riduttivo, la Corte dei Conti sezione giurisdizionale per la Regione Siciliana, con sentenza 1146/2006, ha quindi condannato il medico a rimborsare all'Università la somma di € 252.880,00.