



CORTE DEI CONTI/ Un ginecologo dovrà rimborsare 252mila euro a un Policlinico

Quando la rivalsa è al 50%

Danno da imperizia o da complicità? Se è incerto vale la via equitativa

Una gravidanza difficile e un furto hanno complicato il caso

La vicenda che ha originato la pronuncia della Corte dei conti riguarda una partoriente ricoverata presso la Clinica ostetrica e ginecologica con diagnosi di «prima gravidanza alla 34,5 settimana di amenorrea, ipertensione gestazionale, proteinuria», che fu sottoposta a taglio cesareo per intempestivo distacco di placenta, dando alla luce un bimbo di 2,04 chili che venne rianimato in sala parto mediante intubazione endotracheale e massaggio cardiaco esterno.

Secondo la ricostruzione dei fatti risultante dalle sentenze civile e penale, con la quale il medico è stato ritenuto responsabile della distruzione del tracciato tocardiografico eseguito sulla paziente e della falsificazione della cartella clinica con riferimento all'ora in cui si manifestò la sofferenza fetale, emergerebbe che egli, con imperizia inescusabile, avrebbe omesso di praticare il cesareo con tempestività, considerate le precarie condizioni del feto rese palesi dagli esami strumentali, e non avrebbe tenuto in alcun conto le sollecitazioni dell'ostetrica e di un ginecologo che, trovandosi a visionare il tracciato tocardiografico, segnalò la progressiva sofferenza fetale.

Per di più, secondo quanto suffragato dal consulente del Pm 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 patognomonicamente 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 ha consentito alla Corte di pervenire a una corretta definizione 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 alla nascita presentava pallore marcato e ipotonia muscolare, per cui fu sottoposto a rianimazione.

Con intubazione endotracheale e in incubatrice, fu trasferito in ambulanza presso la prima divisione immaturi della Asl con diagnosi di «sindrome post asfittica». Presentò poi una grave sintomatologia neurologica concretizzata nella diagnosi di «encefalopatia fissa con microcefalia, tetraparesi spastica e atetosi in assenza di anomalie malformative». Alla dimissione (40° giorno) il peso era di 2,7 chili e la lunghezza di 48 cm. La Rmn dell'encefalo dimostrava un'incompleta mielinizzazione e un modesto aumento degli spazi liquorali; all'ottavo mese all'estero fu posta diagnosi di «atetosi con paralisi spastica».

Nel corso della gravidanza la partoriente fu affetta da ipertensione arteriosa, edemi e proteinuria. Per questo venne ricoverata presso la clinica ostetrica dell'Università, dove fu sottoposta a trattamento antipertensivo, a monitoraggio ematologico e a controllo ecoflussimetrico del feto. Furono eseguiti due controlli ecografici e flussimetrici, a 34,5 settimane e a 35,6 settimane. In quest'ultimo si evidenziava un incremen-

to dei diametri encefalici e una riduzione dei diametri addominali con evidenza di un ritardo di crescita asimmetrico. La valutazione flussimetrica deponeva per una condizione di iniziale centralizzazione del circolo fetale: un adattamento messo in opera dal feto come meccanismo di compenso reattivo a un calo dell'afflusso di sangue dal circolo materno. Non essendo disponibili i tracciati cardiotocografici, la ricostruzione delle ore antecedenti il cesareo è evincibile solo dalle numerose prove testimoniali acquisite agli atti, da cui emerge che la signora avrebbe cominciato ad avvertire dolori crampiformi all'addome per cui veniva sottoposta a controllo cardiotocografico che, a differenza dei precedenti, indicava una riduzione della frequenza del battito cardiaco fetale.

Il caso, come sottolineato dal Ctu, è riferibile a un quadro di prima gravidanza complicata da ipertensione gestazionale con proteinuria e ritardo di crescita intrauterino (lugar) del feto esitata in cesareo alla 36esima settimana di gestazione per sofferenza fetale acuta da distacco intempestivo di placenta con nascita di feto asfittico e piccolo per l'età gestazionale. 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. Si sono dunque determinate due situazioni patologiche: il danno cronico che realizza una maggiore vulnerabilità del feto se non addirittura la lesione cerebrale, e il distacco di placenta con ipertonia della muscolatura dell'utero che ha aggravato la situazione fetale già compromessa. Ma risulta impossibile riconoscere l'avvenimento del danno cerebrale fetale in tempo reale e quindi la sua definizione «cronologica» (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 (prematùrità, ritardo di crescita intrauterino, infezione intrauterina, disordini della coagulazione fetale, gravidanza multipla, emorragia antepartum, presentazione podalica ecc.). È noto che il ritardo di crescita intrauterino è a volte associato alla paralisi cerebrale e all'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, spesso multifocali, possono colpire parte della struttura cerebrale fetale responsabile del controllo del sistema nervoso autonomo che controlla la frequenza cardiaca e la respirazione.

pagina a cura di
Samuele Marinello

Se mancano «elementi certi e univoci che consentano di attribuire percentualmente in maniera diversificata al comportamento umano piuttosto che alle complicanze pre-parto i danni finali registrati a carico del neonato» (assenza addebitabile al medico che ha sottratto un esame «chiave»), si deve attribuire a ciascuno dei due fattori un'incidenza causale del 50 per cento. E il medico deve rimborsare l'ospedale della metà del danno erariale dedotto in giudizio dal Pm contabile. Con questa motivazione, la sezione giurisdizionale siciliana della Corte dei conti (sentenza n. 1146/2006) ha condannato un ginecologo a pagare 252.880 euro al Policlinico di cui è dipendente, pari al 30% del danno originario totale.

La richiesta della procura. Dopo che il tribunale civile aveva condannato in solido l'Università e il medico al risarcimento dei danni subiti da un neonato al momento del parto (si veda il box), liquidati in 842.933,36 euro, l'Università provvedeva al pagamento. L'ufficio del Pm contabile ha ritenuto che il pagamento costituisca danno erariale «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 Cassazione, la responsabilità dell'ente ospedaliero gestore di un servizio sanitario pubblico e del medico 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 e il privato che ha 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.

Nel caso concreto, con il contratto di ricovero ospedaliero della donna, il Policlinico, e il medico cui è stata affidata la paziente, si sarebbero obbligati non soltanto a prestare le cure e le attività necessarie per consentire il parto, ma altresì a effettuare con la dovuta diligenza tutte quelle altre prestazioni necessarie al feto sì da garantirne la nascita. Evitandogli, nei limiti consentiti dalla scienza, qualsiasi possibile danno.

Tale contratto, intercorso tra la partoriente e il Policlinico, si attingerebbe 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 par-

te, 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. Pur nel lungo e difficile iter processuale, non è stato però possibile stabilire e riconoscere a quale punto il danno cerebrale sia divenuto irreversibile.

Tali generali considerazioni hanno comunque consentito di concludere 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 un'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 Ctu ha ritenuto che fosse possibile ascrivere, con criterio di ragionevole certezza, in misura altamente preponderante, a eventi patologici pre-partum (ritardo di crescita intrauterina con sofferenza fetale cronica e gestosi materna) e alle realizzate, non congrue, modalità di assistenza rianimatoria neonatale, le gravissime sequenze neurologiche palesatesi nell'im-

mediatezza della nascita. Sotto il profilo causale, pertanto, e a titolo orientativo, potrebbe risultare ascrivibile all'inidonea condotta di assistenza del parto non più del 10% causale delle gravi sequele documentate. Che, sotto il profilo del danno biologico permanentemente riferito ai differenti momenti causali pre-partum, intrapartum 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 nel 95 per cento.

La sentenza. Il Collegio, se per un verso ha dimostrato di condividere le conclusioni del Ctu sulla sussistenza del nesso di causalità tra il comportamento del medico e il danno, per altro verso non ha ritenuto di concordare con la percentuale dell'incidenza causale. Il giudice contabile ha infatti sottolineato come il medico da un lato deve valutare con grande pru-

denza e scrupolo i limiti della propria adeguata professionalità, ricorrendo eventualmente anche all'ausilio di un consulto, e dall'altro deve adottare tutte le possibili misure per ovviare alle carenze strutturali e organizzative incidenti sugli accertamenti e sui risultati dell'intervento (Cass. civ., sez. III, n. 12273/2004).

A ciò si aggiunge 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 medico, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle mansioni svolte, è tenuto a osservare gli obblighi a ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico. 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 (Cass. pen., sez. IV, n. 24036/2004).

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, n. 1576/2002).

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 tocardiografico, all'evidente fine di impedire l'accertamento delle responsabilità, è apparso rispondere all'esatto contrario di quanto sopra indicato.

Se è vero che non è dubitabile che il feto avesse già riportato notevoli danni irreversibili a causa della travagliata gestazione, non è risultato del pari dubitabile che un tempestivo intervento da parte del medico, al 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 risultata addebitabile in via esclusiva allo stesso medico che ha sottratto l'unico esame che avrebbe consentito di de-

terminare con esattezza la valenza causale dei diversi fattori, il Collegio ha ritenuto che occorresse fare ricorso a una attribuzione del-

l'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 Pm (421.466,68 euro). 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 euro.

Per la Ctu lo sbaglio pesava solo al 10%

Ma è grave la colpa dello specialista