



N 155/10 R.G.N.R.
N 207/11 R.G.dib

TRIBUNALE DI MASSA

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

SENTENZA

- artt. 544 e segg. C.p.p. -

pronunciata e pubblicata con lettura del
dispositivo dal Giudice Monocratico del Tribunale
di Massa, Dr Ermanno De Mattia, all'udienza del
14 GIUGNO 2013 nei confronti di:

- 1) PAITA YVONNE, nt. Thun (Svizzera)
4/6/1964 e res. Arcola Via Predellara 19;
- 2) CROCE ANNA MARIA, nt. La Spezia
30/6/1949 e res. Massa Via Maroncelli 32;
- 3) MUSETTI FRANCESCA, nt. Pontremoli
14/5/1985 ed ivi res. loc. Cargalla Case
Sparse

LIBERE PRESENTI

I M P U T A T E

del delitto di cui agli artt. 113 e 589 co. 2 CP
perché, con il concorso di più condotte colpose tra

N. 283

SENT DEL

14/6/2013

Data del deposito

2/8/13 *h*

Notifica ai sensi art.

548, 2° e 3° comma

c.p.p.

VISTO P.G. GE

N. _____ REP

APPELLO

imp. _____

altri _____

RICORSO

imp. _____

altri _____

Notifica art. 584

C.P.P. _____

data irrevocabilità

N. _____

Camp. Penale

Scheda _____

Alla Questura il

loro indipendenti, nelle rispettive qualità, Paita Yvonne quale medico ginecologo di turno in servizio presso il reparto di Ginecologia ed Ostetricia del Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale OPA di Massa, Croce Anna Maria e Musetti Francesca in qualità di ostetriche in servizio presso lo stesso reparto, per colpa consistita in negligenza, imprudenza ed imperizia, e precisamente Paita Yvonne omettendo di verificare l'andamento e sorvegliare il travaglio di parto di Caffarone Anna Carla, ricoverata per induzione del travaglio eseguita il giorno 28/4/2009 presso il suddetto Reparto, nonché omettendo di assistere alle ultime fasi del parto stesso (avvenuto in data 29/4/2009 alle ore 1,50), Musetti Francesca e Croce Anna Maria, ostetriche presenti al travaglio di Caffarone Anna Carla, omettendo di accertarsi delle condizioni del feto mediante lettura dei tracciati della cardiocotografia, non avvedendosi della progressiva sofferenza tissutale da ipossiemia intervenuta nelle ultime ore del travaglio e non comprendendo la grave entità delle effettive condizioni del feto onde praticare la soluzione alternativa del parto con taglio cesareo, cagionavano il decesso di Panucci Vittorio, avvenuto a seguito delle gravissime lesioni multi-organo irreversibili provocate dall'acidosi metabolica conseguita alla predetta asfissia tissutale occorsa al neonato.

In Massa il 23/5/2009 data della morte di Panucci Vittorio.

CON L'INTERVENTO DEL PUBBLICO MINISTERO: Bertoni

DEI DIFENSORI DELLE PARTI CIVILI: per Caffarone Barbara

Bocca del foro di Genova, per Panucci Luca Pietrini

E DEI DIFENSORI DEGLI IMPUTATI: per Paita Andrea Corradino del foro di La Spezia di fiducia e Francesco Leverotti di fiducia, per Corce e Musetti Paolo Frascini di fiducia

LE PARTI HANNO CONCLUSO COME SEGUE:

Il P.M.: mesi 8 di reclusione per ciascuno.

I difensori delle parti civili: per Caffarone: "Voglia l'Illmo Tribunale riconoscere la penale responsabilità delle imputate per il reato a loro ascritto e per l'effetto condannarle a pena di giustizia. Voglia condannare le imputate, in concorso tra loro o nella forma meglio ritenuta, al risarcimento della parte civile nella misura massima prevista dalle tabelle adottate dal Tribunale di Milano 2013 per il risarcimento del danno biologico e quindi al pagamento della somma di euro 843.681,00. Ai fini della determinazione del risarcimento richiesto, si precisa che in base alle tabelle in vigore presso il Tribunale di Milano con validità dal primo semestre 2013, e riferite alla liquidazione del danno non patrimoniale, ad un soggetto ricompreso nella fascia di età di anni uno, ed una invalidità pari al 100% corrisponde un risarcimento di euro 1.198.132,00. Detto risarcimento potrà essere aumentato della percentuale massima del 25% in considerazione della personalizzazione del danno. Alla Sig.ra Caffarone Anna Carla dovrà essere, pertanto, riconosciuto un risarcimento del danno biologico, iure hereditatis, pari al 50% della somma sopra indicata, e così euro 599.066,00. In aggiunta a ciò alla Sig.ra Caffarone Anna Carla dovrà essere riconosciuto, iure proprio, il risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale conseguente alla morte del figlio, risarcimento che, in base alla Nota esplicativa dell'Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano, oscilla tra

un minimo di euro 163.080,00 ed un massimo di euro 326.150,00. Complessivamente, ed in base alle argomentazioni di cui sopra, dovrà essere riconosciuto in favore della Sig.ra Caffarone Anna Carla un risarcimento complessivo di euro 843.681,00 derivante dalla sommatoria di euro 599.066,00 (con ulteriore ed eventuale aumento per la personalizzazione del danno di euro 149.766,50) a titolo di danno biologico, non patrimoniale iure hereditatis, ed euro 244.615,00 pari alla media tra i valori minimi e massimi, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, iure proprio. Si chiede altresì che sia concessa una provvisoria di danno immediatamente secutiva di euro 240.000,00 e che l'eventuale concessione della sospensione condizionale sia subordinata quantomeno al pagamento di detta provvisoria di danno. Si chiede altresì la condanna delle imputate alle spese di assistenza e difesa della parte civile che si indicano in € 6.500,00 oltre IVA e CPA."

Per Panucci Antonio: "Voglia l'Illmo Tribunale riconoscere la penale responsabilità delle imputate per il reato a loro ascritto e per l'effetto condannarle a pena di giustizia. Voglia condannare le imputate, in concorso tra loro o nella forma meglio ritenuta, al risarcimento della parte civile nella misura massima prevista dalle tabelle adottate dal Tribunale di Milano 2013 per il risarcimento del danno biologico iure hereditatis e quindi al pagamento della somma di euro 599.066,00. Ai fini della determinazione del risarcimento richiesto, si precisa che in base alle tabelle in vigore presso il Tribunale di Milano con validità dal primo semestre 2013, e riferite alla liquidazione del danno non patrimoniale, ad un soggetto ricompreso nella fascia di età di anni uno, ed una invalidità pari al 100% corrisponde un

risarcimento di euro 1.198.132,00. Al Sig. Panucci Antonio dovrà essere riconosciuto, iure proprio, un risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale conseguente alla morte del figlio, risarcimento che, in base alla Nota esplicativa dell'Osservatorio per la Giustizia Civile di Milano, oscilla tra un minimo di euro 163.080,00 ed un massimo di euro 326.150,00 e che si indica in euro 244.615,00 pari alla media tra i valori minimi e massimi. Complessivamente, ed in base alle argomentazioni di cui sopra, dovrà essere riconosciuto in favore del Sig. Panucci Antonio un risarcimento complessivo di euro 843.681,00 derivante dalla sommatoria di euro 599.066,00 ~~(con ulteriore ed eventuale aumento per la personalizzazione del danno di euro 149.766,50)~~ a titolo di danno biologico, non patrimoniale iure hereditatis, ed euro 244.615,00 pari alla media tra i valori minimi e massimi, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, iure proprio. Si chiede altresì che sia concessa una provvisoria di danno immediatamente esecutiva di euro 240.000,00 e che l'eventuale concessione della sospensione condizionale sia subordinata quantomeno al pagamento di detta provvisoria di danno. Si chiede altresì la condanna delle imputate alle spese di assistenza e difesa della parte civile che si indicano in € 6.500,00 oltre IVA e CPA."

I difensori degli imputati: assoluzione con formula di giustizia.

FATTO E DIRITTO

Con decreto di citazione ritualmente notificato, Paita Yvonne, Croce Anna Maria e Musetti Francesca sono state tratte a giudizio dinanzi a questo Tribunale per rispondere del reato loro ascritto in epigrafe.

Prima dell'apertura del dibattimento, si sono costituiti parte civile Panucci Antonio e Caffarone Anna Carla (genitori del defunto Panucci Vittorio).

Al dibattimento, svoltosi in presenza delle imputate, è stata acquisita la documentazione prodotta dalle parti e si è proceduto all'esame dei testi Caffarone Anna Carla, Panucci Antonio (genitori del defunto Panucci Vittorio), Salvetti Fabiola (pediatra, della quale è stato anche acquisito, su accordo delle parti, il verbale di s.i.t. 22/6/10), Lazzeri Marzia (infermiera), Bruschi Elisa (ostetrica), Riva Carla (infermiera), Fambrini Franco (ginecologo), Bertelloni Caterina (anestesista), Rossi Rita (ginecologa), Benelli Fabrizio (ginecologo), Rapelli Maria (ostetrica), Giannetti Chiara (infermiera), Guadagni Renata (operatore sanitario), Baldini Flora (ostetrica), Musetti Valerio (sindacalista) e Marchi Silvia (altra paziente ricoverata per partorire in concomitanza con il parto oggetto del presente processo), nonché dei consulenti tecnici di parte Nardini Vincenzo, Giusti Giuliano (consulenti del PM), Pulcini Maria Rita (CT delle parti civili) e Di Tommaso Maria Rosaria (CT della difesa), oltre che all'esame delle imputate.

Inoltre, è stata disposta ed espletata perizia medica, all'esito della quale sono stati esaminati i periti prof. Guido Bertorello e dott.ssa Yao Chen, la cui relazione scritta è stata acquisita agli atti. Così come sono state acquisite tutte le relazioni dei CT di parte, comprese quelle redatte successivamente all'espletamento della perizia (acquisite su accordo delle parti).

Quindi, dichiarata l'utilizzabilità degli atti contenuti nel fascicolo del dibattimento, si è proceduto alla discussione, all'esito della quale, il P.M., i difensori delle parti civili ed i difensori delle imputate hanno formulato le richieste trascritte a verbale.

Alla luce delle risultanze processuali, si ritiene doversi affermare la penale responsabilità delle imputate in ordine al reato loro ascritto.

Ed invero, dall'istruttoria espletata è emerso quanto qui di seguito si espone.



La **teste Caffarone** ha riferito che la gravidanza che aveva condotto al parto di suo figlio Panucci Vittorio si era svolta regolarmente ma, ciononostante, il bambino era nato in condizioni di arresto cardio-respiratorio e, rianimato dai sanitari, era stato intubato ed era deceduto dopo poche settimane.

La teste ha narrato che il bambino era nato il 29/4/09 e che, in precedenza, lei aveva appreso di essere incinta nell'estate del 2008. Nel corso della gravidanza, era stata seguita dalla ginecologa dr.ssa Furia, effettuando tutte le visite e tutti gli esami previsti, da cui era emerso un andamento privo di anomalie e del tutto regolare. Verso la fine della gravidanza, il 19/4/09, si era accorta che il feto non si muoveva, si era perciò recata in ospedale, dove era stata sottoposta a monitoraggio, le era stata attaccata una apparecchiatura con fascia elastica che permetteva di registrare il battito cardiaco del feto ed in tal modo era stato verificato che non vi erano problemi e che la gravidanza continuava a procedere senza intoppi. Così come anche la successiva visita ginecologica, effettuata dalla dr.ssa Furia il 22/4/09, aveva accertato che il bambino era in vita e che probabilmente la diminuzione dei movimenti era dovuta solo all'aumento delle dimensioni del feto. In quell'occasione, peraltro, la dr.ssa Furia aveva anche constatato un rialzo pressorio (a carico della Caffarone), per cui aveva deciso di tenerla maggiormente sotto controllo. La Caffarone aveva quindi effettuato altre due visite di controllo (non con la dr.ssa Furia ma) presso l'ospedale di Massa il 25 ed il 27 aprile, in occasione delle quali era stato confermato che la gestante aveva la pressione alta ed erano state constatate anche delle perdite ematiche, ritenute normali. Perciò il 27 aprile la Caffarone era stata tranquillizzata dai medici e rimandata a casa, programmando il parto per il giorno seguente, da eseguirsi mediante induzione farmacologica. La mattina del 28 aprile la Caffarone si era presentata presso l'OPA (ospedale pediatrico apuano) di Massa. Al momento della visita medica, aveva chiesto se fosse possibile eseguire un parto cesareo, tenuto conto della sua età (45 anni), del rialzo pressorio e del fatto che in precedenza era stata verificata una diminuzione del livello del liquido amniotico. Le era stato risposto che il cesareo era "l'ultima cosa a cui doveva pensare". Si era quindi proceduto ad effettuare le programmate induzioni farmacologiche finalizzate a stimolare il parto. La prima era stata eseguita alle ore 9:00 e la seconda alle ore 15:00. Dopo la prima induzione, consistita nella



somministrazione di un farmaco (prostaglandine), la partoriente era stata anche collegata al macchinario che registrava il battito cardiaco del feto e ne attestava le condizioni mediante il tracciato cardio-tocografico. Nelle ore successive a tale operazione (effettuata alle ore 9:00), la Caffarone era rimasta sdraiata sul letto e senza ricevere la visita di nessun medico. Alle ore 12:30, le era stato portato il pranzo. Alle ore 15:00, era stata ripetuta l'induzione farmacologica praticando alla Caffarone una seconda somministrazione di prostaglandine. Quindi, si era presentata un'ostetrica di nome Francesca (persona diversa dall'imputata Musetti) che le aveva chiesto se avvertisse del dolore e, successivamente, verso le ore 17:30, un'altra ostetrica l'aveva informata che era pronta la sua stanza nel reparto e l'aveva invitata a spostarsi. Verso le ore 19:00, la Caffarone aveva iniziato ad accusare forti dolori ed aveva avuto una perdita ematica più evidente rispetto alle precedenti. Perciò aveva chiamato un'infermiera, che aveva provveduto a riattaccare il monitoraggio cardiotocografico e le aveva detto che il battito del feto era normale. Inoltre, era stato eseguito anche l'esame delle urine della gestante e, di lì a poco, la donna era stata portata in sala travaglio perché le era stato detto che si sarebbe dovuto procedere ad una terza induzione farmacologica. Condotta in sala travaglio, la Caffarone aveva fatto la conoscenza dell'ostetrica Musetti (attuale imputata), che le aveva detto che l'avrebbe fatta partorire. Nella sala era anche presente l'ostetrica Croce (altra imputata) ed un'infermiera. Quindi, le ostetriche, insieme alla ginecologa Paita (altra imputata), approssimativamente intorno alle ore 21:00-22:30, avevano controllato il livello di dilatazione nel frattempo raggiunto dalla Caffarone (accertando che era pari a 3-4 cm.). E la gestante era stata poi sottoposta ad anestesia locale epidurale. In quel contesto, dopo circa mezz'ora dal primo contatto con le imputate, si era anche verificata la rottura delle acque, che, controllate dalla Musetti, erano risultate prive di segnali negativi. Quindi, la Caffarone era stata fatta sdraiare su di un lettino e le era stato nuovamente attaccato il monitoraggio cardiotocografico. Il monitoraggio era rimasto attivo fino al momento del parto, avvenuto dopo qualche ora. In quel lasso di tempo, la Musetti e la Croce erano entrate varie volte nella stanza in cui si trovava la gestante. La Paita, invece, era intervenuta intorno alle ore 22:00 ed era poi ritornata al momento del parto, subito dopo l'espulsione del feto (o almeno così ricordava la Caffarone). Quando il feto era stato espulso, la Caffarone si era subito allarmata perché il



bambino non piangeva, presentava un colore violaceo e la sua testa appariva malformata. Arrivata in sala parto, la Paita non aveva controllato il tracciato cardiocografico (o almeno così ricordava la Caffarone). In quel momento, le ostetriche, la Paita e la pediatra avevano constatato che il neonato non respirava e che il suo battito cardiaco era assente. Lo avevano immediatamente sottoposto a terapia di rianimazione, riuscendo a tenerlo in vita. Ma le sue condizioni erano rimaste assai gravi, potendo sopravvivere solo con l'assistenza di un macchinario nel quale era stato intubato. Quindi, dopo qualche ora, si era deciso di trasferire il neonato presso il meglio attrezzato ospedale Meyer di Firenze, dove, rimanendo costantemente intubato, era stato sottoposto alla terapia del caldo e dove successivamente era deceduto il 23/5/09.

Il **teste Panucci** (padre di Panucci Vittorio) ha riferito di essere stato presente in alcune fasi del ricovero della Caffarone presso l'ospedale di Massa. Ha sostanzialmente confermato quanto riferito dalla teste Caffarone. Ha, in particolare, dichiarato di essere stato presente in ospedale al momento dell'accesso la mattina del 28/4/09 fino alle ore 10:00. Era poi ritornato in ospedale verso le ore 17:30-18:00, quando la Caffarone si era spostata nella stanza a lei assegnata. Si era nuovamente allontanato intorno alle ore 19:30, subito dopo la fase in cui la compagna aveva avuto alcune perdite ematiche. Era quindi ritornato verso le ore 21:00. Era rimasto seduto vicino al macchinario che riportava il tracciato cardiocografico e non aveva mai visto nessuno avvicinarsi per leggerlo. Fino al momento del parto, aveva visto alterarsi nella stanza tre donne, una delle quali era l'imputata Croce. La Paita si era presentata per la prima volta solo dopo il parto insieme a molte altre persone che avevano cercato di rianimare il bambino vedendo che aveva un colore violaceo e non piangeva e non respirava.

La **teste Salvetti** (pediatra dell'ospedale di Massa) ha dichiarato (anche in sede di verbale di s.i.t. acquisito su accordo delle parti) che era intervenuta al momento del parto di Panucci Vittorio. In quel momento, nella stanza, era presente l'infermiera Lazzeri, oltre alle ostetriche Croce e Musetti ed alla ginecologa Paita. Subito dopo, era arrivata l'anestesista Bertelloni, addetta anche alla rianimazione. Al momento della nascita del bambino, era stato subito constatato che questi non respirava e che il suo battito



cardiaco era assente. La Salvetti e la Bertelloni avevano immediatamente iniziato le operazioni di rianimazione.

La **teste Lazzeri** (infermiera dell'ospedale di Massa) ha riferito di essere stata presente al momento della nascita di Panucci Vittorio. Era stata chiamata in sala parto al momento della espulsione del feto. Aveva preso in mano il neonato non appena espulso ed aveva subito constatato che non respirava. Infatti, l'indice di vitalità, relativo all'attività cardiaca, era assai basso (era 0-4 apgar). Insieme alla Salvetti e poi anche con la Bertelloni erano state subito effettuate le manovre rianimatorie. Nella sala, oltre alle predette persone, erano presenti le imputate.

La **teste Riva** (infermiera dell'ospedale di Massa) ha dichiarato di essere entrata in sala parto dopo la nascita di Panucci Vittorio. Non era presente al momento dell'espulsione del feto, ma era stata chiamata ed era intervenuta in un secondo momento. In quel momento, nella sala vi erano la Salvetti, la Lazzeri, la Bertelloni e le imputate.

Il **teste Fambrini** (ginecologo, all'epoca dei fatti dirigente medico dell'ospedale di Massa con il compito di responsabile della sala parto del reparto di ostetricia) ha riferito che la mattina del 29/4/09, dopo il parto oggetto del presente procedimento, aveva parlato con l'imputata Paita, la quale gli aveva riferito quanto accaduto nel precedente turno notturno. La Paita, oltre a descrivergli le gravi condizioni di salute del neonato, gli aveva anche raccontato di essere arrivata in sala parto quando l'espulsione del feto era già in fase avanzata, di aver constatato che, in quel momento, senza alcuna sua prescrizione e senza la prescrizione di altro medico, stavano somministrando dell'ossitocina alla Caffarone e di aver immediatamente interrotto tale somministrazione. Il Fambrini aveva allora consigliato alla Paita di annotare con precisione nella cartella clinica l'orario del suo arrivo in sala parto al fine di evitare contestazioni derivanti dalla errata somministrazione dell'ossitocina. Peraltro, nonostante in generale fosse obbligatorio annotare nel partogramma sia l'inizio della somministrazione dell'ossitocina che la sua interruzione, il Fambrini non aveva consigliato alla Paita di annotare l'avvenuta interruzione della somministrazione di quell'ossitocina. Inoltre, nonostante la somministrazione di ossitocina senza prescrizione medica costituisse una



violazione di una regola deontologica, non solo non vi erano state sanzioni disciplinari, ma neanche era stata effettuata un'indagine interna (audit).

Il teste ha anche riferito che alcuni anni prima dei fatti per cui si procede, era stato organizzato presso l'ospedale di Massa un corso di aggiornamento professionale sul tema della lettura dei tracciati cardiocografici, tenuto dalla dr.ssa Di Tommaso (attuale CT della difesa) insieme ad altri due medici ginecologi; che in passato veniva fatto "un uso un po' allegro" dell'ossitocina, nel senso che veniva somministrata con eccessiva frequenza, anche quando non era opportuna; che, in precedenza, prima dei fatti per cui si procede, era stata fatta un'indagine interna (audit) su un altro caso in cui l'ostetrica Croce aveva fatto un uso improprio della somministrazione dell'ossitocina, ma il Fambrini non ricordava se il caso concerneva la somministrazione di ossitocina in mancanza di prescrizione medica oppure in mancanza di annotazione (sulla cartella clinica) della prescrizione medica.

La **teste Bertelloni** (anestesista rianimatore) ha dichiarato che, in occasione del travaglio che aveva condotto al parto di Panucci Vittorio, era intervenuta in due occasioni: in un primo momento, in occasione dell'esecuzione dell'analgesia ed, in un secondo momento, dopo la nascita del bambino, in ausilio alla pediatra nelle operazioni di rianimazione. In quest'ultima fase, quando era arrivata in sala parto, aveva notato la presenza della Paita, ma non aveva fatto caso se vi fosse in funzione la pompa e l'asta per la flebo dell'ossitocina. Prima di quell'ultima fase, la Bertelloni si era intrattenuta nel blocco di cui faceva parte la sala parto tra le ore 22:00 e le 23:30-24:00 ed in quel lasso di tempo le ostetriche non avevano evidenziato alcun problema relativo all'andamento del travaglio.

La **teste Rossi** (ginecologa dell'ospedale di Massa) ha dichiarato che aveva provveduto ad eseguire la visita medica di accettazione della Caffarone al momento del suo ricovero la mattina del 28/4/09. Aveva eseguito la prima operazione di somministrazione delle prostaglandine in gel a scopo di induzione del travaglio. Aveva applicato il macchinario per il tracciato cardiocografico ed aveva constatato che non vi erano problemi nelle condizioni di vita del feto. Nel pomeriggio, aveva poi effettuato anche la seconda induzione e, visto che vi era un rialzo pressorio, aveva anche dato alla donna un farmaco (aldomet) per abbassare la pressione.



Successivamente, alle ore 20:00, era terminato il turno di lavoro della Rossi e la paziente era stata presa in consegna dalla Paita. Alla Paita la Rossi aveva riferito quali erano le condizioni della Caffarone e cosa era stato fatto, evidenziando che la donna iniziava ad avere alcune contrazioni, che i parametri erano nella norma e che l'unico aspetto di rilievo era che vi era stato un rialzo pressorio, motivo per cui era stato disposto il ricovero, per ovviare al quale era stato somministrato un farmaco specifico per abbassare la pressione.

Il **teste Benelli** (ginecologo dell'ospedale di Pontremoli) ha riferito che, dopo i fatti oggetto del presente procedimento, l'imputata Musetti si era trasferita a lavorare all'ospedale di Pontremoli. La Musetti aveva raccontato al Benelli ciò che era accaduto. In particolare, gli aveva riferito che, durante il travaglio della Caffarone, ad un certo punto il battito cardiaco del feto aveva presentato delle anomalie e per tale motivo la Musetti aveva chiamato il medico di turno, il quale era intervenuto ma le aveva detto solo di continuare a controllare la situazione.

Il teste ha anche evidenziato che, in generale, all'ostetrica viene affidato il controllo del travaglio fisiologico, mentre è il medico che deve controllare il travaglio non fisiologico; che le risultanze del tracciato cardiotocografico non possono essere valutate da sole devono essere contestualizzate; e che, in generale, l'età della gestante superiore ai 45 anni è un fattore di rischio, così come l'ipertensione e l'avvenuta induzione mediante prostaglandine.

La **teste Rapelli** (ostetrica dell'ospedale di Massa) ha riferito che la mattina del 28/4/09 aveva visto la Caffarone. In quel momento, il medico aveva provveduto a somministrarle il farmaco Prepidil in gel, con il quale era stata effettuata la prima induzione farmacologica. Nello stesso contesto, la Rapelli aveva provveduto ad attivare il monitoraggio mediante il macchinario che registrava il tracciato cardiotocografico. Ed aveva constatato che la situazione era normale. Nei giorni successivi al parto della Caffarone, la Rapelli aveva parlato dell'accaduto con le sue colleghe Croce e Musetti. Non era stata effettuata alcuna indagine interna in merito all'accaduto, né aveva sentito parlare di eventuali somministrazioni di ossitocina in occasione di quel parto.



La teste ha anche precisato che il travaglio fisiologico può essere lasciato al controllo esclusivo dell'ostetrica, mentre, nel caso di travaglio non fisiologico, come quando viene effettuata un'induzione farmacologica, è necessario il controllo del medico. Peraltro, dai protocolli medici non è previsto un numero minimo di volte in cui il medico debba controllare la gestante, il medico interviene o a chiamata dell'ostetrica oppure di sua iniziativa, con la frequenza che ritiene necessaria in relazione alle caratteristiche del caso concreto.

La **teste Giannetti** (infermiera dell'ospedale di Massa) ha riferito che il suo turno di lavoro era iniziato alle ore 22:00 del 28/4/09. Si era svolto nel reparto di ostetricia, ubicato al primo piano del palazzo dell'ospedale. All'inizio aveva fatto il giro dei pazienti per la somministrazione delle terapie. Successivamente, intorno alle ore 23:30, si era intrattenuta a scambiare qualche parola con le colleghe Croce, Musetti e Guadagni al secondo piano del palazzo dell'ospedale, dove era ubicata la sala parto. In quel momento, aveva constatato che era presente anche la dr.ssa Paita. Ricordava bene quella notte perché era ricoverata anche una sua amica, Marchi Silvia, che doveva anche lei partorire e che si trovava in una situazione psicologica delicata perché il suo era un parto gemellare ma uno dei due feti era già deceduto con morte uterina intorno alla 28esima settimana. Perciò, la Giannetti era stata particolarmente attenta nella assistenza alla Marchi.

La teste ha anche dichiarato che, nel corso di quella nottata, aveva visto la Paita in sala travaglio (al secondo piano) intorno alle ore 23:30-23:45 quando era andata a chiacchierare con la Croce, la Musetti e la Guadagni. Inoltre, nella stessa nottata, aveva visto, altre tre volte, la Paita che si recava nell'area dove era collocata la Caffarone. Una di queste tre volte si era verificata intorno alle ore 1:00. In quel momento, infatti, la Giannetti aveva chiesto alla Paita se poteva visitare la Marchi perché quest'ultima voleva che le venisse somministrata l'analgesia, ma la Paita le aveva risposto, dicendole di attendere qualche minuto, perché in quel momento doveva salire in sala parto, per cui la Marchi presumeva che la Paita si fosse recata dalla Caffarone perché quello era l'unico altro travaglio in fase avanzata in corso in quel momento e perché, stando nei pressi della camera n. 35 dove in quel momento era collocata la Marchi, aveva visto la Paita imboccare la porta che conduce alla sala parto.



Su questo punto, relativo all'orario dell'1:00, in cui la Paita aveva detto alla Giannetti che stava per recarsi in sala parto, la teste ha precisato che poteva trattarsi anche delle 24:50 o delle 1:10 e che la Marchi era poi salita in sala parto intorno alle ore 1:30. Di fronte alle numerose ed incalzanti domande della difesa (che ha fatto notare che la teste aveva annotato in cartella clinica che la Marchi era andata in sala travaglio alle ore 2:00), la teste ha ulteriormente precisato che poteva aver errato nell'annotare l'orario in cartella clinica alla fine del suo turno di lavoro, ma l'orario esatto (quello dell'1:30 relativo all'entrata in sala travaglio) le era stato ricordato dalla sua amica Marchi quando, alcune settimane prima della testimonianza, avevano riparlato degli eventi relativi a quella notte. Ha quindi precisato che la principale fonte dei suoi ricordi, relativi all'orario dell'1:00 in cui la Paita si era recata in sala parto ed all'orario dell'1:30 in cui anche la Marchi era salita al secondo piano per il parto, era proprio quanto le aveva riferito la Marchi circa 20 giorni prima della testimonianza. Ha, però, aggiunto di essere sicura che il fatto che la Paita le aveva detto che doveva andare in sala parto era avvenuto circa mezz'ora prima del momento in cui poi la Marchi era andata in sala travaglio e di essere sicura che quella notte aveva visto l'imputata Paita salire in sala parto tre volte, una delle quali era quella immediatamente preceduta dal predetto colloquio (collocata dalla teste intorno all'1:00), oltre alla quarta volta in cui, intorno alle 23:40-23:45, aveva visto la Paita al secondo piano dove si trovava la Caffarone.

La **teste Guadagni** (operatore sociosanitario dell'ospedale di Massa) ha riferito di essere stata presente nella sala travaglio dove si trovava la Caffarone insieme alla Croce ed alla Musetti. Ricordava che anche la Paita era presente al momento del parto, che era entrata nella stanza anche in precedenza anche altre volte, che non ricordava quante volte vi era entrata e che forse potevano essere state due o tre volte. Neppure ricordava se era stata somministrata dell'ossitocina alla Caffarone, né se la Croce le avesse detto che stava preparando la pompa per somministrargliela dopo il parto (come invece sostenuto dalla Croce), né se al momento del parto la Paita si fosse lamentata per l'avvenuta somministrazione dell'ossitocina ed avesse detto di interromperla.



La **teste Baldini** (ostetrica dell'ospedale di Massa) ha riferito che, circa uno o due mesi prima della sua testimonianza, aveva assistito ad un colloquio tra una signora e la dr.ssa Paita nel quale si era parlato del fatto che a quella signora era stata somministrata dell'ossitocina. La teste non ricordava bene i termini di quel colloquio. Forse, nel colloquio, era stato detto che era stata la Croce ad accompagnare quella signora ad effettuare la somministrazione di ossitocina, ma non era stato detto che la Croce aveva eseguito quella somministrazione.

Il teste **Musetti Valerio** (sindacalista, addetto al settore della sanità pubblica) ha riferito di aver seguito, come sindacalista, il procedimento disciplinare attivato dalla Asl nei confronti delle imputate Croce e Musetti in relazione ai fatti oggetto del presente processo. Il procedimento era stato sospeso in attesa dell'esito del giudizio penale. Le imputate Croce e Musetti avevano riferito al teste che, durante il travaglio della Caffarone, avevano provveduto a sollecitare la presenza del medico (Paita) e che questi era poi intervenuto ed aveva valutato il caso tranquillizzando le ostetriche.

La **teste Marchi** ha riferito che anche lei, come la Caffarone, era stata ricoverata nell'ospedale di Massa ed aveva partorito suo figlio il 29/4/09. Durante il travaglio, era stata assistita dalla sua amica, l'infermiera Giannetti. Nel corso della notte tra il 28 ed il 29 aprile, intorno alle ore 1:00, aveva avvertito dei forti dolori e, per questo motivo, aveva chiamato la Giannetti. Quest'ultima le aveva risposto che avrebbe chiamato qualcuno e dopo poco era tornata insieme all'ostetrica Bruschi Elisa. Quindi, successivamente, alle ore 1:32-1:40, la Marchi era salita in sala travaglio.

A proposito di questi orari, la teste ha spiegato che li ricordava con sicurezza perché aveva sempre osservato l'orologio appeso nella stanza in cui si trovava sulla parete di fronte al suo letto. Lo aveva osservato nel momento in cui aveva chiamato la Giannetti alle ore 1:00. Inoltre, successivamente, lo aveva osservato alle ore 1:30 e, dopo pochi minuti (quantificati dalla teste da un minimo di 2 minuti ad un massimo di 10), era salita in sala travaglio.



La **teste Bruschi** (ostetrica dell'ospedale di Massa) ha riferito che, nella notte tra il 28 e 29 aprile del 2009, era di turno nel reparto degenza ostetrica ubicato al primo piano dell'ospedale di Massa. Era sempre rimasta al primo piano, tranne alcuni momenti in cui era salita al secondo piano, dove vi era l'area travaglio-parto. Quella notte, nell'ospedale di Massa, vi erano soltanto due travagli in fase attiva: quello della Caffarone e quello della Marchi (che la Bruschi ricordava perché si trattava di un parto gemellare in cui era già morto uno dei due feti). La Bruschi aveva visitato la Marchi alle ore 0:50 ed aveva annotato tale circostanza nella cartella clinica, specificando anche che il tracciato cardiocografico era in quel momento rassicurante. Successivamente, tuttavia, la Marchi aveva avuto un cambiamento repentino, passando ad una fase di dolore intenso, per cui la Bruschi aveva ritenuto che il travaglio fosse entrato nella fase attiva e che la Marchi dovesse essere trasferita in sala travaglio. Aveva perciò telefonato alla Paita per avvisarla, ma le era stato risposto che, in quel momento, era impegnata in un altro travaglio più urgente. Era allora salita al piano dell'area travaglio-parto insieme alla Marchi ed aveva notato che "c'era un po' di movimento" nella sala travaglio dove si trovava la Caffarone. La Bruschi allora aveva subito condotto la Marchi in un'altra stanza. Ed aveva poi constatato che la Paita e le altre ostetriche erano impegnate con la Caffarone che in quel momento aveva partorito. Così come successivamente, alle ore 4:20, aveva partorito anche la Marchi.

La teste ha anche spiegato che, nei casi di parto indotto mediante induzione farmacologica, era previsto un controllo continuo mediante il macchinario che registrava il tracciato cardiocografico e che, nell'ospedale di Massa, tale tracciato poteva essere tenuto sotto controllo o recandosi nella stanza dove si trovava la gestante e leggendo il monitor del macchinario (o il documento cartaceo che usciva da esso) oppure anche guardando un altro monitor collocato al primo piano nella medicheria del reparto ostetrica; tuttavia, tale secondo monitor solitamente non veniva utilizzato dai medici.

La teste ha anche esaminato (nel corso della sua testimonianza) il tracciato cardiocografico relativo al parto della Caffarone, evidenziando che i primi segnali di sospetto risultavano essersi verificati intorno alle ore 23:20 e che il tracciato era divenuto patologico intorno alle ore 0:30, aggiungendo anche che, nell'ospedale di Massa, si riusciva ad organizzare un parto cesareo anche in 9 minuti.



L'imputata **Musetti**, esaminata al dibattimento, ha dichiarato che, in qualità di ostetrica, aveva assistito al travaglio della Caffarone insieme alla sua collega, l'ostetrica Croce. Tra i suoi compiti di ostetrica vi era, infatti, quello di assistere la partoriente e di tenere sotto controllo il tracciato cardiocografico, avvisando il ginecologo di turno in caso di situazioni anomale. Il medico, infatti, a differenza dell'ostetrica, non doveva rimanere costantemente presente nella sala travaglio, potendo questo svolgersi anche in totale assenza del medico nei casi di travaglio del tutto fisiologico, ma doveva intervenire quando veniva chiamato dall'ostetrica in presenza di situazioni potenzialmente patologiche. Il 28/4/09 la Musetti aveva iniziato ad occuparsi della Caffarone sin dall'inizio del suo turno di lavoro, alle ore 22:00. Al travaglio, oltre alla Croce, era presente anche la Guadagni (operatore socio-sanitario). In quel momento, nell'ospedale non vi erano altre pazienti in fase di travaglio. Alle ore 22:20, era intervenuta anche la Paita, la quale aveva visitato la Caffarone ed aveva ritenuto di non dover praticare la terza induzione farmacologica (benché inizialmente programmata per le ore 23:00). La Paita era poi ritornata, di sua iniziativa, a controllare la situazione intorno alle ore 0:15-0:20. In quel momento, leggendo il tracciato cardiocografico, aveva constatato che vi erano delle decelerazioni, ma le aveva ritenute non preoccupanti perché era presente anche una buona variabilità e perciò si era allontanata dando alle ostetriche la raccomandazione di continuare la sorveglianza. Durante il travaglio, non era stata somministrata ossitocina, era stata solo eseguita una flebo di una soluzione fisiologica (sostanzialmente analoga all'acqua). Inizialmente, il tracciato cardiocografico non aveva segnalato situazioni sospette. La situazione era cominciata a cambiare intorno alle ore 23:20, ma il tracciato aveva comunque conservato una buona variabilità. Alle ore 0:15-0:20, il tracciato poteva essere ritenuto patologico, ma era stato visto e valutato personalmente dalla Paita, che lo aveva ritenuto ancora regolare, permanendo ancora una buona variabilità. Successivamente, intorno alle ore 1:00, la Musetti aveva ritenuto il tracciato patologico a causa della presenza di decelerazioni ed aveva chiamato la Paita, la quale era nuovamente ritornata a controllare il tracciato e lo aveva ritenuto non preoccupante, per cui aveva riaffidato la paziente all'ostetrica e si era allontanata dando sempre la raccomandazione di tenere sotto controllo il tracciato. Alla fine, la Paita era nuovamente ritornata dalla Caffarone al



momento del periodo espulsivo del feto. In quel momento, la ginecologa aveva chiesto cosa stessero somministrando alla Caffarone mediante la flebo e le era stato risposto che si trattava di una soluzione fisiologica.

L'imputata Musetti ha anche dichiarato che non aveva mai somministrato ossitocina senza una prescrizione medica; che non aveva mai visto sue colleghe somministrare ossitocina senza un ordine del medico; che non sapeva se, prima dei fatti oggetto del presente processo, nell'ospedale di Massa fosse stata disposta un'indagine interna in ordine ad un caso in cui la Croce aveva somministrato ossitocina senza prescrizione medica; che aveva commesso un errore quando, nella cartella clinica della Caffarone, in corrispondenza dell'orario dell'1:00, aveva annotato "valutazione clinica zero" (indicativa di assenza di qualsiasi problematica a quell'ora); che la Paita era stata chiamata ed era ritornata, al momento del periodo espulsivo intorno alle ore 1:20-1:25, mentre l'orario dell'1:40, relativo al ritorno della Paita, non corrispondeva a quanto avvenuto ed era stato dalla Paita annotato nella cartella clinica solo successivamente, quando il bambino era stato trasportato all'ospedale Meyer di Firenze; che la venuta della Paita a controllare la situazione non doveva essere annotata nella cartella clinica, in quanto dovevano essere indicate solo le visite e la Paita aveva effettuato una visita ostetrica solo alle ore 22:20, mentre, nei due successivi interventi, si era limitata a leggere il tracciato cardiocardiografico; che, a giudizio della Musetti, si sarebbe dovuto procedere con un parto cesareo e questo poteva essere organizzato nello spazio di 10-15 minuti.

L'imputata Paita ha dichiarato che aveva seguito, in qualità di ginecologa, il parto della Caffarone. Il parto si presentava ad alto rischio in quanto vi era stata una precedente doppia induzione farmacologica.

Compito dell'ostetrica era quello di seguire costantemente la partoriente valutandone la situazione fisica e psicologica e sorvegliando il benessere fetale. Il medico ginecologo, invece, doveva obbligatoriamente essere presente al momento della accettazione della paziente ed al momento del parto, mentre, durante il travaglio, doveva intervenire se chiamato dall'ostetrica.

In merito alla posizione della sig.ra Caffarone, la Paita aveva avuto, la sera del 28/4/09, prima un colloquio con la collega dr.ssa Rossi, che aveva proceduto all'accettazione della paziente e che le aveva evidenziato anche che erano state già eseguite due induzioni farmacologiche e che restava da



valutare se effettuare la terza. Dopo poco, intorno alle ore 21:40, la Paita aveva avuto un colloquio con la Caffarone ed aveva preso visione del tracciato cardiocografico, rilevando che appariva del tutto normale. Quindi, intorno alle ore 22:20, la Paita aveva effettuato la visita ostetrica della Caffarone alla presenza della Croce e della Musetti. In quel contesto, la Paita aveva anche ragionato delle problematiche di quel parto insieme alle due ostetriche, evidenziando che la paziente aveva avuto un rialzo pressorio da qualche giorno, aveva avuto anche una riduzione del liquido amniotico e soprattutto aveva già subito due induzioni. La Paita aveva quindi escluso la necessità della terza induzione. Inoltre, su proposta della Croce e con il consenso della partoriente, si era deciso di procedere all'analgesia, che era stata dopo poco effettuata dalla dr.ssa Bertelloni. Dopo la visita ostetrica, la Paita si era allontanata dalla stanza della Caffarone per occuparsi di una paziente cittadina marocchina, rimanendo comunque reperibile per telefono. Successivamente, intorno alle 0:10, la Paita aveva telefonato per avere notizie sull'andamento del travaglio. Nell'occasione la Croce le aveva fatto presente che nel tracciato vi erano delle decelerazioni, per cui la Paita era salita al secondo piano nella sala travaglio dove si trovava la Caffarone ed aveva preso in esame il tracciato cardiocografico, ritenendolo privo di segnali di allarme. In particolare, nell'eseguire tale valutazione, aveva richiamato l'attenzione della Musetti sulle caratteristiche del tracciato, facendole notare che, pur essendovi tre decelerazioni, era mantenuta una buona variabilità, che valeva ad escludere si trattasse di una situazione patologica. Le tre decelerazioni erano quelle, relative all'intervallo temporale 23:56-0:10, visibili nel tracciato alle ore 23:57, alle 0:02 ed alle 0:05. Esse valevano a rendere il tracciato classificabile come di tipo indeterminato, il che imponeva una sorveglianza continua ed anche l'esecuzione di alcune manovre conservative, una delle quali, consistente nel cambiare posizione alla paziente, era stata già eseguita e già aveva determinato un miglioramento. Quindi, ritenendo che la situazione non presentasse "grosse problematiche", la Paita aveva riaffidato la Caffarone alle ostetriche e si era allontanata raccomandando loro di continuare l'osservazione. Successivamente, la Paita non era ritornata dalla Caffarone intorno all'1:00 (come invece dichiarato dalla Musetti), ma solo dopo, durante il periodo espulsivo. In quel momento, aveva constatato che alla Caffarone stavano somministrando un liquido tramite una pompa per infusione endovenosa, aveva chiesto di cosa si

trattasse, le era stato risposto che era ossitocina ed aveva disposto di interromperla immediatamente. L'ossitocina, infatti, in passato era maggiormente utilizzata ma poi si era scoperto che era uno dei farmaci più pericolosi, per cui, anche nell'ospedale di Massa, già nell'anno precedente ai fatti per cui si procede, era stato predisposto un protocollo per regolamentarne e limitarne l'utilizzo. E comunque non poteva essere somministrata senza prescrizione medica, nella specie del tutto assente. Peraltro, che fosse stata somministrata dell'ossitocina alla Caffarone, non solo era stato ammesso dalla Croce (che lo aveva detto alla Paita nel momento in cui era sopraggiunta in sala parto nel corso del periodo espulsivo), ma appariva anche dal tracciato cardiocografico, nel quale era visibile una tachisistolia veramente spiccata che generalmente era causata o dall'ossitocina oppure da un distacco della placenta (che però in questo caso non si era verificato). E non era probabile che quella tachisistolia potesse essere l'effetto della precedente somministrazione di prostaglandine (effettuata con le due induzioni farmacologiche)

L'imputata ha anche sostenuto che, osservando il tracciato cardiocografico, era possibile notare che le caratteristiche delle decelerazioni erano peggiorate, perdendo la loro variabilità, attorno alle ore 0:50 e soprattutto nello spazio dalle ore 1:00 alle 1:10 (le contrazioni fisiologiche potevano essere massimo 5 nello spazio di 10 minuti, mentre in quel momento erano divenute pari a 6,5 in 10 minuti); che, alle ore 0:10, dopo aver visionato il tracciato e prima di allontanarsi, aveva dato indicazione alle ostetriche di essere chiamata qualora si fosse verificata qualsiasi alterazione del tracciato; che, in adempimento di questa disposizione, avrebbe dovuto essere chiamata alle ore 0:40; che, comunque, anche in quel momento, se fosse stata chiamata e fosse intervenuta, trattandosi di un tracciato ancora non patologico ma di tipo c.d. indeterminato, probabilmente si sarebbe limitata a continuare la sorveglianza od a somministrare un farmaco tocolitico (miolene) per eliminare la tachisistolia (oppure a togliere l'ossitocina se questa era stata già somministrata) o ad effettuare altre manovre conservative.

Infine, l'imputata Paita ha anche riferito che in passato era stata effettuata un'indagine interna (audit) all'ospedale di Massa in relazione ad un caso in cui la Croce aveva somministrato dell'ossitocina senza prescrizione del medico. Invece, nessuna indagine era stata effettuata in relazione ai fatti



oggetto del presente processo, benché la Paita ne avesse informato sia il dr. Fambrini (dirigente responsabile di sala), sia il primario dr. Migiorini.

L'imputata Croce ha riferito che aveva svolto la professione di ostetrica nell'ospedale di Massa dal 1976 al 2010 (quando era andata in pensione). Come ostetrica il suo compito era quello di seguire costantemente la partoriente ed in particolare di tenere sotto controllo il tracciato cardiotocografico, chiamando il medico con il telefono in caso di bisogno. Il 28/4/09 aveva preso contatto con la Caffarone intorno alle ore 22:00. Era presente anche la Musetti. Alle ore 22:20 la Paita aveva effettuato la visita ostetrica. Era stata disposta l'analgesia epidurale, poi subito effettuata dalla dr.ssa Bertelloni. Nel periodo successivo, la Croce era sempre rimasta nella stanza della Caffarone, uscendo solo momentaneamente, ma rimanendo nel corridoio antistante e comunque alternandosi nella camera con la collega Musetti in modo che la Caffarone non rimanesse mai sola. Verso la mezzanotte, la Paita aveva telefonato per sapere quale fosse l'andamento del travaglio. La Croce le aveva risposto che non vi erano problemi e forse (l'imputata non ricordava bene) le aveva anche detto che vi erano state due decelerazioni. La Paita allora era salita in stanza ed aveva controllato il tracciato, osservando che vi era stata qualche decelerazione, ma il battito cardiaco fetale era comunque variabile. Era rimasta 10-15 minuti e poi si era nuovamente allontanata. Successivamente, intorno alle ore 1:00, la Croce era uscita dalla stanza della Caffarone per andare in bagno e, quando era poi ritornata, la Musetti le aveva detto che, siccome vi erano state delle decelerazioni, aveva chiamato la Paita, che questa era salita in stanza ed aveva controllato il tracciato, ma aveva ritenuto che il feto mantenesse una buona capacità di ripresa e perciò si era allontanata di nuovo. Alla fine, la Paita era ritornata quando era stata chiamata nel momento del periodo espulsivo. In quel momento, la Croce si era fatta preparare una pompa per l'eventuale successiva somministrazione di una soluzione fisiologica (sostanzialmente simile all'acqua) ove ve ne fosse stato bisogno. Quella pompa non era stata utilizzata per somministrare ossitocina. La Paita, vedendo quell'apparecchiatura, aveva chiesto di cosa si trattasse e le era stato detto che era una pompa per la somministrazione di una soluzione fisiologica.

L'imputata Croce ha anche riferito che, in passato, le ostetriche avevano una maggiore autonomia operativa: potevano anche decidere



autonomamente (senza consultare il medico) di somministrare l'ossitocina; che tuttavia le regole mediche in proposito erano successivamente cambiate e, quindi, anche lei, ormai da anni, non somministrava più l'ossitocina se non dietro prescrizione medica; che comunque nel caso della Caffarone non vi sarebbe stato motivo di somministrare l'ossitocina perché vi era già stata l'induzione farmacologica e poi il parto era avvenuto senza la necessità di altri interventi; che la Croce era assai esperta e quindi, anche nei casi in cui vi era qualche decelerazione nel tracciato cardiotocografico, non si impressionava e non chiamava il medico, mentre le sue colleghe più giovani, come la Musetti, si allarmavano più facilmente; che, dopo i fatti oggetto del presente processo, si era diffusa l'abitudine tra le ostetriche dell'ospedale di Massa di annotare sempre nelle cartelle cliniche ogni anche momentanea comparsa del medico in sala travaglio, ciò allo scopo di tutelarsi qualora, come nel caso della Paita, il medico avesse successivamente negato di essere stato chiamato e di aver avuto occasione di controllare la situazione.

I CT del PM dott. Nardini e prof. Giusti hanno sostenuto che vi era stata una grave imperizia da parte del personale medico ed ostetrico nel non riconoscere i segni cardiotocografici di grave sofferenza fetale che avevano poi condotto alla nascita di un bambino con assenza di attività cardiaca (apgar zero).

In particolare, i CT del PM hanno, innanzitutto, evidenziato che lo studio da loro effettuato dei reperti istologici sulla placenta e sul neonato riesumato aveva permesso di stabilire che il parenchima placentare non risultava affetto da patologie sviluppatesi nel corso della gravidanza, non vi erano segni di infezioni, né di infiammazioni, né di patologie anatomiche o funzionali. Ed infatti la placenta aveva un peso ed uno sviluppo adeguati all'epoca gestazionale ed anche il neonato presentava alla nascita peso e sviluppo somatico normali per la sua età gestazionale. Inoltre, l'assenza di meconio (feci fetali) nella membrana amniotica consentiva di escludere che vi fossero stati episodi di sofferenza fetale databili dalle 4 alle 8 ore prima del parto. E così anche l'assenza di meconio nel liquido amniotico (liquido "scarsissimo") al momento della rottura delle membrane (avvenuta alle ore 22:30) era indicativa di uno stato di salute del feto in quel momento.



Invece, nelle ultime due ore della fase del travaglio, si erano succeduti tutta una serie di segni di sofferenza fetale, desumibili dalla lettura del tracciato cardiotocografico. Vi erano state, in particolare, nell'andamento delle contrazioni uterine, tutta una serie di decelerazioni tardive e di decelerazioni variabili, e tali decelerazioni erano indicative di diminuiti apporti di ossigeno al feto. In particolare, le decelerazioni tardive erano connotate dal fatto che, nell'ambito delle contrazioni uterine, il nadir relativo alla decelerazione (cioè il punto più basso della decelerazione) era spostato rispetto allo zenit della contrazione (punto più basso della contrazione), e tali decelerazioni costituivano un segno del fatto che il sistema nervoso del feto stava soffrendo per carenza di ossigeno. Analogamente, le decelerazioni variabili erano connotate dal fatto della assenza di collegamento temporale tra decelerazione e contrazione, erano caratterizzate da diminuzione di ossigeno al feto ed anch'esse erano un segno patologico (solo le decelerazioni sincrone non costituivano un segno patologico). Queste decelerazioni, quindi, avrebbero dovuto indurre a disporre rapidamente il parto cesareo. Tuttavia, tale decisione non era stata presa e ciò aveva determinato una prolungata ipossia (carenza di ossigeno) per il feto, che gli aveva causato quelle lesioni cerebrali dalle quali poi, dopo alcune settimane dalla nascita, era derivato il decesso del neonato. Nel dettaglio, il primo segno di sofferenza fetale si era verificato alle ore 21:47, quando il tracciato cardiotocografico aveva registrato una decelerazione variabile, seguita da una grave riduzione della variabilità della frequenza cardiaca durata circa 10 minuti, segno certo di ipossemia fetale.

Fino alle ore 22:30, tuttavia, il feto era stato ancora in grado di rispondere agli episodi ipossici con validi meccanismi di reazione e compensazione. Invece, a partire dalle ore 22:47 e fino alle 1:40 (orario del periodo espulsivo del neonato), si erano susseguiti, nel tracciato cardiotocografico, tutta una serie di episodi di ipercinesia uterina inducenti decelerazioni variabili del battito cardiaco fetale, reperti che denunciavano ipossemia fetale. In particolare, dalle ore 23:23 alle 23:29, vi erano state cinque contrazioni molto intense e la frequenza cardiaca era variata da un massimo di 155 bpm (battiti per minuto) ad un minimo di 95 bpm senza mai ristabilire la linea di base (valore medio di frequenza). Intorno alle ore 0:00, vi era stata una decelerazione in cui da una frequenza di 160 bpm si era passati ad una di 100 e, per ritornare a 100 bpm, erano stati necessari



ben tre minuti. Analogamente, dalle ore 0:20 si erano susseguite decelerazioni variabili ed attività uterina ipercinetica, per cui la situazione era divenuta “veramente drammatica per l’ossigenazione” del feto. Alle ore 0:23, la frequenza cardiaca fetale aveva raggiunto i 60 bpm, soglia di rischio di arresto cardiaco. Dalle ore 0:37 alle 0:49 si erano susseguite sette decelerazioni variabili. Dalle ore 0:52 fino alle ore 1:20 si erano ripetute le decelerazioni variabili con durata fino a 60 secondi e con frequenza cardiaca inferiore a 70 bpm; l’attività contrattile uterina era stata ipercinetica; il miocardio fetale era andato esaurendo le scorte energetiche per il protrarsi del travaglio oltre le 12 ore; verso la fine, il ritmo delle decelerazioni era diventato ripetitivo, segno che l’ipossia cronica stava virando verso l’asfissia dei tessuti e l’acidosi metabolica.

Ciò che aveva causato i danni cerebrali era stata la prolungata ipossia fetale. I segni dei ripetuti episodi ipossici erano evidenti nelle frequenti ed intense contrazioni uterine e nelle decelerazioni variabili nel ritmo cardiaco fetale. La grave ipossia delle ultime due ore di travaglio aveva determinato asfissia tissutale con conseguente acidosi metabolica che aveva provocato lesioni multi-organo irreversibili.

Grave era stata l’imperizia da parte del personale medico ed ostetrico nel non aver riconosciuto i segni cardiotocografici di ipertono e tachisistolia uterina e soprattutto i segni speculari cardiografici di ipossia tissutale che, nel tempo di due ore circa, aggravandosi, avevano condotto all’instaurarsi di una grave sofferenza fetale con la nascita di un bambino in assenza di attività cardiaca.

Per evitare i danni cerebrali al feto, il prof. Giusti, se si fosse trovato presente in sala travaglio, a partire dalle 23:20 avrebbe accentuato il suo livello di vigilanza e, vedendo che la situazione non si risolveva nei successivi 20 minuti, alle ore 23:40 avrebbe disposto il parto cesareo. Peraltro, anche qualora si fosse atteso ulteriormente senza eseguire il taglio cesareo, questo avrebbe dovuto essere disposto, al più tardi, alle ore 0:15: a quell’ora si sarebbe dovuto disporre il parto cesareo entro 10 minuti, altrimenti il feto avrebbe subito dei danni cerebrali, per cui, alle ore 0:15, vi era ancora spazio per poter intervenire utilmente. Invece, alle ore 1:10, erano evidenti segnali indicativi del fatto che il feto stava già subendo dei danni irreversibili.

Il prof. Giusti ha anche precisato che dovere dell’ostetrica era quello di rimanere costantemente presente in sala parto (o comunque di allontanarsi



solo se fosse rimasta presente una sua collega); che l'ostetrica tra i suoi compiti aveva anche quello di leggere ed interpretare il tracciato cardiotocografico e di visitare la partoriente; che era di competenza dell'ostetrica il travaglio fisiologico, mentre, nel caso di travaglio patologico, doveva intervenire il ginecologo; che il fatto che la Caffarone avesse un'età di 45 anni (il che comportava riduzione dell'elasticità dei tessuti e difficoltà di fuoriuscita del feto) e fosse primipara erano circostanze che avrebbero dovuto sconsigliare di procedere con un parto indotto farmacologicamente ed addirittura con una doppia induzione (eseguita somministrando prostaglandine alle ore 9:00 ed alle 15:00): si sarebbe dovuto attendere o il parto naturale senza induzione o si sarebbe dovuto procedere al parto cesareo.

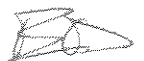
La **dr.ssa Pulcini (CT della parte civile)** ha sostanzialmente condiviso le argomentazioni dei CT del PM ed ha sostenuto che la Paita era incorsa in un comportamento colposo per non aver riconosciuto i chiari segni tocografici di ipertono e tachisistolia uterina e per non aver riconosciuto i corrispondenti segni cardiografici di ipossia fetale. Tali segni, senz'altro visibili alle ore 0:10 quando la Paita aveva visitato la Caffarone, erano andati aggravandosi ed avevano condotto all'instaurarsi di una grave sofferenza del feto con nascita di un bambino in situazione di arresto cardiorespiratorio.

Anche le ostetriche Croce e Musetti dovevano essere ritenute responsabili della morte di Panucci Vittorio, in quanto all'ostetrica spettava il compito di individuare le situazioni potenzialmente patologiche e di richiedere con prontezza l'intervento del medico. Invece, non avevano riconosciuto i predetti segnali di allarme e non avevano allertato la Paita.

La **dr.ssa Di Tommaso (CT della difesa Paita)** ha sostenuto che non era ravvisabile alcun profilo di negligenza od imperizia nella condotta tenuta dalla Paita in relazione al travaglio ed al parto della Caffarone.

Il CT ha premesso alcune considerazioni sulla cardiotocografia in generale e sul tipo di segnali desumibili dai tracciati cardiotocografici e sul significato ad essi attribuibile.

Alla luce delle più recenti acquisizioni della scienza medica, la cardiotocografia poteva ritenersi affidabile nell'esprimere le condizioni del feto soltanto quando indicava che non vi erano anomalie perché il tracciato



era normale, cioè con buona variabilità, normale linea di base, accelerazioni e nessuna decelerazione, oppure quando indicava situazioni patologiche perché la variabilità era assente ed era associata o a decelerazioni tardive ripetitive o a decelerazioni variabili ripetitive o a bradicardia. Invece, rispetto ai quadri intermedi tra queste due situazioni, si riteneva doversi considerare il tracciato come "indeterminato", e non più, come in passato, "sospetto", non essendo tali quadri predittivi di alcuno stato di acidosi fetale.

In passato, si classificavano i tracciati in normali, sospetti e patologici. Ora, invece, questa terminologia era desueta, essendosi accertato che il c.d. tracciato sospetto non era sospetto di nulla. E perciò, anziché di tracciato sospetto, si parlava di tracciato indeterminato.

Soprattutto, diversamente che dal passato, era ormai acquisito che ciò che si mirava ad accertare con la cardiotocografia non era l'eventuale ipossia del feto (cioè la riduzione della concentrazione di ossigeno nel sangue), bensì il fatto che il feto fosse o stesse per diventare acidotico. Infatti, l'ipossia in sé non era un segnale necessariamente negativo, era un evento che si verificava spesso e che il feto poteva essere facilmente in grado di superare da solo; ciò che invece doveva accertarsi, in particolare con la lettura dei tracciati cardiotocografici, era se il feto, oltre ad essere ipossico, fosse anche potenzialmente acidotico: il feto ipossico non doveva essere tirato fuori dall'utero, un feto acidotico, invece, doveva essere rapidamente espulso dall'utero. Di fronte all'ipossia, infatti, il feto naturalmente poneva in essere dei meccanismi reattivi, consistenti dapprima nell'aumentare la frequenza con cui il sangue circola (tachicardia) e poi, in un secondo momento, nel rallentare tale frequenza cardiaca. Le decelerazioni in sostanza valevano a compensare la riduzione di ossigeno ed evitavano che, prolungandosi a lungo l'ipossia, questa potesse incidere sui centri nervosi del feto. Perciò l'ipossia e la presenza di decelerazioni non costituivano un segnale negativo, ma andavano interpretate positivamente in quanto indicative di una capacità di reazione da parte dell'organismo. Peraltro, di fronte all'ipossia, era comunque necessario valutare durata ed entità della riduzione di ossigeno e delle reazioni mediante decelerazioni, ciò al fine di adottare una risposta in termini di trattamento dell'ipossia: l'ipossia non era di per sé indicativa di una situazione patologica, ma comunque richiedeva una valutazione ed un trattamento, anche solo facendo cambiare posizione alla partorientente, in modo che la stessa non si prolungasse e non



assumesse caratteristiche tali da danneggiare il feto. Invece, ciò che era indicativo di una situazione patologica era il fatto che il feto divenisse potenzialmente acidotico, quando, di fronte all'ipossia, il feto non riusciva più a reagire e conseguentemente la prolungata riduzione di ossigeno determinava la riduzione del PH (acidosi). E la decelerazione era proprio un meccanismo di reazione. Perciò, nel caso di un feto ipossico, che però reagiva con delle decelerazioni, ciò che diventava determinante per stabilire se vi era o meno una situazione potenzialmente patologica era verificare se fosse conservata o meno la variabilità nella frequenza cardiaca. Infatti, la frequenza cardiaca di un feto - a differenza di quella dell'individuo adulto, che è costante e che, quando diviene variabile, entra in una situazione patologica - aveva come sua fisiologica peculiarità quella di essere molto irregolare, per cui l'irregolarità era specchio dell'integrità dei centri nervosi del feto. Era, quindi, la variabilità l'indice decisivo che doveva essere tenuto presente nell'esame del tracciato cardiotocografico.

Quindi, la decelerazione (vale a dire i transitori rallentamenti della frequenza cardiaca del feto), in generale, era indicativa di ipossemia, cioè di riduzione della disponibilità di ossigeno, ma indicava anche che il feto era in condizione di reagire, ponendo in essere, mediante la decelerazione, un meccanismo di difesa rispetto all'ipossemia. Ciò che, invece, era estremamente significativa sul piano della valutazione dei rischi per il feto era l'assenza di variabilità perché, se prolungata, indicava che vi era una situazione di acidosi fetale, avente un significato prognostico molto sfavorevole.

Perciò le decelerazioni potevano essere classificate in decelerazioni c.d. precoci, che non avevano alcun significato patologico, decelerazioni c.d. variabili, che erano legate alla compressione del cordone ombelicale ed esprimevano solo una transitoria ipossemia, e decelerazioni c.d. tardive, che, invece, erano espressione di ipossemia grave perché ripetitiva.

Quindi, tramite la lettura dei tracciati cardiotocografici, si dovevano cogliere i segnali ipossici per interpretarli, capire da cosa erano determinati ed eventualmente correggerli per evitare che sfociassero nell'acidosi. La correzione degli stimoli ipossici poteva avvenire mediante le c.d. manovre conservative, consistenti nel far cambiare posizione alla partoriente o nella somministrazione di ossigeno o nella riduzione/abolizione dell'attività contrattile o nell'amnionfusione, manovre tutte finalizzate a migliorare l'ossigenazione. Invece, di fronte ad un tracciato decisamente patologico,



indicativo di elevato rischio di acidosi perché connotato da assenza di variabilità, la contromisura da adottare era quella dell'espletamento immediato del parto (mediante taglio cesareo o parto vaginale).

Esaminando il tracciato cardiotocografico relativo al travaglio della Caffarone, si poteva constatare che solo dopo le ore 0:20 erano apparsi segnali di alterazione più marcata che richiedevano un intervento correttivo.

Prima di quell'orario, non vi erano segnali di anomalie o di alterazione del tracciato.

Infatti, innanzitutto, dalla cartella clinica risultava che, alle ore 22:30-22:47, si erano rotte le membrane ed era risultato che il liquido amniotico era limpido (privo del meconio che viene versato dal feto quando si trova in condizioni di sofferenza), il che dimostrava che in quel momento il feto era integro. Successivamente, dalla cardiotocografia risultava che, nel periodo dalle ore 22:47 alle 23:40, il tracciato era sempre rimasto caratterizzato da una buona variabilità, indicativa della piena integrità dei centri nervosi del feto, mentre le poche decelerazioni non avevano alcun significato clinico ma erano da porre in relazione ad una normale attività contrattile vivace. Nel lasso di tempo dalle ore 23:40 alle 23:50, vi erano state delle decelerazioni più pronunciate, ma dovevano essere interpretate come reazione del feto alla vivace attività contrattile, considerato che la variabilità rimaneva conservata. Nel periodo dalle ore 23:56 alle 0:20, vi erano state un paio di decelerazioni variabili, con variabilità conservata, verosimilmente da compressione sul funicolo che non era più protetto dalla presenza del liquido amniotico, essendosi ormai rotto il sacco amniotico. Nel periodo dalle ore 0:20 alle 1:05, gli episodi decelerativi erano divenuti sempre più marcati ma la variabilità era rimasta sempre conservata. È vero che l'intensa attività contrattile era caratterizzata da un non sempre completo raggiungimento delle linea di base, il che era indicativo di un non sempre garantito approvvigionamento di ossigeno tra una contrazione e l'altra; tuttavia il numero di contrazioni era regolare (4-5 contrazioni in 10 minuti) e non vi era tachisistolia (che si verifica quando il numero di contrazioni in 10 minuti è maggiore di 5). Dalle ore 1:05 in poi, invece, il tracciato era divenuto patologico: si erano verificate decelerazioni pronunciate e ripetitive con perdita della variabilità a sottolineare che i centri nervosi non erano più integri e si stava andando verso uno stato di acidosi fetale; inoltre, si era instaurata una marcata tachisistolia fino alle



ore 1:40 (quando la sonda che rilevava le contrazioni era stata rimossa). La tachisistolia avrebbe dovuto essere immediatamente trattata o sospendendo la somministrazione di ossitocina (se era in atto) oppure somministrando un farmaco tocolitico.

Quindi, solo dopo le ore 0:20 erano apparsi sul tracciato cardiotocografico dei segnali di alterazione indicativi di episodi decelerativi. A fronte di tali episodi, non era necessario procedere al parto cesareo, era sufficiente interrompere la somministrazione di ossitocina (se la si stava somministrando in quel momento) oppure (se non si stava somministrando ossitocina) somministrare un farmaco tocolitico (come il miolene): in questo modo, nello spazio di pochi minuti, si sarebbe raggiunto un miglioramento, eliminando o riducendo la tachisistolia. Peraltro, la mancata effettuazione di tali operazioni non era addebitabile alla Paita, in quanto le ostetriche, contravvenendo al loro dovere di chiamare il medico quando il tracciato avesse deviato dalla normalità e non rendendosi conto dell'anomalia che appariva dal tracciato, non avevano provveduto ad avvisare la Paita, la quale quindi non era venuta tempestivamente a conoscenza di quella situazione. Successivamente, il tracciato era divenuto veramente patologico alle ore 1:10 ed, in quel momento, senz'altro si imponeva un intervento urgente. Tuttavia, contrariamente a quanto affermato dall'imputata Musetti, la Paita non era stata chiamata e non era intervenuta intorno alle ore 1:00, ma solo al momento del parto. Ed infatti, a conferma che la Musetti non aveva riscontrato segnali di allarme intorno all'1:00 (e che quindi non aveva chiamato la Paita), vi era l'annotazione sulla cartella clinica, eseguita dalla stessa Musetti, che attestava che il tracciato non presentava anomalie (era stata riportata una valutazione numero 0). Pertanto, in definitiva, non emergeva alcuna condotta colposa nell'operato della Paita.

La dr.ssa Di Tommaso ha anche evidenziato che le uniche possibili cause di una tachisistolia dell'entità di quella che si era manifestata intorno alle ore 1:00-1:10 erano, in generale, o la somministrazione di ossitocina o il distacco della placenta: quest'ultimo non si era verificato in quel momento, per cui non restava che la prima ipotesi. Tuttavia, la Di Tommaso non poteva escludere che, nella letteratura scientifica, fosse stato registrato anche un qualche caso di anomalia di questo tipo verificatasi spontaneamente. E, pertanto, in definitiva, la causa dei danni subiti dal feto era da individuarsi o nella somministrazione di ossitocina oppure, se



l'ossitocina non era stata somministrata, nel mancato tempestivo intervento, intorno alle ore 1:00-1:10, mediante la somministrazione di un farmaco tocolitico o mediante altre manovre conservative.

Dalla **perizia del prof. Bertorello e della dr.ssa Chen** è emerso quanto qui di seguito si espone.

Le lesioni encefaliche riportate dal figlio della Caffarone erano da addebitarsi ad una causa ipossica intervenuta durante il travaglio di parto, come si desumeva dall'indice di Apgar e dal PH del sangue cordonale, nonché dal tracciato cardiocografico che presentava persistenti caratteristiche patologiche.

Le risultanze delle indagini anatomopatologiche effettuate sulla placenta ed annessi e sul cadavere esumato, coerentemente con i dati clinici, documentavano un neonato normoconformato con parametri morfometrici regolari, e assenza di patologie a carico di placenta ed annessi fetali, e consentivano di identificare la causa del decesso in un gravissimo danno cerebrale ipossico/anossico, eziologicamente collegabile alla prolungata ipossia patita dal feto durante il travaglio di parto, sfociata in una insufficienza multiorgano.

Nel valutare eventuali negligenze dei sanitari che avevano trattato la Caffarone durante il travaglio ed il parto, occorreva tener presente che, se una gravidanza ha caratteristiche tali da potere essere definita a rischio, da ciò consegue che l'assistenza ostetrica in travaglio deve essere più rigorosa e attenta, rispetto ad una gravidanza non a rischio. In particolare, le linee guida della Age.Na.S. (Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali) prescrivevano che, se la gravidanza è a rischio, il monitoraggio cardiocografico deve essere continuo ed il travaglio stesso non può essere seguito dalla sola ostetrica, ma la sua gestione deve essere sotto la sorveglianza del medico che ne diviene direttamente responsabile.

La gravidanza della signora Caffarone doveva essere considerata a rischio. Ciò doveva affermarsi, innanzitutto, in relazione all'età della gestante. Infatti, oltre una certa età, e sicuramente oltre i 45 anni come nel caso della signora Caffarone, il corpo femminile poteva sopportare di meno il travaglio di parto rispetto ad una età più giovane, così come era meno capace di sopportare qualsiasi altro tipo di sforzo fisico (in passato si parlava di "gravida attempata" facendo riferimento a donne gravide di età uguale o superiore a 35 anni). La gravidanza in età estremamente avanzata



era associata ad un aumento del rischio materno ed anche fetale. Ed infatti era anche noto che in Italia la mortalità materna era maggiore che negli altri paesi europei, proprio per il maggior tasso di gravidanze in tarda età; e nella letteratura medica vi erano esempi di gravidanza in età avanzata associata a maggiori rischi per la madre e per il feto. Più in generale, essendo, in base alle linee guida Age.Na.S., a rischio ogni gravidanza in cui aumenti la possibilità di patologia materno fetale, era evidente che la gravidanza della Caffarone, che al momento del parto aveva compiuto 45 anni, non poteva non essere considerata a rischio, e come tale il relativo travaglio doveva essere gestito direttamente dal medico.

Peraltro, ulteriori elementi, da considerarsi fattori di rischio in base alle linee guida Age.Na.S., presenti nel caso della Caffarone, erano l'ipertensione e l'anestesia epidurale, e quindi anche per questi due fattori di rischio aggiuntivi, oltre alla necessità di un monitoraggio continuo, il travaglio di parto doveva rientrare sotto la responsabilità del medico; mentre solo un travaglio fisiologico in assenza di rischi poteva essere demandato alla sola assistenza dell'ostetrica.

In sostanza, trattandosi di una paziente di 45 anni, con precedente aborto, e con travaglio indotto per ipertensione, la gravidanza doveva inquadrarsi come una gravidanza a rischio, ed il travaglio non poteva essere gestito soltanto dalle ostetriche.

In generale, l'interpretazione dei tracciati cardiotocografici era finalizzata a verificare le condizioni di vita del feto.

La "lettura" di un tracciato cardiotocografico comportava l'esame di alcune caratteristiche morfologiche (patterns), rappresentate essenzialmente dalla variabilità, dalle accelerazioni, dalla frequenza del battito cardiaco fetale e dalle decelerazioni. In particolare, estremamente importante era la variabilità a lungo termine: il riscontro di una normale variabilità (fra 5 e 20 battiti minuto) era uno dei fattori più importanti quale espressione del benessere fetale, indice di un buon funzionamento del sistema nervoso autonomo nel controllo della attività cardiaca. Così come un altro indice da tenere sotto controllo e da valutare erano le eventuali decelerazioni (definite come una diminuzione temporanea della frequenza del battito cardiaco al di sotto della linea di base di almeno 15 battiti e della durata di almeno 15 secondi). Queste erano distinguibili in precoci, tardive, uniformi e variabili. Le decelerazioni precoci, dovute ad azione vagale da compressione della testa fetale durante la contrazione,



erano da considerarsi fisiologiche; quelle tardive erano espressione di ipossigenazione fetale; quelle variabili avevano significati diversi a seconda delle caratteristiche con cui si presentavano.

Sulle decelerazioni variabili, a differenza degli altri aspetti morfologici dei tracciati, in modo particolare sul loro significato clinico quali indicatori delle condizioni fetali, non vi erano, nella scienza medica, pareri universalmente condivisi, in modo particolare sul tipo di assistenza ostetrica che doveva essere prestata quando si presentavano ripetitivamente. Comunque, a seconda della loro frequenza e del fatto che ad esse fossero associati particolari reperti morfologici ad esse associate, le decelerazioni potevano assumere un significato prognostico negativo. Questi reperti morfologici associati che aggravavano il valore prognostico negativo della decelerazione ed aumentavano il rischio di acidosi del feto e basso Apgar neonatale erano: la perdita della accelerazione primaria o della secondaria; l'accelerazione secondaria prolungata; la ripresa della linea di base ad un livello inferiore; la decelerazione bifasica o a W; il lento ritorno alla linea di base; la riduzione della variabilità all'interno della decelerazione. Ed un ulteriore significato prognostico sfavorevole delle decelerazioni variabili era attribuibile anche alla maggiore frequenza e ripetitività con cui potevano presentarsi nel corso della registrazione cardiotocografica (sul punto si vedano le pagg. 19 e ss. della deposizione dei periti e le pagg. 17-18 della relazione peritale).

Un altro indice da tenere sotto controllo e da valutare nella lettura dei tracciati era quello relativo all'attività contrattile uterina risultante dalla registrazione del tono uterino: era normale una attività contrattile in presenza di un numero di contrazioni sino a 5 in 10 minuti, invece si parlava di tachisistolia nel caso di più di 5 contrazioni ogni 10 minuti.

Al fine di valutare le caratteristiche morfologiche dei tracciati e stabilire criteri di interpretazione finalizzati a fungere da parametro per accertare il benessere fetale ed il tipo di assistenza da prestare, erano state proposte, nella scienza medica, varie classificazioni dei tracciati cardiotocografici.

Una prima classificazione era la classificazione di Boylan che distingueva 4 tipi di tracciati: rassicurante, caratterizzato da linea di base normale, variabilità normale, presenza di accelerazioni, moderata bradicardia con normale variabilità; (con presenza congiunta di tutti questi caratteri); non rassicurante, caratterizzato da tachicardia moderata con normale

variabilità, decelerazioni variabili medie, decelerazioni precoci, variabilità ridotta (con presenza anche di uno solo di questi caratteri); sospetto, connotato da tachicardia severa, tachicardia moderata con ridotta variabilità, bradicardia moderata con ridotta variabilità, variabilità ridotta con linea di base normale, decelerazioni variabili medie (con presenza anche di uno solo di questi caratteri); pericoloso, connotato da tachicardia severa con ridotta variabilità, bradicardia severa prolungata (> 10 min), decelerazioni tardive, decelerazioni variabili gravi (con presenza anche di uno solo di questi caratteri).

Altra classificazione era quella proposta dalla Federazione Internazionale dei Ginecologi ed Ostetrici (FIGO) che distingueva i tracciati in normali, sospetti e patologici. Altra ancora era quella della Age.Na.S. secondo cui i tracciati si dividevano per le loro caratteristiche in rassicurante/normale/reattivo o non rassicurante/dubbio o patologico. Più recente classificazione era quella proposta dal NICHD (National Institut of Child Health and Human Development), che aveva elaborato una classificazione ed una interpretazione dei tracciati in tre categorie: normali, intermedi e anormali.

Comunque, indipendentemente dall'una o dall'altra classificazione, la valutazione dei singoli tracciati, ai fini della assistenza ostetrica da prestare, doveva essere sempre contestuale alla situazione clinica specifica di ciascun travaglio di parto.

Dall'esame dei tracciati cardiocografici della Caffarone emergeva che, alle ore 21:50 vi era stata una perdita di variabilità indicativa di uno stato di ipossigenazione fetale, ma, successivamente e per un certo periodo, il tracciato era indicativo di benessere fetale. Dopo le ore 22:47, orario in cui si era verificata la rottura spontanea delle membrane ed in cui era stata eseguita l'anestesia peridurale, la successione di 5/6 decelerazioni variabili, ed in modo particolare quelle molto incise, in numero di 3, dopo le 23,30, indicava che si stava instaurando una situazione ingravescente di compromissione del feto. Dalle ore 23:56 sino all'1:05 la variabilità era ancora conservata, ma si presentavano evidentissime alterazioni della frequenza, principalmente del tipo delle decelerazioni variabili. All'1:05 si era determinata anche perdita di variabilità che era perdurata sino alla fine della registrazione, con tracciato riconosciuto patologico anche dalla CTP Di Tommaso. In particolare, fra le ore 23:56 e le 0:29, vi erano state almeno 8 decelerazioni molto incise, di cui quella delle ore 0:04 bifasica

e/o con recupero tardivo, quella delle 0:15 senza accelerazione iniziale, quella delle ore 0:20 senza accelerazioni iniziale e finale, quella delle ore 0:22 senza accelerazione iniziale, e quindi atipiche. Fra le ore 0:29 e le 0:38 era comparsa una bradicardia per breve tempo (1-2minuti). Dopo le ore 0:38 sino alle 0:48 era comparsa una tachicardia con 3 decelerazioni. Dalle ore 0:50 sino alle 1:05 si erano verificate 5 decelerazioni particolarmente gravi. All'1:05 la tocografia aveva registrato condizioni di tachisistolia (più di 5 contrazioni ogni 10 minuti), che era rimasta sino al parto, e le decelerazioni si erano susseguite ininterrottamente senza alcuna pausa fra loro. Alle 1:50 vi era stata la nascita del feto, che presentava un Apgar di 0 al primo minuto, ed un pH di 6,6. Tutti questi dati indicavano che il tracciato esprimeva segni di compromissione del feto, dato il comparire sempre più frequente di decelerazioni gravi atipiche e molto profonde fra le 23:56 e le 0:29. Il feto avrebbe dovuto essere estratto già prima, vale a dire al presentarsi della serie di 8 decelerazioni gravi e quindi al più tardi alle ore 0:29. I patterns descritti fra le 0:38 e le 0:48 e quelli fra le 0:50 e l'1:05 confermavano ulteriormente le condizioni di rischio fetali. Infatti, il tracciato indicava con chiarezza uno stato persistente di grave ipossigenazione, con conseguente elevato rischio di danno cerebrale. Dopo l'1:05, il sommarsi della perdita di variabilità alle decelerazioni indicava che il danno cerebrale era con ogni probabilità già in atto. A quel punto, posto che il feto avrebbe dovuto essere estratto già prima, vale a dire al presentarsi della serie di 8 decelerazioni gravi e quindi al più tardi alle ore 0,29, si presentava la necessità obbligata di un taglio cesareo urgente.

Di conseguenza, le ostetriche presenti in sala travaglio (Musetti e Croce) dovevano allertare il medico di guardia e quest'ultimo (la dr.ssa Paita), una volta avvisato, doveva decidere il taglio cesareo.

Infatti, pur dovendosi ribadire che, sul tema della lettura della cardiotocografia esistevano differenti classificazioni delle decelerazioni variabili, cioè di quei patterns alterati che avevano diffusamente caratterizzato il tracciato della signora Caffarone, a tali decelerazioni veniva comunque universalmente attribuito il significato di risposta ad un momento di diminuito apporto sanguigno al feto, il che imponeva una risposta da parte del medico per ovviare a tale situazione.

Tali conclusioni, relative al fatto che la situazione imponeva un intervento medico, restavano immutate quale che fosse la classificazione adottata,

dovendosi inquadrare quella situazione comunque nella categoria indicativa di condizioni potenzialmente patologiche o in una posizione al limite tra tale categoria e quella immediatamente limitrofa.

In particolare, secondo la classificazione dell'Age.Na.S., era indubbio che decelerazioni aventi quelle caratteristiche conferivano al tracciato un significato prognostico negativo. Andavano inserite nella categoria dei tracciati patologici, considerata la presenza di accelerazioni variabili gravi e a partire dalle ore 1:05 l'assenza di variabilità. Mentre, per quanto riguardava la fase dalle ore 23:56 alle 0:10, essendo il tracciato dominato da decelerazioni variabili gravi, esso rientrava al confine tra la categoria "non rassicurante/dubbio" e quella "patologico".

Stando alla classificazione della NICHD (a cui sembrava riferirsi la CT Di Tommaso), il tracciato registrato intorno alla mezzanotte era inquadrabile nella terza categoria, quella dei tracciati anormali, considerata la presenza di decelerazioni variabili ripetute. Era vero che, in base a questa classificazione, le decelerazioni variabili erano espressione di una reattività del feto ad una situazione di ipossigenazione e quindi dovevano essere interpretate come un evento positivo di un feto in buone condizioni. Ma restava comunque che era pacifico nella scienza medica (ormai almeno dal 1985) che, per alcune decelerazioni, per associazione con altri caratteri, o per ripetitività o per profondità, quali erano presenti in numero elevato nel travaglio della signora Caffarone (sul punto vedi pag. 19 e ss. deposizione dei periti e pag. 17-18 della relazione peritale), il significato prognostico era senz'altro negativo.

Secondo la classificazione di Boylan, che era quella adottata nel 2009 presso l'Ospedale di Massa, la presenza di decelerazioni medie o gravi era sufficiente a conferire ai tracciati, rispettivamente, caratteri di sospetto o patologici. In particolare, la presenza di decelerazioni variabili gravi a partire dalle ore 23:56 valeva ad ascrivere il tracciato alla categoria del tracciato "pericoloso".

Peraltro, anche in termini di buon senso clinico, poiché le decelerazioni indicavano un momento di ipossia e poiché non era prevedibile sino a quando il feto avrebbe reagito alla carenza di ossigeno, era doveroso non insistere troppo a lungo nel confidare su una capacità infinita di reazione del feto, specialmente quando i momenti di ipossia apparivano sempre più frequenti e ripetuti, con espressione di decelerazioni atipiche.



L'attendere che il tracciato segnali che il feto non era più reattivo, con comparsa di perdita di variabilità per intervenire (come sostenuto dalla Di Tommaso con riferimento al caso in esame) costituiva una scelta che era troppo rischiosa e che poteva rivelarsi tardiva proprio perché non esistevano indicatori in grado di segnalare che la reattività del feto stava per esaurirsi.

Infatti, uno dei limiti, specialmente della classificazione del NICHD, consisteva nel fatto che, se seguita troppo rigidamente, non era in grado di fornire gli elementi per giudicare sino a quando il feto sarebbe stato in grado di reagire alla ipossia. Questa classificazione, infatti, forniva soltanto gli elementi indicativi di un rischio di danno cerebrale già in atto, che troppo spesso rischiava di essere irreversibile.

Occorreva, invece, tener presente quella che era una acquisizione della scienza medica ormai da trenta anni (sul punto vedi pag. 19 e ss. deposizione dei periti e pag. 17-18 della relazione peritale), secondo cui, oltre alla maggiore frequenza e ripetitività delle decelerazioni, anche la presenza di determinati reperti morfologici associati alle decelerazioni aggravava il valore prognostico negativo della decelerazione ed aumentava il rischio di acidosi del feto e basso Apgar neonatale (si fa riferimento, come già detto, ai seguenti reperti: la perdita della accelerazione primaria o della secondaria; l'accelerazione secondaria prolungata; la ripresa della linea di base ad un livello inferiore; la decelerazione bifasica o a W; il lento ritorno alla linea di base; la riduzione della variabilità all'interno della decelerazione). Nel caso in esame, a partire dalle 23:56 sino alle 0:29, la comparsa sul tracciato di ben 8 decelerazioni variabili, alcune delle quali riconducibili a quelle più gravi e di significato prognostico peggiore, era il chiaro segno che, proseguendo ulteriormente il travaglio, si espose il feto a rischi ipossici troppo elevati e ripetitivi: per tale motivo, si doveva intervenire con un parto operativo. In particolare, già le prime 4 decelerazioni facevano classificare il tracciato nella categoria della pericolosità, in quanto quella delle ore 0:04 era bifasica e con recupero tardivo, quella delle 0:15 era priva di accelerazione iniziale, quella delle 0:20 era priva di accelerazione finale e iniziale e quella delle 0:22 era priva di accelerazione finale.

La registrazione fra le 0:29 e l'1:04 confermava che era presente un rischio eccessivo di danno cerebrale. In queste condizioni (alle ore 1:04), era estremamente imprudente attendere che comparisse anche la perdita di



variabilità per classificare il tracciato come patologico e indicativo di sopraggiunta acidosi del feto e non si doveva lasciare proseguire il travaglio in quelle condizioni estreme per altri 46 minuti (fino al parto delle ore 1:50).

Esaminando le osservazioni dei CT di parte, i periti hanno poi evidenziato che non si poteva assolutamente condividere quanto affermato dalla Di Tommaso secondo cui le decelerazioni variabili dovevano essere interpretate sempre e comunque come segnali di reazione fetale positiva. Infatti, non tutte le decelerazioni variabili avevano lo stesso valore nell'indicare l'ipossia del feto, dato che, a seconda delle loro caratteristiche, della durata, dell'entità e della frequenza al nadir e della ripetitività e più in generale a seconda di tutti i patterns morfologici che ad esse potevano associarsi, potevano indicare condizioni di ipossia anche grave. Di conseguenza, poiché non esisteva un modo per potere prevedere quando sarebbe scomparsa la variabilità, quando il feto non sarebbe stato più capace di reagire e quindi quando sarebbe subentrata l'acidosi, era evidente che l'ipossia e quindi le decelerazioni, specie quelle a significato prognostico peggiore e ripetute, non potevano essere tollerate indefinitamente, non per circa due ore, come era avvenuto nel caso della Caffarone.

Ed infatti, la Di Tommaso aveva affermato (in udienza) che, con la scomparsa della variabilità, si venivano ad identificare feti "che stanno veramente male", il che confermava che attendere la scomparsa della variabilità poteva essere troppo tardi per evitare danni cerebrali permanenti.

Così come anche l'affermazione della Di Tommaso, secondo cui bisognava allarmarsi solo quando l'ipossia desumibile dal tracciato rendeva prevedibile che si potesse andare verso l'acidosi (affermazione anche questa resa in udienza), non era condivisibile, e confermava la validità delle critiche alla Di Tommaso, proprio perché non esistevano attualmente metodi che permettevano di prevedere quando si sarebbe verificata l'acidosi.

Del resto, nella assistenza alla Caffarone, non erano neanche state messe in opera quelle manovre conservative che invece, almeno al comparire delle prime decelerazioni variabili, avrebbero dovuto essere compiute (come il cambiamento di posizione della gestante o la somministrazione di ossigeno).



In sostanza, nel caso in esame, intervenire solo alla constatazione di perdita di variabilità, ignorando e disattendendo le ripetute e gravi decelerazioni precedenti, era clinicamente improprio e non poteva non esporre il feto al rischio di lesioni encefaliche irreversibili.

Inoltre, anche la Di Tommaso aveva riconosciuto che, dalle ore 0:20 all'1:05, il monitoraggio evidenziava condizioni di ipertono e che l'attività contrattile era caratterizzata da un non sempre completo raggiungimento della linea di base del tono uterino e quindi vi era un non sempre garantito approvvigionamento di ossigeno fra una contrazione e l'altra. Ciò significava che all'ipossia testimoniata dalle decelerazioni si aggiungeva ipossia da ipertono. Ciononostante, per contrastare l'ipertono, nulla era stato somministrato alla Caffarone, né tocolitici né antispastici; così come nulla era stato fatto nel successivo periodo in cui si instaurava la tachisistolia (mentre, come osservato anche dalla Di Tommaso, in questi casi, oltre alla sospensione dell'ossitocina, era necessario agire sulla tachisistolia con la ritodrina infusa per via endovenosa).

Doveva ritenersi inappropriata anche la metafora usata dalla Di Tommaso per dimostrare che l'ipossia non era di per sé una situazione allarmante. La Di Tommaso, infatti, aveva fatto l'esempio dello stato di ipossia di un bambino che non respira perché si è tappato il naso, e quindi la mamma non si preoccupa perché basta che smetta di tapparsi il naso per risolvere il problema, e quello dell'ipossia del bambino che non respira perché è svenuto riverso per terra con la faccia ed il naso schiacciati contro il terreno, caso in cui, invece, vi è una vera situazione di pericolo che deve allarmare. Tale metafora, tuttavia, non considerava che, nell'esempio fatto, la madre vedeva direttamente il figlio in entrambe le situazioni e quindi era nelle condizioni per valutare con certezza come pericolosa solo la seconda e non anche la prima; invece, nel caso dell'ipossia fetale, non vi era minimamente la possibilità di sapere se il feto era ipossico, per momentanea e reversibile diminuzione di apporto di ossigeno o se, invece, si trovava in uno stato di ipossia grave nel quale vi erano reali, imminenti rischi di acidosi.

Di conseguenza, per garantire sempre e comunque il benessere del feto, doveva ritenersi obbligatorio preoccuparsi sempre della ipossia, e quindi dei patterns cardiotocografici, non esistendo, come per il bambino, la possibilità di differenziare le due situazioni indicate nell'esempio stesso.



Per quanto riguardava la questione della eventuale avvenuta somministrazione di ossitocina alla Caffarone (afferzata dalla Paita e negata dalla Croce e dalla Musetti), i periti hanno, innanzitutto, osservato che dall'esame della documentazione medica agli atti non risultava che tale farmaco fosse stato somministrato.

Inoltre, non era condivisibile la tesi della Di Tommaso secondo cui dai reperti cardiotocografici dell'ultima fase della registrazione relativi al momento in cui era comparsa la tachisistolia quest'ultima non poteva che essere causata dall'uso di ossitocina. In particolare, la Di Tommaso aveva sostenuto che la tachisistolia poteva essere causata esclusivamente dall'ossitocina o dal distacco di placenta o dalla preeclampsia e che quindi, non sussistendo le ultime due ipotesi, non restava che la prima.

Tuttavia, il concetto che la tachisistolia era sempre e comunque esclusivamente dovuta a ossitocina, distacco di placenta e preeclampsia, non poteva essere condiviso.

Infatti, se era vero che la tachisistolia poteva essere causata dall'ossitocina, vi erano anche altre possibili cause. In particolare, era esperienza comune che, in periodo di travaglio avanzato, specialmente se era presente qualche ostacolo ai movimenti meccanici del feto, del tipo di un peso elevato del feto stesso o di una rotazione sacrale dell'occipite, l'utero reagiva, tentando di superare l'ostacolo meccanico alla discesa/progressione del feto, mediante contrazioni subentranti, con comparsa di una condizione di tachisistolia.

Così come, più in generale, qualsiasi difficoltà di avanzamento del feto anche priva di causa o dovuta anche ad una rigidità nei tessuti della partorientente, per cui il canale di parto risultava meno elastico (come poteva derivare dall'età avanzata della stessa), oltre ad un possibile effetto eccezionale della doppia stimolazione derivante dalle due precedenti induzioni farmacologiche, poteva essere la causa di una reazione in termini di tachisistolia.

Inoltre, non vi era nessuna ragione perché venisse somministrata dell'ossitocina: il parto era già stato indotto farmacologicamente con una doppia somministrazione di prostaglandine e l'attività uterina aveva già raggiunto un'intensità sufficiente, per cui non si rendeva necessario un ulteriore intervento mediante l'ossitocina.

Pertanto, andava escluso che fosse stata somministrata ossitocina alla Caffarone.



Ulteriore profilo estremamente importante era quello relativo alla mancata presenza della Paita in sala parto.

Infatti, trattandosi di una paziente di 45 anni, con precedente aborto, e con travaglio indotto per ipertensione, la gravidanza doveva inquadrarsi come una gravidanza a rischio, ed il travaglio non poteva essere gestito soltanto dalle ostetriche.

La presenza della Paita, invece, risultava certa soltanto alle ore 22:20, perché in cartella a quell'orario era annotata la visita dalla stessa effettuata, ed intorno alle ore 0:10 circa, perché tale circostanza era stata riferita in udienza dalla stessa Paita e dalle altre imputate. Di conseguenza, la Paita era stata assente dalla sala travaglio dalle ore 0:10 sino alle ore 1,40, lasciando la gestione del parto alle sole ostetriche e, trattandosi di una gravidanza a rischio, questo intervallo di tempo era senza alcun dubbio troppo prolungato e dimostrava un comportamento imprudente e negligente della Paita. In altre parole, la presenza della Paita in sala parto era obbligatoria o comunque avrebbe dovuto essere più frequente e la paziente non poteva essere lasciata alle ostetriche sia perché si trattava di gravidanza a rischio sia perché, a partire da poco prima della mezzanotte, vi erano tutta una serie di evidenti segni prognostici sfavorevoli desumibili dal tracciato cardiotocografico.

Peraltro, secondo la Musetti, la Paita era stata chiamata ed era intervenuta in sala parto anche attorno all'una. In tale ipotesi, la responsabilità della successiva gestione del parto doveva a maggior ragione ritenersi a suo carico. Infatti, in tal caso, si dovevano ravvisare elementi di imperizia nei confronti della Paita per non avere valutato correttamente il tracciato cardiotocografico, non aver colto la gravità delle condizioni fetali e aver lasciato proseguire il travaglio anche dopo l'una, senza prendere alcun provvedimento ostetrico.

Peraltro, anche nei confronti delle ostetriche vi erano profili di negligenza. Infatti, pur dovendosi ribadire che la gestione della paziente spettava al medico, specialmente dopo le ore 0:00, in considerazione del fatto che il medico aveva preso visione del tracciato cardiotocografico alterato, erano comunque ravvisabili elementi di critica anche nei confronti delle ostetriche presenti in sala travaglio. Queste, infatti, non avevano interpretato correttamente il ripetersi di persistenti segni di alterazione del tracciato cardiotocografico e conseguentemente avevano omesso di allertare ulteriormente il medico di guardia. E ciò nonostante che, tra le

competenze di ogni ostetrica, vi era anche la conoscenza degli elementi principali per una corretta lettura del monitoraggio cardiotocografico, che nella pratica ostetrica ospedaliera era di quotidiana routine.

Tuttavia, era anche possibile che tale condotta negligente ed imperita delle ostetriche non avesse rivestito un ruolo causale nell'evoluzione clinica, tenuto conto che la Païta era intervenuta intorno a mezzanotte, senza rilevare, erroneamente, nulla di patologico ed, in questo modo, aveva sostanzialmente dato delle indicazioni alle ostetriche anche per il prosieguo del travaglio.

Concludendo, i periti hanno, quindi, formulato le seguenti conclusioni e risposte ai quesiti.

Era consigliabile una stretta sorveglianza della gestante, nella considerazione che trattavasi di una gravidanza a rischio per l'età, l'ipertensione e il parto indotto.

I primi segnali di allarme circa possibili condizioni patologiche del feto erano comparsi sul tracciato cardiotocografico delle ore 21:50, ma poi si erano rivelati transitori.

Dalle ore 23:30 in avanti, con particolare riguardo all'intervallo tra le ore 23:56 e le 0:29 i segnali di allarme erano stati persistenti e intensi, indicativi di una situazione ingravescente di compromissione del feto.

Un atteggiamento prudente imponeva l'attuazione del parto operativo, per evitare di sottoporre il feto ad un eccessivo rischio ipossico.

Già a partire dalle ore 23:30 si doveva iniziare a pensare di dover effettuare un parto cesareo e si doveva mantenere una sorveglianza maggiore.

Soprattutto, alle ore 0:29 si imponeva un intervento immediato di taglio cesareo, che, tenuto conto anche dei tempi tecnici necessari all'allestimento della sala parto, avrebbe, con elevata probabilità, evitato l'instaurarsi di una acidosi ingravescente e di conseguenza il severo danno cerebrale.

La causa della morte era da identificare, sulla base delle risultanze anatomopatologiche e alla luce dei dati clinici, in un danno ipossico/anossico cerebrale determinato da una prolungata ipossia perinatale, con insufficienza multiorgano terminale in un neonato senza attività cardio-respiratoria alla nascita.

Erano quindi individuabili elementi di negligenza, imprudenza e imperizia nella condotta della Païta che non aveva impedito la prolungata ipossia



fetale e quindi aveva causato il decesso di Panucci Vittorio. Ciò in quanto, oltre a discostarsi dalle linee guida correnti, il medico non aveva osservato le norme di generica prudenza nell'ambito clinico/ostetrico, in particolare non aveva tenuto conto delle caratteristiche della paziente e del decorso del parto, il che configurava una colpa grave.

Elementi di imperizia erano ravvisabili anche nei confronti delle ostetriche per non aver colto la severità del tracciato CTG, omettendo in conseguenza di allertare ulteriormente il medico di guardia.

Successivamente all'espletamento della perizia ed all'esame dei periti Bertorello e Chen, è stata acquisita (su accordo delle parti) una ulteriore relazione della **dr.ssa Di Tommaso (CT della difesa Paita)** contenente osservazioni critiche alla perizia.

In particolare, con tale relazione, il CT della difesa ha ribadito quanto già sostenuto in precedenza (con la prima relazione) ed ha evidenziato che, in generale, il tracciato cardiocotografico aveva uno scarso valore predittivo per cui non era possibile determinare, con questa tecnica, se il feto fosse ben ossigenato, depresso o acidotico; che, alle ore 0:29, vi doveva essere un intervento, ma solo di tipo conservativo, quale il cambio della posizione materna o la somministrazione di ossigeno al feto; che, alle ore 0:10, il tracciato non era preoccupante, sebbene necessitasse di attenzione, come si desumeva dal fatto che la variabilità era sempre presente e l'attività contrattile era regolare; che la Paita era legittimata ad allontanarsi dalla sala parto in quanto doveva occuparsi anche di una paziente con gravidanza gemellare (la Marchi) e di una paziente di cittadinanza marocchina avente difficoltà linguistiche; che un indispensabile intervento vi doveva essere solo alle ore 1:05, quando era comparsa la tachisistolia, ma, in quel momento, sarebbe stato più efficace intervenire con un farmaco tocolitico (o con l'eliminazione dell'ossitocina) anziché procedere al taglio cesareo; che era compito delle ostetriche riconoscere e rimuovere la tachisistolia verificatasi intorno alle ore 1:00; che ciò dovevano fare interrompendo la somministrazione dell'ossitocina (i periti, nell'escludere che fosse stata somministrata l'ossitocina, non avevano tenuto conto delle dichiarazioni della Caffarone laddove aveva riferito che era stata predisposta una pompa per l'infusione di un farmaco); che comunque dovevano intervenire anche



somministrando un tocolitico; che, in alternativa, avrebbero dovuto chiamare la Paita, cosa che non avevano fatto.

Il CT della difesa ha anche evidenziato che le linee guida della Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari in tema di assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico, pur non essendo state ritirate con un atto ufficiale del Ministero o di altra Autorità pubblica, di fatto non erano più in uso proprio perché superate dalle successive acquisizioni scientifiche.

Successivamente all'espletamento della perizia ed all'esame dei periti Bertorello e Chen, è stata acquisita (su accordo delle parti) anche la relazione del **dr. Sergio (CT della parte civile)** contenente osservazioni alla perizia.

In particolare, con tale relazione, il CT della parte civile ha evidenziato che la gravidanza della Caffarone doveva considerarsi a rischio in quanto la partoriente era ultraquarantacinquenne, fattore di rischio ai sensi del D.M. 10/9/98. Inoltre, in base alle citate Linee Guida, l'induzione farmacologica del travaglio di parto non doveva essere effettuata prima della 41° settimana, e la Caffarone non aveva superato tale limite perché si trovava alla 40° settimana più 2 giorni.

Il CT della parte civile ha anche evidenziato che, nel novembre 2010, l'American College of Obstetricians and Gynecologists aveva predisposto delle nuove Linee Guida in tema di interpretazione dei tracciati cardiotocografici. In base a queste nuove Linee Guida, i tracciati venivano divisi in tre categorie: la prima era quella in cui la frequenza cardiaca era normale; la terza era quella in cui i tracciati presentavano bradicardia e/o ricorrenti decelerazioni tardive o variabili, casi in cui si doveva procedere con il taglio cesareo e si potevano anche attuare manovre per favorire l'ossigenazione fetale; la seconda includeva i tracciati non compresi nella prima e nella terza categoria, tali tracciati richiedevano sorveglianza più frequente di quelli della prima categoria e, in caso di più di 5 contrazioni in 10 minuti, doveva essere interrotta l'ossitocina o ogni altra forma di induzione al parto e doveva essere somministrato un farmaco tocolitico.

Ciò premesso, il CT della parte civile ha evidenziato che, con riferimento al tracciato della Caffarone, questo aveva assunto caratteristiche che lo facevano rientrare nella terza categoria e che imponevano il taglio cesareo già a partire dalle ore 23:34. Infatti, alle ore 23:34, si era verificata una decelerazione variabile, seguita poi da altre decelerazioni variabili alle ore

23:41, alle ore 23:45, alle ore 23:48, alle ore 23:58, alle ore 0:02, alle ore 0:04, alle ore 0:15, alle ore 0:21, alle ore 0:23. Successivamente, vi erano state decelerazioni tardive alle ore 0:52, alle ore 0:55 ed alle ore 1:00.

Pertanto, vi erano stati chiari segni di sofferenza fetale, ma, ciononostante, la Paita non aveva tenuto conto di essi e delle predette Linee Guida.

Quindi, doveva ritenersi sussistente l'imprudenza della Paita nel non aver gestito e controllato il caso clinico con particolare attenzione, a rischio per età materna avanzata ed induzione farmacologica; la sua imperizia nel non aver saputo interpretare gli inconfutabili segnali di allarme e pericolo per la salute del feto secondo le predette Linee Guida; e la sua negligenza nell'aver omesso il compimento di un'azione doverosa, nello specifico l'esecuzione di un rapido taglio cesareo

Sin qui si sono espone le risultanze emerse dall'istruttoria dibattimentale. Tanto premesso in fatto, ritiene questo Giudice evidente **la responsabilità penale delle imputate** in ordine al reato loro ascritto.

Occorre, innanzitutto, premettere che la morte di Panucci Vittorio deve essere ritenuta eziologicamente ricollegabile a quanto avvenuto nel corso del travaglio di parto.

La causa del decesso del figlio della Caffarone va individuata in un gravissimo danno cerebrale ipossico/anossico, eziologicamente collegabile alla prolungata ipossia patita dal feto durante il travaglio di parto.

Tale conclusione, risultante dalla consulenza dei CT del PM, non è stata contestata dai CT delle altre parti, ed è stata fatta propria dai periti.

Essa appare condivisibile, in quanto logicamente argomentata e basata su dati di fatto oggettivi ricavati anche dalle indagini anatomopatologiche eseguite dopo il decesso.

Infatti, analizzando i reperti istologici, è stato accertato che il parenchima placentare non risultava affetto da patologie sviluppatesi nel corso della gravidanza: la placenta era priva di segni di patologie precedenti al parto. Ed infatti, il feto si presentava alla nascita con uno sviluppo normale ed appropriato.

Inoltre, dalla cartella clinica risultava che, alle ore 22:30 del 28/4/09, il liquido amniotico era limpido (privo del meconio che viene versato dal feto quando si trova in condizioni di sofferenza), il che dimostrava che in

quel momento il feto era integro (come osservato anche dalla CT della difesa dr.ssa Di Tommaso).

Viceversa, non appena nato, il bambino presentava assenza di battito cardiaco, assenza di respiro ed acidosi fetale (il sangue del cordone ombelicale presentava un PH pari a 6,6-6,7, incompatibile con la vita). L'indice Apgar alla nascita era pari a zero ed era divenuto pari a 4 solo dopo cinque minuti a seguito delle pratiche rianimatorie; il bambino presentava un cefaloematoma voluminoso in sede occipitale; l'acidosi metabolica era stata compensata solo alle successive ore 6:25 (il parto era avvenuto alle ore 1:50), ma era stato necessario continuare a correggerla, con l'uso di bicarbonati, anche dopo le successive ore 10:25 (a proposito di questi dati, si veda anche la relazione del CT del PM nella parte in cui riassume i dati della documentazione sanitaria esaminata).

Inoltre, dal tracciato cardiotocografico risultavano segni di grave sofferenza fetale nell'ultima fase del travaglio (per i CT del PM e della parte civile e per i periti, già a partire dalle ore 22:47; mentre, per il CT della difesa, solo a partire dalle ore 1:05).

Le condizioni del neonato erano rimaste gravissime anche nei giorni successivi, dovendo essere mantenuto in rianimazione, fino a quando non era deceduto.

Tutti questi elementi, complessivamente valutati, dimostrano che, prima del travaglio, il feto era in buone condizioni e che, durante il travaglio, in particolare nell'ultima fase dello stesso, il feto è entrato in sofferenza, ha subito una prolungata carenza di ossigeno e ciò ha evidentemente determinato le lesioni cerebrali poi accertate dopo la nascita e che successivamente ne hanno provocato il decesso.

Va quindi ribadito che la morte di Panucci Vittorio è stata causata da quanto avvenuto nel corso del travaglio di parto.

Ciò premesso, la responsabilità di tale evento deve essere attribuita, innanzitutto, all'imputata Paita.

La condotta colposa della Paita è consistita nel non aver sorvegliato adeguatamente il travaglio della Caffarone e/o nel non aver valutato correttamente le risultanze del tracciato cardiotocografico.

In particolare, in prima approssimazione, si deve osservare che, nel giudicare la condotta della Paita, occorre tener presente che, secondo

l'imputata Musetti, la Paita era stata chiamata ed era intervenuta a verificare il tracciato cardiotocografico anche intorno alle ore 1:00. Da ciò consegue che, se si ritengono attendibili tali dichiarazioni della Musetti, la negligenza della Paita deve essere ravvisata nel non aver valutato correttamente il tracciato intorno alle ore 1:00 anche mettendolo in relazione a quanto risultava avvenuto nell'ora immediatamente precedente. Se, invece, tali dichiarazioni non si ritengono attendibili, la negligenza dell'imputata va ritenuta non solo nel non aver valutato correttamente il tracciato cardiotocografico registrato fino alle ore 0:10, ma anche nel fatto che la stessa non è stata presente e non ha sorvegliato personalmente il travaglio, ed in particolare il predetto tracciato, nel periodo dalle ore 0:10 alle 1:40 (quando era tornata in sala parto per la fase espulsiva).

Infatti, la gravidanza della Caffarone era una gravidanza a rischio e, come tale, richiedeva una maggiore e più assidua sorveglianza, anche personale, da parte della Paita, che non doveva delegarla alle ostetriche, ma avrebbe dovuto essere maggiormente presente.

Ed invero, la gravidanza della signora Caffarone doveva essere considerata a rischio.

Era, infatti, da considerare a rischio, innanzitutto, in relazione all'età della gestante, posto che la Caffarone aveva già compiuto i 45 anni. Sul punto, vanno condivise le argomentazioni esposte dai periti, in particolare laddove hanno osservato che l'età deve essere considerata un fattore di rischio, in quanto, essendo il parto un'attività che comporta un considerevole sforzo fisico, una donna di età maggiore deve ritenersi tendenzialmente meno capace di compierla rispetto ad una donna più giovane, così come avviene per qualsiasi attività fisica (i periti hanno fatto l'esempio di una gara di atletica). Del resto, è facilmente intuibile che, con l'avanzare dell'età, non solo diminuiscano la forza fisica e la capacità di resistenza fisica, ma anche che i tessuti muscolari e la pelle divengano meno elastici e quindi meno in grado di affrontare lo sforzo del parto e di favorire l'espulsione del feto. Peraltro, nello stesso senso (della esistenza di un rischio collegato all'età), vanno richiamate le citazioni bibliografiche fatte dai periti nella loro relazione (a pag. 16), da ritenersi non efficacemente contraddette nel corso dell'esame in udienza, in quanto comunque è rimasta confermata l'esistenza di maggiori patologie e di maggiori rischi, anche di morte, rispetto a gravidanze di donne di maggiore



età. Nel medesimo senso, va anche richiamato l'allegato C del D.M. 10/9/98 (sia pure nella diversa materia dei test genetici, ma comunque con valore indicativo anche nella materia qui in esame) nella parte in cui indica, tra i fattori che rendono prevedibile il "rischio procreativo", anche la "età materna avanzata" e successivamente specifica cosa debba intendersi per "età materna avanzata", precisando che si tratta della età uguale o superiore a 35 anni ("= o > 35 aa.").

Pertanto, deve ritenersi che la gravidanza della Caffarone non poteva non essere considerata a rischio, innanzitutto, in relazione all'età della partoriente.

Peraltro, ulteriori fattori di rischio in base alle linee guida Age.Na.S., presenti nel caso della Caffarone, erano l'ipertensione e l'anestesia epidurale.

Infatti, a partire dagli ultimi 10 giorni prima della visita del 27/4/09, la Caffarone aveva avuto un rialzo pressorio (come risulta dalla documentazione sanitaria esaminata dai periti). E, al momento del ricovero, era stata sottoposta ad anestesia peridurale da parte della dr.ssa Bertelloni (come riferito dalle suesposte testimonianze).

Ulteriore fattore di rischio era costituito dal fatto che la Caffarone era stata sottoposta ad una doppia induzione farmacologica mediante somministrazione di prostaglandine (alle ore 9:00 ed alle 15:00 del 28/4/09, come riferito dalle suesposte testimonianze e come risulta dalle relazioni dei periti e dei CT).

Che l'ipertensione, l'anestesia e la doppia induzione costituissero fattori di rischio risulta da quanto affermato dai periti (che sul punto hanno richiamato le linee guida dell'Age.Na.S., che li indicano come fattori di rischio) e dai CT del PM e della parte civile, e non è stato contestato dal CT della difesa.

Del resto, lo stesso ricovero in ospedale, conseguenza della programmazione della induzione farmacologica e del parto, era indicativo che si trattava di situazione che comportava dei rischi.

Va anche considerato che il liquido amniotico era scarso ("scarsissimo", secondo il CT dr. Nardini), che la Caffarone non aveva mai avuto figli e che in precedenza aveva subito un aborto: anche queste sono circostanze che contribuivano a connotare la delicatezza della sua situazione.

In sostanza, quindi, trattandosi di una paziente di 45 anni di età, con precedente aborto, con liquido amniotico scarso, con doppia induzione



farmacologica, con ipertensione e con anestesia locale, la gravidanza doveva inquadrarsi e trattarsi come una gravidanza a rischio. E, del resto, anche l'imputata Paita ha ammesso che si trattava di gravidanza a rischio (cfr. pag. 149 del suo esame).

Di conseguenza, il travaglio non poteva essere gestito soltanto dalle ostetriche.

Sul punto, vanno richiamate le linee guida della Age.Na.S. che prevedono (e prevedevano al momento del fatto, riportandolo al cap. 9 della pubblicazione del 2004 "Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologici", come risulta a pag. 15 della relazione dei periti) che, se la gravidanza è a rischio, non solo il monitoraggio cardiotocografico deve essere continuo, ma il travaglio stesso non può essere seguito dalla sola ostetrica, ma la sua gestione deve avvenire sotto la diretta sorveglianza e responsabilità del medico.

Nello stesso senso, si sono espressi anche i testi Benelli (ginecologo), che ha affermato la necessità della presenza del medico nei casi di gravidanza a rischio (cfr. pag. 18 della sua deposizione), e Rappelli (ostetrica), che ha precisato che il ginecologo deve seguire le gravidanze potenzialmente patologiche (pag. 30 della sua deposizione).

Del resto, è evidente che, se, in ottemperanza alle linee guida Age.Na.S., sono previsti sia la sorveglianza del medico sia il monitoraggio cardiotocografico continuo, ciò è perché il relativo tracciato deve essere concretamente visionato dal medico, personalmente e in maniera frequente. Diversamente, non sarebbe più un travaglio sotto il controllo del medico (ma sotto il controllo della sola ostetrica) ed il medico non avrebbe la effettiva concreta possibilità di intervenire tempestivamente.

Pertanto, nel caso in esame, oltre a trattarsi di gravidanza a rischio, dal tracciato cardiotocografico emergevano, già a partire dalle ore 22:47 (sul punto, si veda quanto meglio esposto nel prosieguo), dei segnali di alterazione che avrebbero dovuto contribuire a richiamare l'attenzione della Paita ed a spingerla ad una più assidua e personale vigilanza.

Vi erano, infatti, segnali di ipossia fetale (che vi fossero segnali di ipossia fetale è riconosciuto anche dal CT della difesa) che imponevano una maggiore vigilanza, anche perché sempre più numerosi e frequenti.

Tutto ciò imponeva alla dr.ssa Paita una maggiore sorveglianza.



Del resto, non vi erano altre urgenze che impedivano alla Paita di concentrarsi esclusivamente sulla vigilanza sulla Caffarone. Infatti, dalle dichiarazioni della teste Bruschi (che trovano conferma in quelle delle testi Giannetti e Marchi) risulta che, nel periodo dalle ore 22:47 alle 1:05, non vi erano nell'ospedale altre donne ricoverate il cui travaglio fosse in fase attiva e quindi non vi erano altre urgenze od altri motivi che impedissero alla Paita di sorvegliare personalmente il travaglio della Caffarone. E, del resto, anche l'imputata Paita non ha indicato una qualche urgenza od altra forma di priorità che le aveva impedito di vigilare su quel travaglio (ha solo riferito che, alle 22:47, era andata a visitare una paziente di nazionalità marocchina, il cui travaglio però non era in fase attiva; mentre, per il resto, ha sostanzialmente sostenuto che era legittimo l'aver affidato la Caffarone al controllo delle sole ostetriche), per cui non vi era alcun motivo che la esonerasse dall'adempire personalmente al suo dovere di sorveglianza.

Invece, stando alle dichiarazioni della Paita, quest'ultima sarebbe intervenuta a controllare il tracciato cardiocografico solamente intorno alle ore 0:10, per poi intervenire nuovamente solo quando era stata chiamata, alle ore 1:40, per il periodo espulsivo: il lasso di tempo tra le ore 0:10 e le 1:40 appare eccessivamente ampio, e tale da configurare una evidente negligenza, se si tiene conto di quanto sopra osservato in merito ai doveri di un ginecologo in relazione alle gravidanze a rischio e in considerazione delle risultanze del tracciato cardiocografico che evidenziavano ripetuti frequenti episodi di ipossia fetale.

Se la Paita fosse stata maggiormente presente ed avesse personalmente esaminato l'andamento del tracciato cardiocografico, avrebbe potuto disporre tempestivamente il taglio cesareo o, quanto meno, avrebbe potuto tempestivamente effettuare quegli altri possibili interventi che sono stati evidenziati dal CT della difesa.

Infatti, visionando il tracciato cardiocografico, avrebbe potuto vedere i segnali di allarme che emergevano ed avrebbe conseguentemente potuto disporre i necessari rimedi.

In particolare, condividendosi quanto sostenuto dai periti, deve ritenersi che, alle ore 0:29, vi erano ormai tutta una serie di segnali, desumibili dal tracciato cardiocografico, per cui si doveva intervenire immediatamente con un taglio cesareo.



In particolare, non poteva non valutarsi con attenzione ed anche con preoccupazione crescenti il succedersi di decelerazioni tardive e di decelerazioni variabili (indicative di momenti di ipossia).

Infatti, anche per le decelerazioni variabili (il cui significato clinico quali indicatori delle condizioni fetali è controverso nella scienza medica) comunque nella scienza medica rappresenta un dato ormai acquisito quello che ad esse deve attribuirsi un significato prognostico negativo allorché, oltre ad essere maggiormente frequenti e ripetitive, siano anche accompagnate dalla presenza di determinati reperti morfologici associati alle decelerazioni, in quanto tutto questo determina una situazione tale da attribuire un valore prognostico negativo alle decelerazioni aumentando il rischio di acidosi del feto e basso Apgar neonatale (sul punto si veda pag. 19 e ss. della deposizione dei periti e pag. 17-18 della relazione peritale, dove si fa riferimento, come reperti morfologici associati indicativi di pacifico significato prognostico negativo, ai seguenti reperti: la perdita della accelerazione primaria o della secondaria; l'accelerazione secondaria prolungata; la ripresa della linea di base ad un livello inferiore; la decelerazione bifasica o a W; il lento ritorno alla linea di base; la riduzione della variabilità all'interno della decelerazione).

Quindi, pur in presenza del mantenimento della variabilità, situazioni del predetto tipo, connotate da decelerazioni variabili frequenti e ripetitive con presenza dei predetti reperti morfologici associati, hanno un significato prognostico negativo. Esse, infatti, potrebbero, in ogni momento, sfociare in un irreversibile danno cerebrale, non essendo prevedibile il momento in cui verrà meno la variabilità, potendo tale momento (quello della perdita della variabilità) anche essere indicativo di un danno cerebrale già in atto e non reversibile e, quindi, non potendo non allarmare il ripetersi di episodi di ipossia con caratteri sempre maggiori di frequenza, ripetitività ed atipicità. Di conseguenza, una simile situazione è tale da imporre l'immediata adozione di opportuni rimedi da parte del ginecologo.

Nel caso de quo, già subito dopo le ore 22:47, vi erano state 5-6 decelerazioni variabili. Quindi, subito dopo le 23:30 vi erano state altre 3 decelerazioni variabili, tutte molto incise, due delle quali (quelle delle ore 23:34 e delle 23:47) atipiche per assenza di accelerazioni iniziali e finali. Successivamente, a partire dalle 23:56 sino alle 0:29, erano comparse ben 8 decelerazioni variabili, alcune delle quali riconducibili a quelle più gravi

e di significato prognostico peggiore (in particolare, quella delle ore 0:04 era bifasica e con recupero tardivo, quella delle 0:15 era priva di accelerazione iniziale, quella delle 0:20 era priva di accelerazione finale e iniziale e quella delle 0:22 era priva di accelerazione finale, dati, questi, evidenziati dai periti e non contestati dal CT della difesa).

Come è evidente, quindi, si trattava di decelerazioni numerose, ripetute, frequenti e spesso atipiche, accompagnate anche da reperti morfologici associati, reperti aventi un significato prognostico negativo (negativo in base ad una acquisizione ormai pacifica nella scienza medica, come già sopra evidenziato), per cui, da un lato, i segnali di alterazione si ripetevano sempre più numerosi e frequenti, dall'altro, non era in alcun modo prevedibile il momento in cui sarebbe venuta meno la variabilità e si sarebbe determinato un irreversibile danno cerebrale.

In queste condizioni, proprio in ragione di un criterio di massima prudenza e precauzione, che ogni medico deve seguire se vuole tutelare la salute del paziente nel massimo grado possibile, il travaglio non doveva proseguire, e si doveva intervenire con un parto operativo, per non esporre il feto a rischi ipossici troppo elevati e ripetitivi.

Deve essere, in definitiva, ribadito che il fatto che si trattava di gravidanza a rischio imponeva che il travaglio venisse seguito dalla dr.ssa Paita; che tale più diretta e continuativa vigilanza da parte della Paita era imposta anche dal fatto che, già a partire dalle ore 22:47, vi erano stati ripetuti numerosi segnali di ipossia fetale; che tali segnali erano allarmanti, in quanto numerosi, ripetuti, frequenti ed accompagnati anche da reperti morfologici associati pacificamente aventi significato prognostico negativo; che, di conseguenza, il lasso di tempo intercorso tra le ore 0:10 e le 1:40 (durante il quale la Paita era rimasta assente) appare eccessivamente ampio e tale da configurare una evidente negligenza; che, se la Paita fosse stata maggiormente presente ed avesse personalmente esaminato l'andamento del tracciato cardiotocografico, avrebbe tempestivamente potuto decidere, già intorno alla mezzanotte o al massimo alle ore 0:29, di disporre il taglio cesareo o, quanto meno, avrebbe potuto tempestivamente effettuare quegli altri possibili interventi evidenziati dal CT della difesa.

In tal modo, si sarebbero potuti evitare i danni cerebrali patiti dal feto.



Infatti, disponendo il parto cesareo alle ore 0:29, questo avrebbe potuto essere eseguito nell'arco di pochi minuti, così evitando la prosecuzione degli episodi ipossici.

Sul punto, va ricordato quanto riferito dalla teste Bruschi (ostetrica dell'ospedale di Massa), secondo cui, nell'ospedale di Massa, si riusciva ad organizzare un parto cesareo anche in 9 minuti ("ne abbiamo fatti anche in nove minuti, anche meno"), che trova conferma anche in quanto dichiarato dall'imputata Musetti, secondo cui un parto cesareo poteva essere organizzato nello spazio di 10-15 minuti.

Di conseguenza, decidendo il parto cesareo alle ore 0:29 ed eseguendolo nell'arco dei successivi 10-15 minuti, in tal modo la Paita avrebbe impedito la prosecuzione dell'ipossia e quindi non si sarebbero verificati i conseguenti danni cerebrali al feto.

Infatti, secondo i periti, a quell'ora, si poteva ancora intervenire efficacemente, atteso che i danni cerebrali si erano verosimilmente verificati dopo le ore 1:05, quando era scomparsa la variabilità. E, nello stesso senso, anche il CT della difesa ha sostenuto che lo stato di acidosi fetale, indicativo del fatto che un danno neurologico era in atto o si stava per verificare, era sopravvenuto soltanto dopo le ore 1:05.

Pertanto, l'intervento della Paita avrebbe potuto evitare l'evento.

Ad analoghe conclusioni, è pervenuta la Suprema Corte in un caso simile a quello qui in esame (cfr. Cass. 11493/2013).

Infatti, in quel caso, al ginecologo era stato addebitato che, pur in presenza di tracciati cardiotocografici significativi di concreto rischio per il benessere del feto, non aveva operato un costante monitoraggio della accertata situazione di preallarme, né aveva predisposto ed eseguito un intervento di parto cesareo che avrebbe evitato l'asfissia intrapartum ed il conseguente decesso del neonato.

In quel caso, la Cassazione ha ritenuto che non era illogica la motivazione dei giudici di merito che avevano affermato *"che la condizione della paziente, già trentottenne alla prima gravidanza e con indotta stimolazione farmacologica del travaglio, avrebbe dovuto indurre il sanitario ad un monitoraggio continuo delle condizioni del feto onde valutare l'opportunità di un taglio cesareo, ancora possibile in quanto la donna presentava una dilatazione del collo uterino di appena cinque centimetri, così evitando al feto l'ulteriore stress correlato al parto"*



naturale, avvenuto circa un'ora dopo". Per cui era stata affermata la colpa del medico che aveva omesso "di sottoporre la paziente ad un costante monitoraggio e di predisporre ed eseguire l'intervento di parto cesareo che, se eseguito, con elevato grado di credibilità razionale avrebbe evitato l'asfissia ed il conseguente decesso della bambina".

Allo stesso modo, nel caso in esame, la Paita non ha tenuto conto dell'età avanzata della partoriente (45 anni anziché 38, come nel caso della Cassazione), del fatto che era stata indotta con prostaglandine (per due volte, anziché una come nel caso trattato dalla Cassazione), del fatto che non aveva mai avuto figli prima di allora (come nel caso trattato dalla Cassazione) e delle altre condizioni che rendevano la gravidanza una gravidanza a rischio (tra cui l'ipertensione ed il liquido amniotico scarso); non ha attuato, così come avrebbe dovuto fare trattandosi di gravidanza a rischio, un monitoraggio continuo delle condizioni del feto onde valutare tempestivamente l'opportunità di un parto cesareo (stesso addebito contestato nel caso trattato dalla Cassazione); ha, in particolare, lasciato troppo a lungo la gestione del parto alle ostetriche (stessa situazione del caso trattato dalla Cassazione); ha, in tal modo, omesso di valutare i segnali di alterazione che emergevano dal tracciato cardiocografico (come nel caso trattato dalla Cassazione); ha, di conseguenza, omesso di disporre il parto cesareo (come nel caso trattato dalla Cassazione), così come avrebbe dovuto disporre al più tardi alle ore 0:29; ed, in tal modo, non ha impedito né interrotto quella prolungata ipossia fetale che ha causato il danno cerebrale (come nel caso trattato dalla Cassazione).

Resta, quindi, confermata, anche alla luce di questo precedente giurisprudenziale, la penale responsabilità della Paita.

Del resto, tale conclusione resta confermata anche alla luce della giurisprudenza di legittimità formatasi in tema di colpa medica d'equipe.

I principi enucleati da tale giurisprudenza valgono ad escludere che la Paita possa giustificare la sua assenza, nel lasso temporale tra le ore 0:10 e le 1:40, sostenendo di aver fatto affidamento sul controllo che veniva operato dalle ostetriche.

Infatti, il c.d. principio dell'affidamento (principio secondo cui ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su di essi incombenti ed ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che di volta in volta è in esame, ed ognuno deve



evitare unicamente i pericoli scaturenti dalla propria condotta) non opera quando colui che si affida ad altri sia in colpa per aver violato norme precauzionali o per aver omesso determinate condotte confidando che altri, succedendo nella posizione di garanzia, elimini la violazione o ponga rimedio all'omissione: ne consegue che l'eventuale evento dannoso, che derivi anche dall'omissione del successore, verrà ad avere due antecedenti causali, non potendo la seconda condotta configurarsi come fatto eccezionale e sopravvenuto, di per sé sufficiente a produrre l'evento, e non essendo quindi idonea ad escludere la responsabilità di chi si è affidato al successore (cfr. Cass. n. 18568/2005; Cass. 8006/99).

La responsabilità della Paita, pertanto, non può essere esclusa sostenendo che il controllo del tracciato ctg era stato affidato alle ostetriche che lo avevano mal esercitato. Infatti, la Paita versava già in colpa per aver violato norme precauzionali e per aver omesso determinate condotte, non avendo valutato correttamente i tracciati ctg fino alle ore 0:10, non avendo tenuto conto che si trattava di gravidanza a rischio ed avendo omesso di essere presente e di continuare a valutare i tracciati personalmente nel periodo successivo alle ore 0:10.

Resta, quindi, confermata la sua penale responsabilità anche alla luce di queste considerazioni.

Pertanto, alla medesima conclusione dovrebbe pervenirsi anche qualora si ritenesse di condividere alcune considerazioni del CT della difesa dr.ssa Di Tommaso.

In particolare, stando alle dichiarazioni del CT della difesa, il tracciato era divenuto di tipo patologico solo a partire dalle ore 1:05, mentre prima non era tale in quanto era stata sempre mantenuta la variabilità, per cui in precedenza non vi era necessità di intervenire.

Anche accogliendo questa tesi, comunque resterebbe confermata la responsabilità della Paita.

Infatti, si è già visto che la gravidanza della Caffarone era a rischio e che, per tale motivo, la sorveglianza sul travaglio ricadeva sotto la diretta e personale responsabilità del ginecologo.

Così come si è già visto che, nel periodo dalle ore 22:47 alle 1:05, non vi erano nell'ospedale altre donne ricoverate il cui travaglio fosse in fase attiva e quindi non vi erano altre urgenze od altri motivi per non essere presenti a sorvegliare il travaglio della Cafarone.



Quindi, la Paita doveva essere presente. E se, intorno alle ore 1:05, la Paita fosse stata presente, avrebbe potuto disporre l'esecuzione del parto cesareo oppure, in via alternativa o anche cumulativa, avrebbe potuto immediatamente somministrare un farmaco tocolitico (come sostenuto dal CT della difesa) o avrebbe potuto interrompere la somministrazione dell'ossitocina (se questa era stata somministrata dalle ostetriche).

Tale tipo di intervento, se fosse stato attuato tempestivamente, è ragionevole presumere che avrebbe evitato, o comunque avrebbe sensibilmente ridotto, i danni cerebrali che si stavano per verificare.

Infatti, secondo il perito Bertorello, l'ulteriore peggioramento verificatosi dopo le ore 1:05, caratterizzato dalla perdita della variabilità, era indicativo del fatto che il cervello del feto, in quel momento, "stava per essere del tutto compromesso". Nello stesso senso, secondo il CT della difesa, alle ore 1:05 lo stato di acidosi ancora non si era instaurato, ma si stava in quel momento instaurando.

Di conseguenza, intervenendo immediatamente, è presumibile che si sarebbero evitate le lesioni cerebrali. O, quanto meno, è presumibile che il danno cerebrale sarebbe stato notevolmente inferiore e quindi tale da non determinare la morte del neonato.

In tal senso, si consideri anche che, da un lato, il CT della difesa ha sostenuto che era utilmente praticabile, ed avrebbe avuto effetti positivi nell'arco di pochissimi minuti (2-3 minuti, secondo la Di Tommaso), un intervento consistente nel somministrare un tocolitico (o nell'interrompere l'ossitocina) e, dall'altro, che le lesioni cerebrali patite dal feto sono state conseguenza della protrazione nel tempo della ipossia (il danno è stato diretta e proporzionale conseguenza della prolungata mancanza di ossigeno), per cui è presumibile che, se si fosse interrotta immediatamente quella situazione di mancanza di ossigeno, il danno non si sarebbe prodotto o si sarebbe prodotto in misura assai minore (in misura tendenzialmente proporzionale alla durata della mancanza di ossigeno).

Pertanto, anche accogliendo la predetta tesi del CT della difesa, resterebbe comunque confermata la responsabilità penale della Paita.

Peraltro, la condotta colposa della Paita non è consistita soltanto nella negligenza costituita dal non aver sorvegliato il travaglio nonostante si trattasse di gravidanza a rischio (negligenza già di per sé sufficiente a fondare l'affermazione della sua responsabilità penale), ma anche nella



imperizia rappresentata dal non aver valutato correttamente le risultanze del tracciato cardiocotografico.

Infatti, quand'anche si ritenessero inattendibili le dichiarazioni della Musetti secondo cui la Paita aveva esaminato il tracciato anche intorno all'1:00 (quando la situazione doveva ritenersi patologica anche secondo il CT della difesa), comunque vi erano, già intorno alla mezzanotte, segnali desumibili dal tracciato che avrebbero dovuto attirare l'attenzione della Paita.

La Paita, infatti, ha ammesso che, verso le ore 0:10, si era recata nella sala travaglio dove si trovava la Caffarone ed aveva preso in esame il tracciato cardiocotografico. Aveva osservato il tracciato registrato fino alle ore 0:10, esaminandolo insieme alla Musetti, e facendole notare che vi erano tre decelerazioni, in particolare quelle visibili nel tracciato alle ore 23:57, alle 0:02 ed alle 0:05, ritenendo, tuttavia, che non costituissero segnali di allarme perché era mantenuta una buona variabilità.

Orbene, questa valutazione compiuta dalla Paita deve considerarsi errata, frutto di imperizia e di imprudenza, alla luce delle ragioni che sono state esposte dai periti.

Si è già visto, infatti, che, già subito dopo le ore 22:47, vi erano state 5-6 decelerazioni variabili; che, subito dopo le 23:30, vi erano state altre 3 decelerazioni variabili, tutte molto incise, due delle quali (quelle delle ore 23:34 e delle 23:47) atipiche per assenza di accelerazioni iniziali e finali; che, a partire dalle 23:56 si erano verificate altre 8 decelerazioni variabili (nell'arco di tempo sino alle 0:29); e che una delle più gravi di esse si era verificata già alle ore 0:04 (decelerazione bifasica e con recupero tardivo), oltre alle altre individuate dalla stessa Paita e mostrate alla Musetti (antecedenti quindi rispetto all'intervento della Paita).

Questi segnali, proprio perché numerosi, ripetuti e di frequenza ed intensità sempre crescenti, avrebbero dovuto attirare l'attenzione della Paita e spingerla ad intervenire o disponendo il parto cesareo o effettuando altro tipo di intervento (somministrando un farmaco tocolitico) oppure, quanto meno, avrebbero dovuto spingerla a continuare ad osservare personalmente l'andamento del tracciato cardiocotografico.

La necessità di intervenire con un parto cesareo o con un qualche altro tipo di immediato intervento, e la conseguente imperizia ed imprudenza per l'omesso o ritardato intervento, sono evidenti se si considerano, non solo il numero, la frequenza e le caratteristiche delle predette decelerazioni, ma

anche che esse erano caratterizzate anche da reperti morfologici associati che ne rendevano incontrovertibile il valore prognostico negativo.

Si è già visto, infatti, che costituisce un dato ormai acquisito da trent'anni dalla scienza medica quello secondo cui le decelerazioni, a seconda della loro frequenza e della presenza di particolari reperti morfologici ad esse associate, vengono ad assumere un significato prognostico negativo (sul punto si vedano le pagg. 19 e ss. della deposizione dei periti e le pagg. 17-18 della relazione peritale). E si è già precisato quali siano questi reperti morfologici associati che aggravano il valore prognostico negativo della decelerazione ed aumentano il rischio di acidosi del feto e basso Apgar neonatale (si tratta dei seguenti reperti: la perdita della accelerazione primaria o della secondaria; l'accelerazione secondaria prolungata; la ripresa della linea di base ad un livello inferiore; la decelerazione bifasica o a W; il lento ritorno alla linea di base; la riduzione della variabilità all'interno della decelerazione; ed un ulteriore significato prognostico sfavorevole delle decelerazioni variabili era attribuibile anche alla maggiore frequenza e ripetitività con cui potevano presentarsi nel corso della registrazione cardiotocografica).

Orbene, nel caso in esame, si erano verificate, già prima delle ore 0:10, non solo decelerazioni numerose e frequenti (già 5-6 decelerazioni variabili tra le ore 22:47 e le 23:30), ma anche decelerazioni aventi i predetti reperti morfologici associati, in particolare, subito dopo le 23:30, tre decelerazioni variabili, tutte molto incise, due delle quali atipiche per assenza di accelerazioni iniziali e finali e successivamente, alle ore 0:04, una decelerazione bifasica e con recupero tardivo.

Di qui la improcrastinabile necessità di intervenire con un parto cesareo o con un qualche altro tipo di intervento (come la somministrazione di un farmaco tocolitico), anche tenuto conto del fatto che si trattava di gravidanza a rischio.

Ed il mancato tempestivo intervento, conseguenza della errata valutazione del tracciato, integra una ulteriore negligenza/imperizia in cui è incorsa la Paita.

Del resto, a conferma del fatto che i segnali visibili nel tracciato alle ore 0:10 imponevano un intervento immediato, vanno richiamate anche le considerazioni formulate dal perito Bertorello, laddove ha precisato (si vedano le pagg. 9 e ss. del suo esame) che, quale che fosse la classificazione dei tracciati che si volesse adottare, comunque i segnali

manifestatisi tra le ore 23:56 e le 0:10 dovevano essere inquadrati nella categoria che - in ogni classificazione - indicava condizioni potenzialmente patologiche oppure al limite tra tale categoria e quella immediatamente limitrofa. In particolare, seguendo la classificazione dell'Age.Na.S., quelle decelerazioni, relative alla fase dalle ore 23:56 alle 0:10, erano collocabili al confine tra la categoria "non rassicurante/dubbio" e quella "patologico"; stando alla classificazione del NICHD, quelle decelerazioni erano inquadrabili nella terza categoria, quella dei tracciati anormali; secondo la classificazione di Boylan, la presenza di decelerazioni variabili gravi a partire dalle ore 23:56 valeva ad ascrivere il tracciato alla categoria del tracciato "pericoloso".

Pertanto, anche alla luce di queste osservazioni, deve ritenersi confermato che la situazione delle ore 0:10 imponeva alla Paita di attivarsi.

La tesi del CT della difesa dr.ssa Di Tommaso, secondo cui l'ipossia non deve mai allarmare quando è conservata la variabilità, non può essere condivisa, essendo stata efficacemente contraddetta dalle osservazioni dei periti, più convincenti sotto il profilo della logica argomentativa.

In particolare, l'esempio (fatto dalla Di Tommaso) del bambino che si tappa il naso e che quindi si trova in una situazione di momentanea ipossia, ma non in una situazione di pericolo, non appare calzante. Infatti, non solo in quel caso si tratta di un gesto volontario che altrettanto volontariamente lo stesso bambino può interrompere in ogni momento, ma soprattutto l'osservatore esterno chiamato a valutare quella situazione si trova nelle condizioni per poterla vedere e valutare appieno in ogni suo aspetto rilevante e quindi per poter concludere, con assoluta tranquillità, che essa non presenta alcun pericolo per il bambino. Viceversa, nel caso del feto che subisce degli episodi di ipossia, il medico non può avere quella piena, totale e tranquillizzante conoscenza di ogni aspetto della situazione che invece ha chi osserva il bambino che si tappa il naso. Il medico si viene a trovare in una situazione in cui ha di fronte a sé un dato, certo ed obiettivo, rappresentato dagli episodi di ipossia ed è da questo dato che deve partire ed è con questo dato che si deve confrontare, contestualizzandolo e verificando se vi siano altri dati che permettano di ritenere che quella ipossia non sia stata e non possa essere dannosa. Tuttavia, anche contestualizzando la valutazione dell'ipossia e tenendo conto di altri dati, comunque il medico non potrà mai raggiungere quella pienezza di conoscenza di ogni dato rilevante, di cui invece si dispone nell'esempio

del bambino che si tappa il naso. E, proprio per questo motivo, se veramente vuole tutelare la salute del paziente, le sue valutazioni dovranno sempre essere improntate ad un criterio di estrema prudenza e precauzione, per non mettere inutilmente in pericolo la vita del feto. In altre parole, proprio perché la condizione del feto è, per sua natura, una condizione non pienamente conoscibile (o comunque non conoscibile come quella del bambino che si tappa il naso), e proprio perché la mancanza di ossigeno è comunque un qualcosa di contrario alle esigenze della vita, di tutto ciò il medico deve comunque tenere conto anche quando procede ad una più generale e contestualizzata valutazione degli episodi ipossici, dovendo tale valutazione sempre essere improntata alla massima prudenza e precauzione se non vuole mettere in pericolo l'incolumità del feto.

Per questi motivi - pur essendo vero che, ad una valutazione più generale, non limitata al mero dato dell'episodio ipossico ma estesa anche a tutti gli altri dati, assume notevole importanza l'eventuale mantenimento della variabilità - nel caso in esame, la Païta non poteva non attribuire estrema importanza anche al fatto che gli episodi ipossici si stavano susseguendo in maniera sempre più numerosa e sempre più frequente e con caratteristiche di gravità sempre maggiore.

Proprio perché di fronte ad un feto non si dispone di una piena conoscenza del tipo di quella dell'esempio del bambino che si tappa il naso, proprio perché le valutazioni e le decisioni del medico devono essere basate su di un elementare e doveroso principio di massima prudenza e precauzione, proprio perché non vi è alcuna possibilità per il medico che esamina il tracciato ctg di prevedere fino a quando il feto sarà in grado di mettere in atto meccanismi di reazione all'ipossia (cioè fino a quando sarà mantenuta la variabilità) e proprio perché la perdita della variabilità potrebbe anche indicare che il danno cerebrale si è già prodotto, ne consegue che, di fronte a decelerazioni che si facevano sempre più frequenti, ripetitive ed atipiche, era estremamente imprudente continuare a mantenere un atteggiamento attendista ed era, invece, doveroso intervenire con un parto cesareo o quanto meno con un qualche altro tipo di intervento finalizzato ad interrompere quella tendenza in atto.

La tesi della Di Tommaso, secondo cui ci si deve preoccupare solo quando l'ipossia "mi fa prevedere che si possa andare verso l'acidosi" (pag. 32 delle sue dichiarazioni) non è condivisibile proprio perché non indica un criterio per individuare i segnali che permettano un tempestivo intervento



che prevenga il verificarsi di danni cerebrali (posto che la perdita di variabilità, una volta constatata, potrebbe essere indicativa di un danno cerebrale già in atto), per cui è evidente che, se voleva fare in modo di tutelare nel massimo grado possibile la salute del paziente, la Paita non poteva che adottare un criterio di estrema prudenza e precauzione che le avrebbe imposto di intervenire immediatamente con un taglio cesareo o di adottare un qualche intervento che con sicurezza avesse fatto cessare quella situazione di possibile pericolo.

In particolare, non poteva non valutarsi con attenzione ed anche con preoccupazione crescenti il succedersi di decelerazioni tardive e di decelerazioni variabili (le decelerazioni sono indicative di momenti di ipossia), atteso che, come già detto, anche per le decelerazioni variabili, costituisce un dato ormai acquisito da trent'anni dalla scienza medica quello che ad esse deve attribuirsi un significato prognostico negativo allorquando, oltre ad essere maggiormente frequenti e ripetitive, siano anche accompagnate dalla presenza di determinati reperti morfologici associati.

Quindi, poiché, nel caso de quo, pur in presenza del mantenimento della variabilità, vi erano decelerazioni variabili frequenti e ripetitive con presenza dei predetti reperti morfologici associati, a tale situazione la Paita non poteva non attribuire un significato prognostico negativo.

Tali decelerazioni, con quelle caratteristiche, potevano, infatti, in ogni momento, sfociare in un irreversibile danno cerebrale, non essendo prevedibile il momento in cui sarebbe venuta meno la variabilità, potendo tale momento essere indicativo di un danno cerebrale già in atto e non reversibile e, quindi, non potendo non allarmare il ripetersi di episodi di ipossia con caratteri sempre maggiori di frequenza, ripetitività ed atipicità.

Il non aver riconosciuto quella situazione, il non aver valutato correttamente quei segni di alterazione del tracciato ed il non aver attuato un tempestivo intervento risolutore integra una ulteriore negligenza/imperizia che rappresenta un ulteriore profilo a fondamento della penale responsabilità della Paita.

D'altro canto, qualora si ritenesse che la suesposta situazione non era tale da imporre un intervento già alle ore 0:10, sarebbe comunque evidente, sulla base degli elementi e considerazioni poc'anzi esposti, che quella



situazione era tale da imporre al ginecologo, quanto meno, di continuare ad osservare personalmente l'andamento del tracciato cardiocografico.

In altre parole, un ginecologo, che avesse voluto adottare la migliore, più prudente e più cauta delle possibili scelte per tutelare, al massimo grado possibile, la salute del feto e della madre, non avrebbe potuto non considerare quella serie di elementi indicativi di gravi alterazioni del tracciato e, di conseguenza, non avrebbe potuto non ritenere doveroso, quanto meno, continuare a controllare personalmente quel tracciato cardiocografico, vista la particolarità della situazione ed il connesso concreto rischio che essa potesse peggiorare di lì a poco.

A conferma di tale conclusione, devono richiamarsi anche alcune dichiarazioni del CT della difesa dr.ssa Di Tommaso, in particolare laddove, pur continuando a sostenere che l'ipossia non deve allarmare (il che, peraltro, può anche essere condivisibile, solo quando, però, l'ipossia si presenti da sola, senza caratteri di particolare frequenza ed atipicità e senza quei determinati reperti morfologici associati di cui si è già detto), ha però riconosciuto che comunque la situazione di ipossia impone una qualche forma di intervento (si veda pag. 34 della sua deposizione, dove ha precisato: "tutte le manifestazioni di insulto ipossico io le devo comunque trattare", ed anche le pagg. 32 e 42): ciò conferma che la situazione imponeva una vigilanza speciale e che, quindi, anche tenuto conto di tutte le altre osservazioni sopra esposte, la Paita avrebbe, quanto meno, dovuto continuare ad osservare personalmente il tracciato e non lasciare tale incombenza alle sole ostetriche (avrebbe dovuto continuare ad osservare il tracciato, per poi intervenire, al più tardi, alle ore 0:29 disponendo il parto cesareo a quell'ora per le ragioni sopra esposte).

Pertanto, in definitiva, va affermato un ulteriore profilo di colpa individuabile a carico della Paita costituito dalla imperizia rappresentata dal non aver valutato correttamente le risultanze del tracciato cardiocografico o comunque, quanto meno, costituito dalla imperizia, imprudenza e negligenza relative al fatto di non aver continuato ad osservare personalmente quel tracciato nonostante i segni di alterazione visibili nel tracciato.

Le dichiarazioni della Paita, secondo cui la Croce aveva somministrato ossitocina alla Caffarone senza una prescrizione medica, appaiono



inattendibili e comunque, quand'anche fossero veritiere, non sarebbero bastevoli per escludere la responsabilità penale della Paita.

Infatti, a sostegno della attendibilità delle predette dichiarazioni, non può condividersi la tesi che la tachisistolia comparsa dopo le ore 1:00 era necessariamente conseguenza della somministrazione di ossitocina.

Ed invero, innanzitutto, lo stesso CT della difesa ha ammesso che non si può escludere che una anomalia di questo tipo possa verificarsi spontaneamente (cfr. pag. 67 della sua deposizione).

In secondo luogo, anche l'imputata Paita ha riconosciuto (cfr. pag. 201 delle sue dichiarazioni) che una certa tachisistolia può essere spontanea (e quindi non causata da ossitocina).

In terzo luogo, i periti hanno spiegato che qualsiasi difficoltà di avanzamento del feto anche priva di causa o dovuta anche ad una rigidità nei tessuti della partoriente (per cui il canale di parto può risultare meno elastico) può essere la causa di una reazione in termini di tachisistolia. Ed hanno spiegato che una minore elasticità dei tessuti può verificarsi proprio nelle partorienti che abbiano un'età avanzata.

In quarto luogo, va tenuto presente che, benché la Paita abbia sostenuto che, non appena entrata in sala travaglio durante il periodo espulsivo del feto, aveva subito ordinato l'interruzione dell'ossitocina, le testi Bertelloni, Salvetti, Rapelli e Guadagni (persone in servizio la notte del fatto) hanno riferito di non ricordare di aver sentito parlare di questioni relative ad una eventuale somministrazione di ossitocina.

In quinto luogo, va considerato che non vi era nessuna ragione perché venisse somministrata dell'ossitocina: il parto era già stato indotto farmacologicamente con una doppia somministrazione di prostaglandine e l'attività uterina aveva già raggiunto un'intensità sufficiente (sul punto si vedano la relazione e le dichiarazioni dei periti), per cui non vi era motivo perché un'ostetrica esperta come la Croce decidesse di intervenire ulteriormente con la somministrazione di ossitocina.

In sesto luogo, si tenga presente che i segnali di una situazione di crescente pericolo erano già presenti a partire dalle ore 22:47 e comunque erano sicuramente presenti prima delle ore 0:10 (orario in cui la Paita aveva personalmente controllato la situazione): ciò vale ad evidenziare che vi è stato, sostanzialmente, un continuum ininterrotto e crescente di segnali di alterazione del tracciato che non possono essere stati causati dalla infusione di ossitocina, in quanto sono iniziati assai prima del presunto



orario di somministrazione dell'ossitocina (la Di Tommaso ha sostenuto che la tachisistolia successiva alle ore 1:05 era stata causata dall'ossitocina che, quindi, era stata somministrata pochi minuti prima; e comunque fino alle ore 0:10 sicuramente l'ossitocina non era stata somministrata avendo a quell'ora la Paita controllato la situazione).

Infine, si consideri che la Paita (che pure ha dichiarato di aver fatto interrompere la somministrazione dell'ossitocina nel momento in cui era intervenuta in occasione del periodo espulsivo) non ha provveduto ad annotare nella cartella clinica l'interruzione della somministrazione dell'ossitocina (che avviene per via endovenosa mediante una pompa che assicura un flusso continuo). Infatti, così come l'inizio della somministrazione, anche l'interruzione doveva essere annotata nella cartella clinica (sul punto si vedano anche le dichiarazioni del teste Fambrini). Invece, il fatto che l'interruzione non sia stata registrata tendenzialmente dimostra che non vi era stata alcuna precedente somministrazione.

Su queste basi, devono quindi ritenersi inattendibili le dichiarazioni della Paita relative alla questione della somministrazione dell'ossitocina.

Pertanto, quand'anche si ritenesse che la Croce aveva somministrato ossitocina senza una prescrizione della Paita, comunque dovrebbe ribadirsi la responsabilità penale della Paita.

Si è già visto, infatti, che il principale addebito che deve essere mosso alla Paita è quello di non aver sorvegliato personalmente, in maniera maggiormente assidua, il travaglio della Caffarone.

Si è già detto che si trattava di una gravidanza a rischio che, come tale, imponeva che il travaglio si svolgesse sotto la diretta e personale responsabilità del medico.

Si è già visto che una vigilanza più assidua era consigliabile anche alla luce dei segnali di alterazione del tracciato cardiotocografico che erano stati osservati dalla Paita alle ore 0:10.

Di conseguenza, se la Paita fosse stata maggiormente presente, avrebbe potuto impedire del tutto o interrompere immediatamente la somministrazione di ossitocina.

E pertanto, anche sotto questo ulteriore profilo, deve essere ribadita la sua penale responsabilità.

La responsabilità della Paita non può essere esclusa neanche facendo applicazione della recente legge 189/2012 che ha limitato la responsabilità, in caso di colpa medica, alle sole ipotesi di colpa lieve e violazione di linee guida.

La Cassazione, infatti, con la predetta sentenza (n. 11493/13), ha spiegato anche che *“la citata disposizione obbliga, infatti, a distinguere fra colpa lieve e colpa grave, solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida e solo limitatamente a questi casi viene forzata la nota chiusura della giurisprudenza che non distingue fra colpa lieve e grave nell'accertamento della colpa penale. Tale norma non può, invece, involgere ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza, perché, come sopra sottolineato, le linee guida contengono solo regole di perizia”*. Pertanto, in un caso come quello in esame, nel quale risulta accertata una colpa (non solo per imperizia, ma anche) per negligenza ed imprudenza, deve ritenersi irrilevante la questione del grado (lieve o grave) della colpa e quella della violazione o meno delle linee guida.

In conclusione, a carico della Paita, si riepilogano i seguenti rilevi che evidenziano il carattere colposo della condotta da lei tenuta:

- 1) la gravidanza della Caffarone era a rischio e quindi la Paita doveva sorvegliare il travaglio in maniera maggiormente assidua: il lasso di tempo intercorso tra le ore 0:10 e le 1:40, durante il quale la Paita è rimasta assente, è eccessivamente ampio e tale da configurare una evidente negligenza;
- 2) una vigilanza più diretta e continuativa da parte della Paita era imposta anche dal fatto che, già a partire dalle ore 22:47, vi erano stati ripetuti, numerosi e gravi segnali di ipossia fetale;
- 3) se la Paita fosse stata maggiormente presente ed avesse personalmente esaminato l'andamento del tracciato cardiotocografico, avrebbe tempestivamente potuto decidere, già intorno alla mezzanotte o al massimo alle ore 0:29 (quando si erano accumulati segnali incontrovertibili di grave e ripetuta sofferenza fetale), di disporre il taglio cesareo e tale intervento della Paita avrebbe potuto evitare l'evento;
- 4) la condotta colposa della Paita è consistita anche nella imperizia rappresentata dal non aver valutato correttamente le risultanze del tracciato cardiotocografico; in particolare, anche nel caso in cui si



ritenessero inattendibili le dichiarazioni della Musetti secondo cui la Paita aveva esaminato il tracciato anche intorno all'1:00 (quando la situazione doveva ritenersi patologica anche secondo il CT della difesa), comunque vi erano, già intorno alla mezzanotte, segnali desumibili dal tracciato che avrebbero dovuto spingere la Paita ad intervenire con un taglio cesareo o almeno con un altro tipo di intervento;

- 5) i predetti segnali, visibili verso le ore 0:10 (orario in cui la Paita ha ammesso di aver esaminato il tracciato), avrebbero, quanto meno, dovuto spingere la Paita a continuare ad osservare personalmente il tracciato (così da poter arrivare a vedere quell'insieme di segnali che si erano verificati fino alle ore 0:29 e che, a quell'ora, senz'altro imponevano il cesareo);
- 6) anche qualora si ritenesse di condividere le considerazioni del CT della difesa dr.ssa Di Tommaso secondo cui il tracciato era divenuto di tipo patologico solo a partire dalle ore 1:05, comunque resterebbe confermata la responsabilità della Paita, considerato che, essendo la gravidanza a rischio, la sorveglianza sul travaglio ricadeva sotto la diretta e personale responsabilità della Paita, la quale, se fosse stata presente a quell'ora, avrebbe potuto disporre il taglio cesareo (o almeno la somministrazione di un farmaco tocolitico).

Deve essere affermata anche la responsabilità penale delle ostetriche Croce e Musetti.

Valgono, infatti, anche nei confronti delle imputate Croce e Musetti le medesime considerazioni che sopra sono state esposte a proposito degli errori che sono stati commessi dalla Paita nella valutazione delle risultanze del tracciato cardiocotografico.

Mentre, infatti, in passato quella dell'ostetrica era una professione sanitaria appartenente alla categoria delle "ausiliarie" e quindi non dotata di una propria autonomia di valutazione ed azione; con la successiva legislazione, intervenuta a partire dagli anni 90, sono state accresciute le competenze e ed è stata riconosciuta l'autonomia decisionale ed operativa delle ostetriche.

In particolare, la L. 251/2000 ha sancito la "autonomia professionale" degli operatori della professione sanitaria ostetrica. Il D.M. 14/9/94 n. 740 ha precisato (art. 1 commi 1 e 5) che l'ostetrico è un professionista che, in



possesso del diploma universitario abilitante o della laurea, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. Ed ha specificato anche che l'ostetrico è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza.

Inoltre, dall'istruttoria dibattimentale è emerso, in maniera pacifica, che, nell'ambito della assistenza che deve prestare alla partoriente, specifico compito dell'ostetrico è quello di sorvegliare l'andamento del travaglio e del parto, tenendo sotto controllo e valutando il tracciato cardiocotografico, e provvedendo a richiedere l'intervento del medico ogni qual volta si verificano fatti potenzialmente dimostrativi che il travaglio sta deviando dalla fisiologia.

Nel caso de quo, si è già detto che già alle ore 0:10 vi erano segnali che imponevano l'esecuzione di un parto cesareo o quanto meno di altro intervento.

È vero che, in quel momento (alle ore 0:10), i predetti segnali sono stati esaminati e valutati non allarmanti dalla Paita.

Tuttavia, dopo questa (errata) valutazione, la Paita si è allontanata, mentre la Croce e la Musetti sono rimaste in sala parto (dove era visibile il tracciato) ed i segnali di alterazione hanno continuato a ripetersi, sempre più numerosi e frequenti, anche dopo le ore 0:10.

In particolare, fra le ore 23:56 e le 0:29, vi sono state almeno 8 decelerazioni molto incise, di cui quella delle ore 0:04 bifasica e/o con recupero tardivo, quella delle 0:15 senza accelerazione iniziale, quella delle ore 0:20 senza accelerazioni iniziale e finale, quella delle ore 0:22 senza accelerazione iniziale, e quindi atipiche. Fra le ore 0:29 e le 0:38 è comparsa una bradicardia. Dopo le ore 0:38 sino alle 0:48 è comparsa una tachicardia con 3 decelerazioni. Dalle ore 0:50 sino alle 1:05 si sono verificate 5 decelerazioni particolarmente gravi.

Nonostante questa situazione, degna, quanto meno, di una spiccata attenzione, la Croce e la Musetti hanno omesso di contattare la Paita affinché questa prendesse visione personalmente del tracciato cardiocotografico.

La Croce e la Musetti, infatti, avrebbero dovuto, anche loro, nella loro autonomia professionale, valutare il tracciato cardiocotografico, rendersi



conto della presenza di segnali di alterazione sempre più frequenti e quindi telefonare alla Paita per avvisarla di quella situazione.

La loro condotta omissiva integra la colpa su cui si fonda l'affermazione della loro responsabilità penale.

In particolare, la Croce ha ammesso di non aver chiamato la Paita, addirittura insistendo nel continuare a dire che i segnali non erano allarmanti e sostenendo che il fatto che la Musetti avesse chiamato la Paita (che, secondo la Musetti, era stata da lei chiamata nuovamente intorno alle ore 1:00) era sostanzialmente dovuto alla giovane età ed all'inesperienza della collega che si era impressionata nonostante non ve ne fosse motivo (mentre la Croce, più esperta, non si era fatta impressionare): ciò vale a confermare non solo la prova della condotta omissiva tenuta dall'imputata Croce, ma anche la sua imperizia nel valutare le risultanze del tracciato cardiocografico.

Per quanto concerne la Musetti, quest'ultima ha sostenuto di aver chiamato nuovamente la Paita intorno alle ore 1:00 e che in quel momento la Paita aveva preso visione del tracciato ritenendolo non patologico.

Questa dichiarazione ha trovato solo un limitato riscontro nelle dichiarazioni della Croce (la quale ha sostenuto che si era assentata per recarsi al bagno e, una volta tornata, la Musetti le aveva riferito che, durante la sua assenza, era intervenuta la Paita ad esaminare il tracciato) ed in quelle della teste Giannetti (che ha riferito che, nel corso della nottata, aveva visto la Paita recarsi complessivamente 4 volte nella sala travaglio dove era la Caffarone).

Tuttavia, il carattere parziale di questi riscontri ed alcune incertezze evidenziate dalla Giannetti nel suo esame, oltre al fatto che la stessa Musetti aveva contraddittoriamente annotato sulla cartella clinica la dicitura "valutazione clinica 0" (indicativa di un giudizio di assenza di qualsiasi problema e quindi incompatibile con una preoccupazione che possa averla spinta a chiamare la Paita), inducono a ritenere non attendibili le dichiarazioni della Musetti.

Peraltro, quand'anche si ritenessero attendibili tali dichiarazioni, comunque si dovrebbe affermare la penale responsabilità della Musetti.

Infatti, quand'anche la Paita avesse preso visione del tracciato intorno alle ore 1:00, comunque la Musetti avrebbe avuto il dovere di richiamarla nuovamente dopo pochi minuti dal suo allontanamento e non avrebbe



dovuto attendere il periodo espulsivo (alle ore 1:40). È, infatti, emerso, in maniera pacifica, dall'istruttoria dibattimentale che i segnali più gravi di sofferenza fetale si erano verificati nei minuti successivi alle ore 1:05 e che in quel momento era indifferibile l'intervento del ginecologo. Di conseguenza, la Musetti avrebbe dovuto chiamare immediatamente la Paita.

Pertanto, anche sotto questo profilo, comunque dovrebbe affermarsi la penale responsabilità anche della Musetti.

Peraltro, la responsabilità della Musetti e della Croce si fonda anche sui principi più volte affermati dalla Cassazione in tema di responsabilità medica d'equipe, ai quali si è già sopra accennato a proposito della posizione della Paita.

Infatti, la Suprema Corte ha affermato che, *“laddove medici e sanitari svolgano l'attività in modo non contestuale, ogni sanitario, oltre che dal rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, sarà anche astretto dagli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune”*. Ne consegue che *“tutte le attività sono interdipendenti e debbono essere tra loro coordinate verso l'esito finale della guarigione del malato, senza che possa immaginarsi né una assoluta autonomia tra le varie fasi né una sorta di compartimentazione o segmentazione degli specifici interventi delle singole competenze”* (Cass., sez. IV, 18.5.2005, n. 18548). In sostanza fra i componenti dell'equipe la Suprema Corte delinea una sorta di responsabilità solidale in cui il dovere di diligenza del singolo viene ampliato andando anche oltre le specifiche mansioni a lui affidate, estendendosi sino al controllo dell'altrui operato e sugli errori altrui, purché questi si presentino *“non settoriali ed evidenti e siano rilevabili con l'ausilio delle conoscenze del professionista medio”*.

In altre parole, il principio dell'affidamento trova un limite nel carattere evidente dell'errore, cioè dell'errore che, benché commesso da un solo sanitario, sia però riconoscibile anche dagli altri componenti dell'equipe, essendo tale possibilità di riconoscimento rientrante nel loro bagaglio tecnico-culturale. E, se l'errore non è settoriale, ma è comune a tutta l'equipe, in quanto tutta l'equipe aveva le conoscenze tecniche per poterlo riconoscere e per poterlo prevenire o correggere, allora tutta l'equipe ne dovrà rispondere.



Nel caso in esame, tutta l'equipe, la Paita, la Croce e la Musetti, aveva le competenze tecniche per riconoscere che vi erano segnali di allarme. E, non essendosi attivate, a loro deve essere attribuito il reato.

Alle imputate possono essere concesse le circostanze attenuanti generiche in ragione della loro incensuratezza, dell'assenza di carichi pendenti nei loro confronti e del carattere occasionale della condotta delittuosa.

Tenuto conto di tutti i criteri di cui all'art. 133 c.p., ed in particolar dell'entità del danno cagionato alla p.o. ed ai suoi familiari, si stima congrua la pena di mesi 8 di reclusione (p.b. anni 1 di reclusione, ridotta di un terzo ex art. 62bis c.p.), oltre al pagamento delle spese processuali.

Può concedersi la sospensione condizionale della pena non ostandovi i requisiti soggettivi delle imputate, che risultano incensurate, e potendo, su tali basi, formularsi una prognosi favorevole sul loro comportamento futuro.

Tenuto conto dei criteri di cui all'art. 133 c.p., va ordinata la non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale.

Alla condanna penale consegue la condanna delle imputate al risarcimento, in solido tra loro, dei danni morali, patrimoniali ed alla salute subiti dalle parti civili in conseguenza della condotta criminosa.

In questa sede, tuttavia, tali danni non sono quantificabili con precisione e quindi andranno liquidati dinanzi al giudice civile.

Tuttavia, sin da ora deve ritenersi provata una parte del danno subito. Infatti, facendo riferimento alle tabelle adottate dal Tribunale di Milano per la liquidazione del danno biologico da morte, va tenuto conto che tali tabelle prevedono, a favore di ciascun genitore per la morte di un figlio, da un minimo di 163.080,00 euro ad un massimo di 326.150,00 euro. Nel caso in esame, deve ritenersi raggiunta la prova di un danno pari a 200mila euro per ciascuna parte civile (entrambi genitori del defunto Panucci Vittorio), tenuto conto della sofferenza patita dai genitori del piccolo Panucci Vittorio, da ritenersi di entità presumibilmente non esigua considerata anche la durata dell'agonia che ha preceduto il decesso, nonché tenuto conto della frustrazione delle presumibili aspettative che avevano rivolto verso quel figlio genitori che non avevano mai avuto figli e che si avviavano verso un'età in cui sarebbe stato sempre meno agevole averne altri. Nei limiti della predetta somma, va, quindi, emessa in questa sede condanna ad una provvisoria immediatamente esecutiva.



Alla condanna civile consegue la condanna delle imputate, in solido tra loro, alla rifusione delle spese di costituzione e difesa sostenute dalle parti civili, che si liquidano come in dispositivo (3.200 euro oltre accessori per la parte civile Caffarone e 3.200 euro oltre accessori per la parte civile Panucci), anche tenuto conto della durata e della complessità del processo, oltre che delle spese sostenute (anche per il pagamento dei propri consulenti tecnici).

Ai sensi dell'art. 544 co. 3 c.p.p., si indica in novanta giorni il termine per il deposito della motivazione.

P.Q.M.

Visti gli artt. 533, 535 c.p.p.,
dichiara Paita Yvonne, Croce Anna Maria e Musetti Francesca colpevoli del reato di cui all'art. 589 c.p. a loro ascritto e, concesse le attenuanti generiche, le condanna alla pena di mesi 8 di reclusione, oltre al pagamento delle spese processuali.

Pena sospesa e non menzione.

Visti gli artt. 538 e ss. c.p.p.,
condanna le predette imputate al risarcimento, in solido tra loro, dei danni subiti dalle parti civili, da liquidarsi in separata sede.

Condanna le imputate a corrispondere, in solido tra loro, una provvisoria immediatamente esecutiva pari ad euro 200.000,00 a favore della parte civile Caffarone Anna Carla e pari ad euro 200.000,00 a favore della parte civile Panucci Antonio

Condanna le imputate alla rifusione, in solido tra loro, delle spese di costituzione e difesa sostenute dalle parti civili che liquida in euro 3.200,00 oltre IVA e CPA come per legge per ognuna delle due parti civili.

Giorni 90 per il deposito della motivazione.

Massa, 14/6/13

Il Giudice

Ermanno De Mattia

