

Sentenza N. 2842/15  
Data 14/10/15



REPUBBLICA ITALIANA  
In nome del popolo italiano

LA CORTE DI APPELLO DI GENOVA  
Terza Sezione Penale

N 1265/2014  
R.G. C. A.

207/2011  
R.G. Tribunale di  
MASSA

155/2010  
N.R.

Composta dagli ill.mi signori:

Dott. Vincenzo PAPILLO *Presidente*

Dott.ssa Elisabetta VIDALI *Consigliere*

Dott. Maurizio DE MATTEIS *Consigliere rel.*

Annotazioni

Avviso – art. 151 C.P.P.

il \_\_\_\_\_

Il Cancelliere

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

Redatt \_\_\_\_\_ sched \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Il Cancelliere

Nel procedimento penale

**CONTRO**

Art. \_\_\_\_\_  
Campione penale

il \_\_\_\_\_

Il Cancelliere

1) PAITA YVONNE nata a THUN (SVIZZERA) il 04-06-1964  
Residente ad ARCOLA (SP), VIA PREDELLARA N. 19  
Domicilio eletto a LA SPEZIA C/O AVV. A. CORRADINO

**LIBERA PRESENTE**

Estratto esecutivo a  
Procura Generale \_\_\_\_\_

Questura \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Difesa di fiducia dall'Avv. ANDREA CORRADINO del Foro di LA  
SPEZIA, **Presente**  
e dall'Avv. Francesco LEVEROTTI del Foro di MASSA, **Presente**

2) CROCE ANNA MARIA nata a LA SPEZIA il 30-06-1949  
Residente a MASSA, VIA P. MARONCELLI N. 32

**LIBERA ASSENTE**

il \_\_\_\_\_

Il Cancelliere

Difesa di fiducia dall'Avv. PAOLO FRASCHINI del Foro di  
PONTREMOLI, **Presente**

3) **MUSETTI FRANCESCA** nata a PONTREMOLI (MS) il 14-05-1985  
Residente a PONTREMOLI (MS), VIA SISMONDO N. 6

**LIBERA PRESENTE**

Difesa di fiducia dall'Avv. ANITA LIPORACE del Foro di GENOVA, **Presente**

**CON LA COSTITUZIONE DI PARTI CIVILI:**

1) **PANUCCI Antonio** nato a Genova il 21.09.1971, residente a Castelletto d'Orba (AL) in Via Lavagello n. 32/3 in qualità di padre del piccolo **PANUCCI Vittorio** nato a Massa il 29.04.2009 e deceduto a Firenze il 23.05.2009, elettivamente domiciliato nello studio del suo difensore Avv. **LUCA PIETRINI** del Foro di MASSA CARRARA, **Presente**  
Costituito in data 24.03.2011

2) **PANUCCI Antonio** nato a Genova il 21.09.1971, residente a Castelletto d'Orba (AL) in Via Lavagello n. 32/3 in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul figlio minore **PANUCCI FRANCESCO** nato a Genova il 19.08.2010, erede e successore universale della Sig.ra **CAFFARONE Anna Carla** nata a Genova il 10.12.1963 e deceduta il 27.07.2015, elettivamente domiciliato nello studio del difensore Avv. **BARBARA BOCCA** del Foro di GENOVA, **Presente**  
Costituito in data 14.10.2015

	0'00 +
IMPUTATE	0'38 -
	35'00 -

Del delitto di cui agli artt. 113 e 589 co. 2 CP perché, con il concorso di più condotte colpose tra loro indipendenti, nelle rispettive qualità, **Païta 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 **Païta 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 cardiocografia, 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**.

**APPELLANTI**  
avverso la sentenza Tribunale di MASSA R.G. N. 207/2011 del 14-06-2013 che così disponeva:  
"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 provvisionale 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.

Gironi 90 per il deposito della motivazione."

Handwritten notes: 1.814.00, 40700, 300.00 -

Sulla relazione del Dr. De Matteis

VERVOLONDRUMENTO BUCUMMENTO	0'00 +
UNCOLORDI' BUCUMMENTO BENCEDERRE	0'00 -
LEVAL' UDDIS' COM' IBNEE UNIO SOTI	35'00 -
LEVAL' UDDIS' MEC' IBNEE UNIO SOTI	20'00 -
ESVILLERODE IBNEE	138'00 -
COMBITRADO EX ONFI	0'00 -
COM' IBNEE A DEBITO DA VICOSI	32'00 -
IMBORDO FONDO DEL BUCUMMENTO	3'300'00 +
IMBORDO FONDO DEL BUCUMMENTO	3'300'00 -
BENSIONE FONDA	3'300'00 +
DESCRIZIONE	IMBORDO

ESMENTE  
 2000 INSE QT SE-BESLMI      CSEBODITR NO      CESTITOTORO N. 10102000

CODICE EIBSCUTE BIVWZM230087325X

VALONTO  
 BEMOMLE  
 COGRONE E HONE

Handwritten notes on form: 1.814.00, 40700, 300.00 -

Stamp: 20 21 12 03



MESSAGGIO DI BENSIONE  
 COMUNICAZIONE

**MOTIVI DELLA DECISIONE.**

Il giorno 28/4/2009, Caffarone Anna Carla, donna di oltre 45 anni di età, con anamnesi di pregresso aborto spontaneo, gravida da 40 settimane e due giorni e da dieci giorni soggetta a ipertensione gestazionale, veniva ricoverata presso l'Ospedale di Massa per partorirvi. Lo stesso giorno veniva sottoposta a induzione farmacologica del travaglio, mediante somministrazione di due dosi successive di prostaglandine in gel e monitorata costantemente con cardiocografia. Alle ore 22 e 30 dello stesso giorno avveniva la rottura delle membrane, con scarsissima perdita di liquido, comunque limpido; poco dopo le veniva praticata anestesia peridurale. Alle ore 0.10 circa del 29/4/2009, il ginecologo in servizio, dott. Yvonne Paita, controllava la paziente e i tracciati cardiocografici, ritenendoli privi di segnali di allarme (la circostanza è ammessa dalla stessa imputata, anche se la visita non risulta annotata nella cartella clinica). Alle ore 1.50 del 29/4/2009 la donna partoriva un neonato privo di battito cardiaco e di respiro, che, prontamente rianimato, veniva ricoverato presso l'ospedale Meyer di Firenze, dove moriva il successivo 23/5/2009, a causa del danno ipossico e anossico determinato dal travaglio.

All'esito delle indagini venivano rinviate a giudizio il medico ginecologo, Paita Yvonne, e le due ostetriche, Croce Anna Maria e Musetti Francesca, che avevano assistito la donna nel travaglio e nel parto, con l'accusa di avere cagionato colposamente la morte del neonato.

All'esito di una lunga e complessa istruttoria le tre imputate sono state condannate alla pena, condizionalmente sospesa, di mesi otto di reclusione ciascuna, con le attenuanti generiche, e al risarcimento del danno alle parti civili, con una provvisoria immediatamente esecutiva di 200.000,00 euro in favore di ciascuna delle parti civili stesse. La sentenza sostanzialmente individua un profilo di imperizia nella condotta di tutte le imputate, le quali non avrebbero saputo leggere correttamente i tracciati cardiocografici, che avrebbero segnalato tempestivamente, già prima della mezzanotte, una grave sofferenza del feto, di modo che le due ostetriche non avrebbero allertato la ginecologa e quest'ultima



dal canto suo non avrebbe seguito personalmente il travaglio, omettendo di disporre tempestivamente quel parto cesareo che solo poteva salvare il neonato. Essa ascrive poi una colpa per negligenza a carico della Paita, per la sua eccessiva e protratta assenza dal capezzale della partoriente, che si sarebbe protratto per oltre un'ora e mezzo, malgrado i rischi che presentava il parto.

Hanno interposto appello tutte le imputate chiedendo l'assoluzione e, la sola Paita, in via subordinata, il contenimento della pena; tutte censuravano poi le statuizioni civili, e la sola Paita chiedeva la revoca o la sospensione della provvisoria.

Per meglio comprendere le ragioni dell'appello giova precisare che la Paita nel corso del giudizio ha accusato la Croce di avere somministrato alla partoriente ossitocina, senza la prescrizione del medico, e la Musetti ha affermato che la Paita, su sua sollecitazione, avrebbe controllato la partoriente alle ore 1 circa, quando i tracciati risultavano pacificamente allarmanti. Il primo giudice ha ritenuto non dimostrate, ma sostanzialmente irrilevanti, le circostanze. Tuttavia questa divaricazione delle difese spiega perché le due ostetriche affidino le proprie difese ad un solo argomento: esse sarebbero state rassicurate dalla dottoressa Paita, che avrebbe fugato ogni loro dubbio diventando così unica responsabile di avere omesso il tempestivo parto cesareo. Molto più articolate sono le difese della Paita, che muove dalla critica della nozione di "parto a rischio" assunta nell'impugnata sentenza, definita aspecifica. Secondo l'appellante, per gli specifici rischi esistenti, tra i quali non doveva essere annoverata l'età della paziente, le linee guida avrebbero solo imposto il costante monitoraggio effettuato, ma non la costante presenza del ginecologo al travaglio come invece postula l'impugnata sentenza. Forniva poi una diversa lettura dei tracciati registrati fino alle ore 0.10, quando aveva visitato l'ultima volta la paziente, definendoli tranquillizzanti e indicativi della vitalità del feto. Solo dopo tale visita si sarebbe manifestata un'importante tachisistolia, definita causa unica della grave sofferenza del feto, dalla quale sarebbe poi derivata la morte. L'appello della Paita fa discendere la tachisistolia dall'incauta e non autorizzata



*Chen*

somministrazione dell'ossitocina operata dalla Croce, e comunque attribuisce all'imperizia delle due ostetriche la responsabilità del fatto per non averla chiamata quando i tracciati avevano cominciato ad apparire palesemente preoccupanti.

All'esito della discussione la Corte disponeva l'acquisizione delle linee guida in materia, chiedendo altresì all'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali notizia sulla vigenza o meno di alcuni indirizzi, e assumeva la testimonianza dell'allora direttore del servizio ospedaliero interessato alla vicenda.

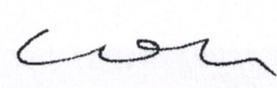
La complessa rinnovazione istruttoria operata in questa sede è stata resa necessaria da un argomento, certo presente in primo grado, ma oggetto di particolare approfondimento in appello: la rilevanza e utilità del monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale (FCF) eseguito sulla gestante, e la sua capacità predittiva della possibile ipossia con acidosi metabolica del feto. L'argomento è centrale nella difesa della Paita, perché essa muove da una critica radicale della perizia d'ufficio e della sentenza di primo grado, accusate di non essersi misurate con l'evoluzione scientifica nella materia, che avrebbe modificato il giudizio di pericolosità del tracciato cardiocografico posto a fondamento della decisione di primo grado. L'appellante assume infatti che l'ospedale avrebbe recepito le linee guida sul monitoraggio fetale elettronico pubblicate sul numero 106 del luglio 2009 (vale a dire alcuni mesi dopo i fatti di causa verificatisi tra aprile e maggio 2009) del Practice Bulletin dell'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist), contenenti le definizioni del monitoraggio fetale e il sistema di interpretazione e classificazione del tracciato cardiocografico elaborate nel 2008, prima dei fatti di causa, dal N.I.H.C.D. (National Institute of Child Health and Human Development). Secondo tali linee guida il tracciato registrato nel corso del travaglio intorno alla mezzanotte, quando era stato verificato dalla Paita, sarebbe stato classificabile come "indeterminato" (cat. II) e non "anormale" (cat. III), il che avrebbe comportato solo l'obbligo di eseguire alcune manovre di cambiamento della posizione materna e non certo il parto cesareo. Invece, secondo le "linee guida nazionali di riferimento" relative all'"assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico" redatte dall'Age,Na.S. nel 2004 (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali), documento ritenuto cogente dai periti d'ufficio, il tracciato in questione sarebbe stato classificabile come "patologico" a cagione delle gravi decelerazioni variabili atipiche "molto profonde"





si legge espressamente a pag. 170 delle linee guida Age.Na.S. 2004, “sebbene il contributo dell’ipossia intrapartum alla morbilità neurologica, (in quanto il danno quasi sempre è avvenuto in epoca prenatale) consentire che il travaglio proceda nonostante l’asfissia può risultare molto pericoloso. Questi sono infatti i soli casi in cui il danno è più facilmente evitabile con un intervento tempestivo ed un rapido espletamento del parto. Tuttavia una sovrastima dell’acidosi fetale può condurre ad un eccessivo interventismo con conseguenti rischi e complicanze a carico della madre”,

E’ dunque datata anche la preoccupazione di evitare l’ingiustificato ricorso al parto cesareo, giustificato dai molti “falsi positivi” connaturati al monitoraggio della FCF, sempre tuttavia senza compromettere la vita e la salute del nascituro, che costituisce un valore assolutamente primario. E infatti, anche le linee guida della NIHCD, invocate dall’appellante Paita, pur preoccupandosi di limitare il ricorso al parto cesareo, non giustificano alcun attendismo, né sottovalutano i pericoli insiti nelle anomalie del tracciato. Infatti, i tracciati ivi classificati come indeterminati, nella seconda categoria, pur essendo ritenuti “non predittivi di uno stato di anormalità acido-basica del feto”, imporrebbero comunque “valutazione, sorveglianza continua ed ulteriori valutazioni, tenendo conto di tutte le circostanze cliniche associate. In certi casi di tracciato di categoria II, per garantire il benessere del feto si possono utilizzare test ancillari o misure resuscitative intrauterine” (pag. 9 delle linee guida nella traduzione acquisita in questa sede). A pag. 18 dello stesso documento, in presenza di ricorrenti decelerazioni variabili, come rilevate nel caso in esame, si raccomanda come manovra resuscitatoria “l’amniotomissione”. Dunque, anche secondo le linee guida della NIHCD, alla luce del tracciato verificato intorno alla mezzanotte il personale di assistenza al parto non doveva limitarsi a cambiare la posizione materna, ma doveva sorvegliare continuamente la gestante, valutando tutte le circostanze cliniche associate (e non solo l’evoluzione del tracciato, il che esula dalla competenza delle ostetriche e investe la professionalità del medico), disporre eventuali manovre resuscitative, ricorrendo al parto cesareo in caso di persistente ipossia. Siamo dunque ben lontani dall’onere descritto come doveroso dalla difesa della Paita, consistente appunto nel cambiamento della posizione materna o al più nella somministrazione di un tocolitico, somministrazione peraltro mai disposta dall’imputata in questione.



Va dunque detto che, al di là della diversa classificazione del tracciato cardiocografico, le linee guida dell'NIHCD non contrastano con quelle nazionali elaborate dall'Age,Na.S. nel 2004, limitandosi a raccomandare una stringente e costante valutazione clinica e la possibile amnioinfusione, prima di ricorrere al parto cesareo, in presenza di decelerazioni variabili come quelle registrate nel caso in esame. E va comunque detto che le linee guida nazionali citate, contrariamente a quanto affermato dalla difesa della Paita e dal suo consulente, non risultano mai "ritirate" o "revocate". Ciò è stato confermato dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali con la nota in data 30/7/2015 in risposta al quesito postole da questa Corte. Anche le linee guida della Regione Emilia Romagna, che comunque non risultano mai fatte proprie dalla struttura sanitaria coinvolta nella vicenda, non risultano formalmente revocate, anche se una dizione al loro interno raccomanda di non utilizzarle "dopo il 1/6/2008".

La sostanziale attualità delle linee guida dall'Age,Na.S. del 2004 emerge dal fatto che il loro aggiornamento avvenuto nel 2011 ne conferma il contenuto e anche dal fatto che le nuove linee guida in materia di "taglio cesareo", elaborate dall'Age,Na.S. nel 2010 e aggiornate nel 2014, a pag. 18, raccomanda l'amnioinfusione prima di ricorrere al parto cesareo in presenza di decelerazioni variabili ripetitive, come registrate nel caso in esame. Il tracciato registrato intorno alla mezzanotte dunque, secondo tutte le linee guida allora vigenti e successive, a causa delle gravi decelerazioni variabili atipiche "molto profonde", imponeva il taglio cesareo, vista l'impraticabilità nella struttura ospedaliera delle manovre resuscitatorie (amnioinfusione) e di altri esami (prelievo dello scalpo fetale) e comunque non giustificava la scelta attendista fatta dalla Paita, che afferma di essersi limitata a disporre il cambiamento della posizione della gestante e la sorveglianza del tracciato, affidandolo al controllo delle ostetriche.

Anche il tema delle linee guida recepite dall'Ospedale appare più complesso di come prospettato dall'appellante. La perizia d'ufficio svolta in primo grado (pag. 29) afferma addirittura che al momento del fatto l'Ospedale di Massa utilizzasse la classificazione dei tracciati cardiocografici di Boylan, risalente al lontano 1987 e oggi desueta, o meglio superata da altre autorevoli elaborazioni. Questo perché la legenda del modulo utilizzato come partogramma riportava la classificazione dei tracciati in quattro categorie, da 0 a 3, stabilita unicamente da Boylan, in quanto le altre classificazioni prevedono tre categorie, da 1 a 3. Allo scopo di verificare la tesi difensiva che prospettava



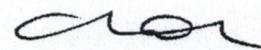
l'uso da parte dell'Ospedale dell'allora nuovissima classificazione della NIHCD, questa Corte ha chiesto all'Ospedale notizie in merito, sollecitando altresì la produzione degli atti relativi alla materia, e ha disposto l'assunzione della testimonianza dell'allora responsabile del servizio, dott. Paolo Migliorini. Quest'ultimo ha confermato in giudizio che l'ospedale, "verosimilmente" in una riunione dipartimentale "verbalizzata" nel 2008, avrebbe recepito le nuove linee guida elaborate dalla NIHCD, contenenti le definizioni del monitoraggio fetale e il sistema di interpretazione e classificazione del tracciato cardiocografico, prima dunque della loro pubblicazione avvenuta sul n 106 del luglio 2009 del Practice Bulletin dell'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist). Tra gli atti trasmessi dall'ospedale non risulta questa determinazione, ma solo un protocollo contenente la disciplina del comportamento da tenere in caso di tracciati indeterminati durante il parto: esso riproduce la classificazione della NIHCD, ma risulta datata 24/2/2012, vale a dire molti anni dopo i fatti e non richiama precedenti analoghe determinazioni

Quando al teste si è chiesto il motivo per cui il modulo del partogramma conteneva la vetusta classificazione secondo Boylan, ha affermato che si trattava di moduli vecchi e non aggiornati, utilizzati ancora solo per risparmiare, ma ha confermato che i tracciati erano comunque interpretati secondo la recentissima classificazione della NIHCD. Quando si è chiesto al teste per quale motivo le ostetriche, nella compilazione del partogramma relativo ai fatti di causa, avevano indicato con la sigla "0" la valutazione del tracciato, vale a dire con una sigla corrispondente alla prima categoria di tracciato, conosciuta solo secondo Boylan, egli ha risposto che convenzionalmente, secondo quanto stabilito nel reparto, quello "0" doveva leggersi "1" secondo il nuovo sistema di classificazione.

Vi è tuttavia un altro argomento che rende dubbia la testimonianza del Migliorini: questi afferma che la pratica dell'amnioinfusione sarebbe cosa recente, utilizzata "oggi", ma certo non al tempo dei fatti di causa. Ebbene, proprio le linee guida della NIHCD, che il teste afferma essere state recepite addirittura prima della loro pubblicazione, indicano l'amnioinfusione come collaudata manovra resuscitatoria, che raccomandano proprio in casi come quello oggetto del presente giudizio, in presenza di ricorrenti decelerazioni variabili (c.f.e pag. 18 del documento nella traduzione acquisita in questa sede). Risulta dunque incomprensibile come il periferico Ospedale delle Apuane

abbia assai tempestivamente recepito le linee guida della NIHCD, prima della loro pubblicazione in una rivista prestigiosa, ignorandone la pratica dell'amnioinfusione, recepita solo numerosi anni dopo.

Le molte contraddizioni sul punto impediscono di capire quali fossero le prassi dell'Ospedale di Massa in materia, ma il partogramma acquisito attesta che alle ore 24 e alle ore 1, le due ostetriche oggi imputate hanno sottoscritto una valutazione del tracciato cardiotocografico con il segno "0", corrispondente ~~ad~~ ad una valutazione di normalità secondo Boylan e, nel linguaggio convenzionale affermato dal teste, alla valutazione altrettanto normale tranquillizzante "1" secondo ~~la~~ nuova classificazione. Ma noi sappiamo che in quelle ore il tracciato era ben diverso, come afferma la perizia d'ufficio sul punto non contestata. Infatti, intorno alla mezzanotte emergevano quelle gravi decelerazioni variabili, che rendevano il tracciato classificabile nella categoria patologica secondo la valutazione dell'Age.Na.S. 2004 o nella categoria intermedia secondo la valutazione NIHCD, ma, anche in questa ultima ipotesi, con caratteristiche tali da imporre quella sorveglianza e attenzione già ricordata. L'impugnata sentenza, alle pagine da 28 a 32 descrive diffusamente la natura e le caratteristiche anche qualitative dei tracciati dalle ore 23.56 alle ore 0.29, <sup>precisando</sup> segnalando con articolata ed adeguata motivazione come essi, indipendentemente dalla loro classificazione, per la presenza di ripetute decelerazioni tardive variabili, con caratteristiche qualitative particolarmente allarmanti, segnalassero una sofferenza del feto troppo prolungata; conseguentemente diventava troppo rischioso aspettare che venisse meno anche la variabilità del battito, come sembra suggerire l'appellante Paita, perché una prolungata ipossia può degenerare nell'acidosi. Infatti, quelle decelerazioni, definite gravi e marcate, presentavano una morfologia particolare, predittiva di una prognosi negativa, per la perdita dell'accelerazione primaria o secondaria, per l'accelerazione secondaria prolungata, ~~per la~~ per la decelerazione bifasica o a W, per il lento ritorno alla linea di base e la riduzione della variabilità all'interno della decelerazione stessa. E d'altra parte, come correttamente rileva il primo giudice, non si poteva certo prevedere quando il feto, sofferente da tempo come dimostravano le ripetute decelerazioni, avrebbe smesso di reagire spontaneamente all'ipossia, con la conseguenza che, indugiare ulteriormente, lo avrebbe esposto al rischio di un danno cerebrale, tanto più grave fino all'irreversibilità, quanto più prolungata è stata l'ipossia. Infatti, il parto cesareo avrebbe richiesto un minimo di tempo durante il quale, il



feto, una volta persa la variabilità del battito, sarebbe rimasto senza ossigeno, con il rischio di quell'acidosi che si è manifestata al momento del parto. Alle ore 1 il tracciato era assolutamente patologico sì da indicare una persistente ipossia del feto, come riconosce lo stesso consulente dell'imputata Paita. Dunque la valutazione sottoscritta da entrambe le ostetriche non corrispondeva alla reale natura del tracciato, rispetto a qualsiasi sistema di classificazione questo si spiega in un solo modo: le due imputate ostetriche non hanno saputo leggere e valutare il tracciato il che costituisce una grave imperizia, visto che proprio la lettura del tracciato fa parte delle competenze dell'ostetrico, come correttamente ricorda l'impugnata sentenza a pag. 60 e 61, argomentando dalla legge 251/2000 che ha sancito l'autonomia professionale dell'ostetrico. E d'altra parte è proprio l'ostetrico che compila e sottoscrive il partogramma, che contiene la valutazione del tracciato carditocografico (come dispongono le linee guida Age.Na.S. 2004 a pag. 247).

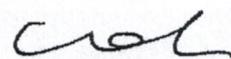
Il fatto comunque dimostra anche l'imperizia della Paita, la quale verosimilmente aveva controllato le valutazioni nel partogramma prima di visionare i tracciati, ed è singolare che non abbia notato il grave errore commesso dalle due donne. Anche in questo caso l'unica spiegazione possibile è che la Paita stessa non sia stata in grado di leggere e valutare correttamente il tracciato, visto che non ha in nessun modo censurato, né al momento, né successivamente il grave errore di lettura delle ostetriche, come se ne condividesse il giudizio errato.

Come si è anticipato, la Paita censura l'impugnata sentenza anche laddove essa afferma il suo obbligo di sorvegliare direttamente il travaglio facendolo discendere dalla classificazione dell'evento oggetto del giudizio di causa nella categoria di "parto a rischio", lamentando l'uso aspecifico del termine da parte del perito d'ufficio e del giudice. In particolare afferma l'appellante che le linee guida nazionali non indicavano l'età della gestante come fattore di un qualche rischio, mentre la letteratura individuava nell'età avanzata della donna solo un aumento del rischio di mortalità della madre, ma non del feto. Ora le linee guida citate dallo stesso appellante sono quelle dell'Age.Na.S. 2004, sul punto sicuramente non modificate, le quali innanzitutto definiscono gravidanza ad altro rischio quella nella quale "esiste la possibilità di un esito patologico per la donna e/o il bambino con un'incidenza maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle gestanti". Si tratta di una definizione generale, che

*C. Paita*

ricomprende anche rischi non specificamente indicati nelle linee guida, ed in questa categoria residuale può ben rientrare l'età avanzata della signora Caffarone, ultraquarantacinquenne al momento del parto e con anamnesi di pregresso aborto spontaneo. Che l'età costituisca un fattore di rischio, lo dicono non solo gli argomenti di buon senso sviluppati dai periti d'ufficio e richiamati nell'impugnata sentenza, ma anche il modulo dell'Ospedale di Massa per il calcolo del rischio ostetrico, prodotto dal teste Migliorini all'udienza del 17/6/2015. Esso indica chiaramente come primo fattore di rischio l'età inferiore a 16 anni o superiore a 42. Dunque anche la struttura ove è avvenuto il parto riconosce e riconosceva l'età della Caffarone come autonomo fattore di rischio. Ma la donna presentava altri fattori di rischio: l'ipertensione gestazionale, riconosciuta espressamente come tale a pag. 64 delle linee guida citate; l'induzione del travaglio (nel caso di specie effettuata mediante somministrazione di due dosi successive di prostaglandine), fattore di rischio indicato espressamente a pag. 173 delle linee guida citate, con indicazione espressa, come l'ipertensione, al monitoraggio continuo della FCF; l'anestesia peridurale (praticata nel caso di specie in travaglio poco dopo la rottura delle membrane) individuata come fattore di rischio a pag. 172 delle linee guida citate, con indicazione al monitoraggio continuo della FCF, e con espressa previsione dell'obbligo del ginecologo di valutare "le condizioni ostetriche e il del benessere fetale" (pag. 246 delle linee guida citate), con la conseguenza che quest'ultimo deve ritenersi direttamente responsabile della gestione dell'intervento, assumendo invece l'ostetrico una posizione ancillare e subalterna.

Alla luce di queste considerazioni appare corretta l'impugnata decisione laddove riconosce l'obbligo del ginecologo di sorvegliare direttamente il parto e il lavoro degli ostetrici, obbligo derivante proprio dai molteplici rischi, e non delegabile all'ostetrico. Naturalmente ciò non impone la costante presenza del ginecologo al capezzale della gestante, come sembra affermare il primo giudice: il medico può affidare il monitoraggio costante del travaglio all'ostetrico, come consentono le linee guida citate (pagg. 246 e 247), ma è necessario che sorvegli il decorso del parto con una periodica presenza in sala parto, anche per controllare l'avvenuta esecuzione delle disposizioni impartite. Ora, nel caso di specie si conviene con l'appellante sul fatto che la Paita era comunque reperibile, visto che stava lavorando sulle altre emergenze ospedaliere, essendo addetta al turno. La sua responsabilità discende innanzitutto dalla evidente



imperizia dimostrata: non ha saputo leggere i tracciati cardiocografici, che da patologici si stavano trasformando in allarmanti; essa sembra avere condiviso il giudizio tranquillizzante espresso da entrambe le ostetriche, che ancora alle ore 1, valutavano il tracciato con la sigla "0". Se avesse compreso la portata anche qualitativa delle continue e crescenti decelerazioni del battito, che, comunque classificate in qualsivoglia sistema, dimostravano la pericolosità della prosecuzione del travaglio, sarebbe rientrata più spesso in sala parto. Infatti, come si è detto in precedenza, anche classificando il tracciato secondo le linee guida della NIHCD, come sostiene la Paita, alla luce dei segni registrati intorno alla mezzanotte il personale di assistenza al parto non doveva limitarsi a cambiare la posizione materna, ma doveva sorvegliare continuamente la gestante, valutando "tutte le circostanze cliniche associate" (e non solo l'evoluzione del tracciato, il che esula dalla competenza delle ostetriche e investe la professionalità del medico), disporre eventuali manovre resuscitative, ricorrendo al parto cesareo in caso di persistente ipossia. La Paita ha affermato di avere verificato un miglioramento dopo il cambiamento di posizione della gestante e si è allontanata per ritornare solo quando è stata chiamata per l'espulsione. Ora, di questo miglioramento non vi è segno nel tracciato, che invece continua a peggiorare, nel disinteresse delle ostetriche che continuano a valutarlo come normale. Ella, proprio per la complessità della situazione intorno alla mezzanotte avrebbe dovuto verificare personalmente se la situazione non peggiorava, visto che non aveva fatto nulla per rimediare alla crescente ipossia manifestatasi. Da questa sottovalutazione nasce l'evidente negligenza, in quanto non è più rientrata in sala parto per controllare se una situazione sicuramente difficile non fosse peggiorata, vista l'inefficacia dell'unica manovra tentata (il mutamento di posizione): essa avrebbe dovuto prendere in considerazione tutti quegli interventi che proprio le linee guida della NIHCD in casi come quello in esame.

Così integrata l'argomentazione del primo giudice sul punto, deve ritenersi confermata la responsabilità della Paita per imperizia e negligenza. Quanto al nesso causale, deve confermarsi la valutazione del primo giudice sul punto: il feto era ancora vivo fino alle ore 1, onde, se la Paita avesse predisposto il taglio cesareo dopo la sua visita effettuata alle ore 010, il bambino sarebbe nato vivo: questa considerazione dimostra la sussistenza del nesso causale tra l'omissione della Paita e l'evento. Sul punto l'appello ripropone il tema della responsabilità dell'ostetrica Croce, accusata di avere somministrato ossitocina alla paziente senza l'autorizzazione del medico: ciò avrebbe

2

determinato quella tachisistolia, alla quale andrebbe attribuito il decesso del feto, che risulterebbe così determinato da una condotta estranea alla Paita. Ora, sicuramente le diverse deposizioni raccolte fanno sospettare che la Croce al momento dell'espulsione stesse maneggiando la pompa dell'ossitocina, ma non vi è alcuna prova che la stesse usando, forse l'aveva preparata in vista della necessità di usarla per agevolare la fase finale del parto. La presenza di tachisistolia non può attribuirsi in via esclusiva all'ossitocina, potendo essere stata determinata da molte cause, ivi compresi farmaci per l'induzione del travaglio, che hanno questo effetto collaterale, così come può prodursi spontaneamente, in assenza di cause tipiche come hanno confermato i periti d'ufficio. L'impugnata sentenza sul punto ha congruamente argomentato dimostrando non solo l'assenza di ogni prova della somministrazione di ossitocina da parte della Croce, ma anche l'incompatibilità della accusa della Paita, con la condotta di quest'ultima, che non ha annotato il fatto sulla cartella clinica, il che fa pensare che abbia visto la Croce preparare la pompa, ma non somministrare il farmaco, che altrimenti, visto l'esito del parto, anche per cautelarsi, avrebbe annotato sulla cartella clinica il fatto. Richiamate anche le pertinenti osservazioni del primo giudice sul punto, va dunque ritenuta l'infondatezza dell'appello sul punto.

Quanto alla posizione delle ostetriche, va innanzitutto ritenuta l'infondatezza della linea difensiva della Musetti, riproposta in questa sede, laddove afferma di avere richiesto l'intervento della Paita intorno alle ore 1. L'argomento è stato oggetto di ampia istruttoria, che ha escluso il fatto, d'altra parte incompatibile con la valutazione sottoscritta dalla stessa ostetrica alle ore 1, allorquando valutava "0" il tracciato. Se la Musetti avesse veramente chiamato il medico sospettando anomalie nel tracciato, non lo avrebbe giudicato contestualmente rassicurante. Anche sul punto va confermata l'impugnata sentenza, congruamente motivata.

Il giudizio di penale responsabilità delle due ostetriche poggia sull'evidente imperizia dimostrata nella lettura dei tracciati cardiocografici, argomento già esaminato in precedenza. Si tratta di un'imperizia macroscopica, perché va oltre ogni comprensibile errore: le due donne non hanno sbagliato una classificazione di un fenomeno di difficile lettura e di controversa interpretazione, ma hanno considerato normale e tranquillizzante ciò che non era né normale, né tranquillizzante, onde non possono trincerarsi dietro la complessità del compito loro richiesto e dietro l'affidamento fatto nel giudizio, rivelatosi

errato, della Paita, a loro sovraordinata. Come si è detto la lettura e valutazione dei tracciati cardiocografici e la redazione del partogramma sono compiti affidati direttamente alle cure dell'ostetrico (c.f.r. pag. 246 e 247 delle linee guida Age.Na.S. 2004). Quanto al nesso causale tra le loro condotte e l'evento, basta ricordare che alle ore 1 il feto era ancora vivo, onde bastava sollecitare il medico, come si sarebbe dovuto fare in presenza di un tracciato che diveniva sempre più allarmante, per interrompere il nesso tra la propria inerzia e il successivo tragico evento. Vanno condivise le altre argomentazioni del primo giudice sul punto, onde l'appello sul punto va disatteso.

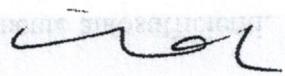
Come si è detto, l'imperizia delle imputate è stata macroscopica e la loro colpa può dunque definirsi grave. Inoltre deve escludersi che esse abbiano seguito le linee guida in materia, anzi le hanno violate tutte: in particolare la Paita non ha seguito le indicazioni delle linee guida della NIHDC, che essa sostiene di avere recepito, in quanto non ha eseguito tutte quelle operazioni che tali indirizzi prescrivono in presenza di un tracciato cardiocografico come quello registrato nel presente giudizio. Ciò esclude l'esimente di cui all'art. 3 c. 1 legge 189/2012, invocata in questa sede dalla sola Paita.

Infondate appaiono poi le censure sull'entità della pena dedotte dalla sola Paita. La grossolanità delle violazioni impone una pena ben superiore ai minimi edittali e quella comminata supera di poco i minimi onde appare perfino generosa.

Quanto alle censure sulle statuizioni civili, deve innanzitutto escludersi che la provvisionale liquidata dal primo giudice sia immotivata o eccessiva. E' corretto dire, come fa il primo giudice, che, di fronte al danno derivante dalla morte di una persona, anche in attesa della sua liquidazione, una parte della sua entità può ritenersi provata entro i limiti stabiliti dalle tabelle adottate nella materia. Nel caso di specie, il primo giudice ha determinato la provvisionale in termini di poco superiori al minimo, in una misura assolutamente ineludibile. Anche la statuizione sul punto va confermata.

Va infine disattesa la domanda di sospensione della condanna al pagamento della provvisionale, non risultando dedotto alcun pregiudizio grave ed irreparabile, tale non potendosi ritenere l'asserita insolvenza possibile e futura delle parti civili, peraltro in nessun modo dimostrata, ma solo apoditticamente affermata.

Va dunque confermata l'impugnata sentenza, con conseguente condanna degli appellanti alle spese del grado e alla rifusione delle spese sostenute dalle parti civili per essere rappresentate e difese in questo grado.



La complessità del procedimento giustifica il differimento del termine per il deposito della motivazione.

P.Q.M.

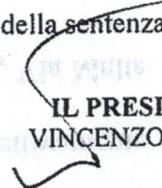
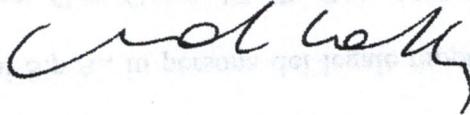
Visti gli artt. 592 e 605 c.p.p.,

conferma la sentenza emessa dal Tribunale di Massa in data 14/6/2013 appellata da Paita Yvonne, Croce Anna Maria e Musetti Francesca, che condanna al pagamento delle spese del grado nonché alla rifusione in favore delle parti civili delle spese di assistenza e difesa, liquidate per ciascuna di esse in €. 2.500,00 oltre accessori di legge.

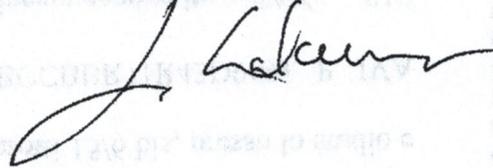
Indica in giorni novanta il termine per il deposito della sentenza.

Genova, 14 ottobre 2015  
IL CONSIGLIERE EST.  
MAURIZIO DE MATTEIS

IL PRESIDENTE  
VINCENZO PAPILLO



DEPOSTATO IN CANCELLERIA IL 12/1/16  
IL CANCELLIERE



14