

**Tribunale di Roma - Sez. II, Sent. del 24.11.2010**

omissis

Svolgimento del processo

Con atto di citazione notificato il 18.02.2005 gli attori, in proprio e nella qualità di legali rappresentanti del figlio minore D'Am.Do., convenivano in giudizio l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni subiti a causa del decesso del figlio D'Am.An. sia in proprio che in rappresentanza dell'altro figlio minore D'Am.Do., quantificati nella misura di Euro 364.100,00 per il danno morale, Euro 182.050,00 per il danno subito a seguito della rottura del vincolo familiare, oltre il risarcimento del danno biologico iure successionis e dei danni fisici patiti dal piccolo Do.D'Am. chiedendo altresì il ristoro delle spese funerarie sostenute dalla famiglia oltre a quelle relative all'ovodonazione ed embriotranfer eseguita negli Stati Uniti d'America.

Deducevano in fatto che il 22.05.2001 la Or.Gi., a seguito di una gestosi ipertensiva si era ricoverata presso l'Ospedale S. Eugenio di Roma con diagnosi di "I gravidanza 28 sett. e 3 gg., gemellare, con minaccia di parto prematuro"; che il giorno 29.05.2001 le era stato praticato un taglio cesareo e per entrambi i feti veniva confermava un'età gestazionale di 29 settimane e 3 gg. con trasferimento, in ragione delle particolari condizioni dei neonati, venuti alla luce pretermine, presso la Divisione di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Al piccolo An. veniva diagnosticata una prematurità EG 29 PN 1200, gemellarla con sindrome da Distress Respiratorio; MIP; gli veniva praticata una ventilazione meccanica con CPAP in naso cannula e terapia intensiva, nutrizione parentale con associazione di terapia antibiotica e Ibuprofene (Arfen) poiché persisteva il dotto arterioso di Botallo.

A seguito di una RX al torace si riscontrava, il 30.05.2001, un aumento del volume cardiaco, un'accentuazione del disegno polmonare e meteorismo intestinale. Il giorno seguente compariva l'Utero oltre ad una crisi d'apnea e si iniziava fototerapia e somministrazione di caffeina per contrastare la presenza di crisi di apnea.

Il 2.06.2001 veniva accertata un'acidosi che veniva trattata farmacologicamente e ristagni alimentari ematici. Il neonato andava migliorando e sin dal 5.06.2001 le sue condizioni venivano definite buone sospendendosi la ventilazione naso cannula e attuandosi un'alimentazione mista enterale e parentale.

Il 6.06.2001 l'ecoencefalo era nella norma e conseguentemente veniva praticato la marsupio terapia e il neonato veniva trasferito il giorno 8.06.2001 presso il reparto immaturi in quanto le sue condizioni, stazionarie, erano definite buone.

Il piccolo, tuttavia presentava il giorno 11.06.2001 addome globoso poco trattabile e il 13.06.2001 si segnalava una diminuzione della piastrine. Il giorno seguente si manifestavano numerose crisi di bradicardia, cute grigia, mazzature venose, iperpiressia (temperatura rett. 38°). Il 15.06.2001 le condizioni del piccolo peggioravano i coniugi D'Am. e Ro. ne chiedevano il trasferimento in terapia intensiva neonatale ma veniva loro risposto che non vi era disponibilità.

Nei giorni immediatamente seguenti le condizioni del piccolo peggioravano, manifestandosi un peggioramento ingravescente delle condizioni generali con crisi di apnea seguite da desaturazione e bradicardia da cui non si riprendeva spontaneamente. Successivamente veniva ventilato con Ambu



e ossigeno a flusso libero, gli veniva somministrata atropina e, soltanto nel pomeriggio del 16.6.2001, era trasportato in terapia intensiva neonatale dove veniva intubato con tubo collegato a ventilatore e sottoposto a ventilazione meccanica assistita.

Sempre il 16.06.2001 alle 22.30 comparivano crisi di ipertono agli arti superiori per cui veniva eseguito un'ecoencefalo che evidenziava "emorragia subependinale, ipercogenicità e disomogenizzazione dei nuclei della base e dei talami, asimmetria di dimensioni dei ventricoli laterali; zone di ipoecogenicità in regione frontale dx".

Le condizioni di salute erano in continuo peggioramento con grave bradicardia tanto che alle ore 3.35 del 17.06.2001 si verificava il decesso del neonato An.D'Am.

Il riscontro diagnostico necroscopico eseguito il giorno seguente, evidenziava: "edema polmonare acuto e scompensi cardiaco congestizio in neonato di sesso maschile gravemente immaturo - cuore normoconformato; pervietà del dotto arterioso e della fossa ovale - congestione acuta passiva di entrambi i polmoni - congestione acuta passiva di milza, fegato e reni - edema e cianosi dell'encefalo in assenza di lesioni malformative o focali".

Anche l'altro gemello Do.D'Am. veniva ricoverato presso l'Ospedale Bambino Gesù il 29.05.2001 con diagnosi all'accettazione di prematurità, gemellarità e sindrome da distress respiratorio ed assistito sia nel reparto immaturi che in quello di terapia intensiva neonatale; il padre in data 22.6.2001 verificava che l'incubatrice presentava una temperatura di 43,4 gradi e che tutte le apparecchiature erano scollegate ed il bambino aveva occhi gonfi e lacrimanti, oltre tracce di trasfusioni non eseguite in vena ed una profonda ferita sul polso dovuta ad uno strappo violento di un cerotto; chiedeva spiegazione ai sanitari ed in seguito trasferiva il neonato al Policlinico Universitario Umberto 1° di Roma, struttura dalla quale veniva in seguito dimesso avendo raggiunto adeguato peso e sviluppo.

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù si costituiva in giudizio eccependo l'infondatezza della domanda in fatto e in diritto non essendo riscontrabile alcuna colpa o dolo nella condotta del nosocomio atta a far ricadere in capo allo stesso specifiche responsabilità.

Nel corso della istruttoria venivano concessi termini ex art. 183 c.p.c., disattese le istanze istruttorie ed espletata l'attività medico legale quindi all'udienza del 4.6.2010 le parti rassegnavano le conclusioni come da atti e la causa era trattenuta in decisione con termini di legge.

Motivi della decisione

Gli attori agiscono in giudizio per ottenere dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e morali subiti iure proprio e iure hereditatis a seguito della morte del figlio D'Am.An. oltre che per il risarcimento del danno per le lesioni fisiche riportate dell'altro figlio, D'Am.Do.

Essi imputano alla struttura ospedaliera convenuta presso la quale sono stati assistiti entrambi i neonati, per quanto attiene alle cure prestate al piccolo An., deceduto il (...), un irragionevole ritardo diagnostico nella elaborazione della diagnosi e nella somministrazione delle cure, tanto da esporre il neonato a pericoli di infezione; in particolare evidenziano che nonostante il piccolo An. presentasse condizioni ingravescenti dall'11.6.2001 con crisi di apnea sin dal 14.6.2001, i sanitari ne avevano disposto il trasferimento al TIN (reparto di terapia intensiva neonatale) soltanto alle ore 12.00 del 16.6.2001 attendendo passivamente dal 14.6.2001 per più di 24 ore, il risultato di un esame culturale che l'Ospedale avrebbe dovuto fornire in 20-30 minuti così colposamente ritardando la somministrazione di valida e tempestiva terapia antibiotica per la presenza di stafilococco



epidermidis che aveva infettato anche il gemello sopravvissuto; circostanza quest'ultima che lasciava presupporre una cattiva igiene del reparto.

Per quanto attiene al gemello Domenico imputano invece allo stesso Ospedale la somministrazione di cure con imperizia tanto da cagionare allo stesso lesioni al polso.

Si rileva preliminarmente che la responsabilità medica, come peraltro rilevato dalla difesa degli stessi attori, è un'obbligazione di mezzi e non di risultato, quindi nell'accertamento della responsabilità del medico la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata, non del risultato raggiunto (ex art. 1176 II comma c.c.).

L'oggetto dell'obbligazione del medico è, salvo i casi particolari, non la guarigione bensì la prestazione di cure idonee, appunto l'obbligo di mezzi non di risultato.

Riguardo al profilo del nesso causale fra la condotta del sanitario e i danni lamentati, va osservato (vedi Cass. S.U. pen., n. 30328/2002 in ipotesi di responsabilità per condotta omissiva del medico) che il nesso eziologico fra l'omissione (nel caso de quo, intempestivi accertamenti e ritardo nelle cure idonee e nel trasferimento nel reparto di terapia intensiva) e l'evento lesivo, è configurabile solo accertando che, ipotizzando come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa, ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo, fra l'altro, con minore intensità lesiva.

Dalla relazione del c.t.u. (relazione dott. Pi.Al.) che ha raccolto, per rispondere ai quesiti formulati dal Tribunale, anche il parere di uno specialistico neonatologo (prof. Lo.Or. docente dell'Università di Tor Vergata in Roma, pediatra e neuropsichiatra infantile con particolare preparazione, secondo l'affermazione del ctu, nel campo delle patologie neonatali) emerge tuttavia che non vi sia stata negligenza alcuna nelle cure prestate ai piccoli D'Am. In particolare (vedi pag. 31 della relazione depositata il 26.11.2007) dalla ctu emerge che il piccolo An. è deceduto per grave sepsi, senza tuttavia che siano ravvisabili negligenze né imperizia nella condotta dei medici in relazione alle cure prestate, con particolare riguardo sia alla terapia antibiotica che a quella di aiuto alla respirazione del neonato.

La somministrazione di antibiotico (vedi note di supplemento, pag. 2) è stata iniziata secondo protocollo per le condizioni del neonato alla nascita e per le manovre e le misure intraprese nei suoi confronti.

L'assenza di parametri clinici e di laboratorio suggestivi di patologie in atto, secondo il ctu, ne ha conseguentemente determinato, correttamente, la sospensione (vedi cartella clinica del piccolo An., descritta nella relazione del ctu, pag. 12 e ss. laddove si da atto della sospensione della Ampicillina il 4.6.2001).

Rileva ancora il ctu (vedi pag. 2 dei chiarimenti) che il quadro clinico stabile e le buone condizioni del neonato hanno determinato il motivo del suo trasferimento dalla terapia intensiva neonatale al reparto immaturi, dove il piccolo An. ha continuato a ricevere assistenza e ad effettuare i controlli necessari al suo stato.

In riferimento a quanto successo fra il 14.06.2001 e il 15.06.2001 va ricordato (vedi chiarimenti del ctu, pag. 3) che il neonato una volta effettuata l'emocultura ha iniziato terapia antibiotica e che gli sono state somministrate caffeina per la crisi di bradicardia, NaHCO₃ per l'acidosi ed insulina per riperglicemia.

Il 15.06.2001 a seguito del verificarsi di condizioni cliniche mediocri ha iniziato O₂ terapia.

Dopo una crisi di desaturazione è stata somministrata dobutamina e si è proceduto al trasferimento del piccolo alla TIN, dove è stato sottoposto a ventilazione ricevendo due trasfusioni di emazie concentrate.



Con particolare riguardo ai contestati ritardi nella somministrazione della terapia antibiotica è documentato (vedi relazione ctu pag. 26 che richiama e riporta i dati della cartella clinica) che in data 14.6.2001 dopo gli esami di laboratorio è stata iniziata terapia antibiotica con Meropemen 13 mg e Amikacina e il giorno successivo, dopo la risposta telefonica della positività della emocoltura per cocchi gram positivi in attesa di tipizzazione, è stata modificata la terapia antibiotica, per meglio adeguarla alla patologia, in particolare il Meropemen è stato sospeso e somministrata la Teicoplanina mentre è rimasta invariata la somministrazione della Amikacina.

Diversamente da quanto affermato in citazione e nelle note tecniche di parte attrice, risulta quindi praticata la terapia antibiotica dal 14.6.2001, senza alcuna "passiva attesa delle risultanze degli esami" né sulla idoneità della terapia somministrata sono state sollevate censure.

Quanto alla negligente assistenza prestata al piccolo An. in relazione alle crisi respiratorie, il ctu non ravvisa imperizia e ritardo alcuno in proposito ed evidenzia comunque che le crisi di apnea costituivano soltanto un "epifenomeno" dovendosi imputare la causa del decesso alla grave sepsi sviluppata dal neonato.

Neppure è condivisibile l'affermazione della difesa degli attori che l'infezione sia da imputare e condizioni pretesamente carenti sul piano igienico della struttura sanitaria.

I reparti ospedalieri in esame non sono reparti "sterili" e come efficacemente rilevato (vedi parere prof. Or. allegato alla ctu) le insufficienti difese del neonato prematuro, per la sua estrema immaturità immunitaria, costituiscono un fattore predisponente alle infezioni poiché, se il miglioramento della assistenza neonatale ha portato, nel tempo, ad una maggiore sopravvivenza dei nati pretermine, tuttavia le procedure invasive praticate, quali: trasferimento in TIN, ventilazione meccanica, intubazione, cateterizzazione del vasi ombelicali, aspirazione delle secrezioni, ristagno gastro-intestinale, alimentazione parenterale, prelievi ematici costituiscono tutti fattore di rischio aggiuntivo nelle infezioni da agenti esterni.

In altre parole ciò che intendono affermare i consulenti è che l'infezione nell'organismo del neonato pretermine si insedia e diventa patologia fatale, per ragioni collegate alla immaturità del sistema immunitario del piccolo paziente più che per fatti riconducibili a carenze sul piano igienico (vedi relazione, pag. 31).

Anche dalla perizia medico-legale effettuata nel procedimento penale instaurato per gli stessi fatti, viene esclusa la responsabilità della struttura e sottolineato e ribadito più volte che la prematurità del neonato è ciò che lo ha maggiormente esposto alle infezioni prima, durante e dopo la nascita. La mortalità dei neonati di basso peso è stimata, secondo i consulenti, in base al peso alla nascita, all'età gestazionale raggiunta e al sesso: le gravi patologie presenti alla nascita e nell'immediato periodo neonatale che hanno richiesto terapie invasive per entrambi i gemelli, i quali erano alla nascita di peso molto basso (inferiore a 1500 grammi) trovano elementi di attendibile supporto deterministico nella severa prematurità dei neonati.

In definitiva, secondo il ctu, la morte del piccolo D'Am.An., che presentava alla nascita un peso inferiore del 20% rispetto a quello del gemello sopravvissuto, deve ricondursi ad una fatale successione ingravescente di complicanze ingovernabili, nonostante i tempestivi ed adeguati supporti diagnostico-curativi forniti dai sanitari dell'Ospedale "Bambino Gesù". Allo stato di quanto rilevato ed emerso sia dalle consulenze del c.t.u sia dalla precedente perizia in sede penale non può quindi essere ravvisata alcuna responsabilità nell'operato dei sanitari del Reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma che ebbero ad assistere sia D'Am.An., deceduto per grave sepsi, sia D'Am.Do. che è invece sopravvissuto.

Quanto alla posizione di quest'ultimo avendo i genitori agito anche per il risarcimento del danno fisico riportato dal piccolo Do., si osserva che dalla relazione del c.t.u., emerge (vedi relazione, pag.



30) l'assenza di qualunque indizio di inadeguata condotta professionale e che il minimo esito cicatriziale presente a livello del polso del piccolo, seppure dovuto (come sostenuto dai genitori) ad un maldestro strappo di un cerotto, "possa rappresentare esito accettabile delle varie terapie cui il piccolo paziente è stato sottoposto".

P.Q.M.

Il Tribunale definitivamente decidendo:

- a) rigetta le domande proposte da D'Am.Lu. e Ro.Or., in proprio e quali legali rappresentanti del figlio minore D'Am.Do. nei confronti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, di Roma;
- b) condanna gli attori al rimborso delle spese di lite sostenute dal convenuto che liquida in Euro 1.2000 per diritti ed Euro 3.000 per onorari oltre spese generali ed accessori come per legge; pone definitivamente a carico degli attori le spese di ctu liquidate in misura pari all'acconto in assenza di deposito di nota spese da parte del nominato ctu.

Così deciso in Roma, il 15 novembre 2010.

Depositata in Cancelleria il 24 novembre 2010.