

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI PALERMO
TERZA SEZIONE CIVILE

in persona del Giudice, dott.ssa Giovanna Nozzetti, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 521 del registro generale affari civili dell'anno 2018

TRA

C. L. (C.F. *omissis*) e **T. R.** (C.F. *omissis*), in proprio quali esercenti la responsabilità genitoriale sulla minore T. A., nata a *omissis* il *omissis* (C.F. *omissis*), rappresentati e difesi – per mandato in calce al ricorso ex art. 702 bis c.p.c. – dall'avv. Edoardo Cavicchi (edoardocavicchi@pec.avvocati.prato.it) ed elettivamente domiciliati in Palermo, viale Strasburgo n. 277 presso lo studio dell'avv. Marco La Scola

ATTORI

E

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" DI PALERMO (P.I. 05841790826), in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Palermo, nello studio dell'avv. Giovanni Liguori (giovanniliguori@pecavvpa.it) che la rappresenta e difende giusta procura depositata nel fascicolo informatico

CONVENUTA

E

M. F., nato a *omissis* il *omissis* (C.F. *omissis*) rappresentato e difeso dagli avv.ti Virginia Conti (avvocato@pec.virginiaconti.it) e Francesca Patricolo (francescapatricolo@pecavvpa.it)

INTERVENIENTE

OGGETTO: *responsabilità professionale sanitaria; risarcimento danni*

Conclusioni come da verbale dell'udienza del 24.9.2020

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c. L. C. e R. T., agendo sia in proprio che quali esercenti la responsabilità genitoriale sulla figlia minore A. T., dopo aver premesso che la bimba era nata il 29.12.2008 presso il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, che durante la gravidanza la C. era stata seguita costantemente dal dott. F. M., il quale aveva eseguito anche le ecografie di screening, incluse quelle morfologiche, che nessuna criticità era stata evidenziata né durante la gestazione né in concomitanza del parto, che tuttavia già dal mese di marzo 2009 la piccola aveva sofferto di episodi di bronchite, tosse e crisi respiratorie, ed era stata seguita dalla pediatra, dott.ssa L. P., che si era limitata a visitarla e prescrivere mucolitici ed antibiotici, esposero che soltanto nel mese di giugno 2013, in occasione di un accesso all'Ospedale Pediatrico dell'Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello, era stata richiesta una consulenza cardiologica che aveva rilevato un *situs inversus* con destrocardia. I controlli successivi presso l'Ospedale Pediatrico Di Cristina aveva consentito di diagnosticare alla piccola la sindrome di Kartagener, c.d. sindrome delle ciglia immobili, associata al *situs inversus viscerum*, condizione congenita nella quale gli organi sono invertiti in modo speculare rispetto alla usuale posizione, caratterizzata da destrocardia, bolla gastrica a destra, fegato a sinistra e milza a destra.

Sostennero quindi:

che il dott. M., che aveva assistito la gestante sia per le visite ostetriche che per le ecografie di controllo, aveva tenuto una condotta negligente ed imperita, eseguendo precocemente l'ecografia morfologica e omettendo, in violazione delle linee guida SIEOG, la valutazione dell'anatomia fetale, del *situs* cardiaco e di ogni altro parametro riguardante l'anatomia cardiaca, conducendo gli esami ecografici sempre in modalità "office eco" senza disporre alcun ulteriore accertamento per la valutazione dell'anatomia fetale. Era stata quindi impedita ai ricorrenti una congrua diagnosi prenatale che avrebbe permesso alla gestante *di conoscere l'anatomia del feto e di poter decidere con il marito, eventualmente, di ricorrente consapevolmente all'eventuale interruzione della gravidanza ai sensi della legge n. 194/78;*

che il riscontro della destrocardia sarebbe stato possibile già nel corso della prima visita dopo la nascita presso l'IMI di Palermo e durante la permanenza al nido: *una precoce diagnosi avrebbe consentito la prevenzione delle manifestazioni respiratorie ed uditive di cui è gravemente affetta oggi la minore;*

che altra negligenza ed imperizia andava ravvisata nella condotta della pediatra che, malgrado la ripetitività degli episodi di flogosi/infezioni respiratorie, associati alla scarsa efficacia della terapia di volta in volta prescritta, non aveva disposto alcun approfondimento diagnostico *lasciando che i sintomi legati alla patologia congenita progredissero.*

Si costituirono tutti i resistenti. In particolare, per quanto interessa ai fini dell'odierno giudizio, l'Azienda ospedaliera eccepì preliminarmente l'inammissibilità del ricorso e, nel merito, negò ogni profilo di colpa nell'operato dei propri sanitari, contestando di aver instaurato alcun contatto sociale con la paziente anteriormente al 29.12.2008, data in cui la gestante si era ricoverata presso l'Istituto Materno Infantile (IMI) per espletare il parto, ricovero protrattosi fino al 31.12.2008.

Anche il dott. M. contestò gli assunti avversi, deducendo di aver rinvenuto prova documentale della loro erroneità risultando non soltanto che la C., contrariamente a quanto asserito in ricorso, aveva invece effettuato su sua prescrizione e presso altri specialisti abilitati tanto l'ecografia morfologica quanto pure l'ecocardiografia fetale, peraltro in date diverse rispetto alle ecografie *office* annotate negli "appunti" prodotti dai ricorrenti; ma anche che entrambi gli esami, annotati nella cartella clinica, erano stati refertati come normali in assenza di patologie fetali.

Disposto l'accertamento tecnico preventivo, venne depositata nel procedimento n. 10891/2015 la relazione medico – legale redatta dal dott. Buonocore con l'ausilio di specialisti e censurata dalle parti resistenti, che concludeva ravvisando profili di colpa nella mancata visualizzazione del *situs viscerum inversus* nel corso dell'ecografia morfostrutturale asseritamente eseguita dal dott. M. e ritenendo che l'omessa informazione di tale malformazione avesse impedito alla gestante di optare per una eventuale interruzione della gravidanza nel II trimestre.

Col ricorso ex art. 702 bis c.p.c. depositato il 9.1.2018 L. C. e R. T. introdussero quindi il giudizio di merito nei soli confronti dell'Azienda Ospedaliera chiedendo che ne fosse accertata e dichiarata la responsabilità professionale *ex art. 1228 c.c. e/o 2049 c.c. e dei sanitari in questo operanti nel fatto oggetto del presente giudizio ex art. 1218 c.c. e/o ex artt. 1176, 2236 e/o ex art. 2043 c.c. per l'omessa diagnosi di situs viscerum inversus sulla minore T. A. in occasione delle numerose visite ed esami strumentali disposti durante la gravidanza e fosse pronunciata condanna della stessa Azienda e dei sanitari in essa operanti al risarcimento nei confronti della sig.ra C. L. per lesione del diritto di autodeterminazione all'interruzione di gravidanza ex L. 194/78, della sig.ra C. L. e del sig. T. R. per lesione del diritto di informazione sulla patologia riportata dalla minore T. A. e sulle conseguenze nefaste ad essa collegate e nei confronti della minore T. A. per l'aggravamento della patologia che la stessa ha subito per mancata diagnosi e conseguente tempestiva terapia farmacologica, danni da quantificarsi in via equitativa, oltre a spese di CTP e di CTU.*

Raggiunta dalla notifica del ricorso e del decreto di fissazione dell'udienza di comparizione, si costituì l'Azienda chiedendo preliminarmente il mutamento del rito reputando necessaria un'istruzione incompatibile con le disposizioni che regolano il procedimento sommario di cognizione; osservò poi che gli stessi CCTTUU avevano correttamente escluso che il precoce riscontro della patologia, in fase neonatale, ne avrebbe mutato e reso più favorevole il corso ma avevano errato sia nel ritenere responsabile l'AUOP per la mancata rilevazione del *situs inversus* in fase prenatale, essendo stata la gravidanza seguita privatamente dal Prof. M., o nel brevissimo periodo (di soli tre giorni) in cui la neonata era rimasta presso la struttura, senza manifestare disturbi che potessero giustificare l'esecuzione di indagini strumentali, sia nel reputare sussistente, in assenza di qualsivoglia prova e in mancanza di alcun grave pericolo per la salute del feto e della gestante, una responsabilità connessa alla dedotta lesione del diritto all'autodeterminazione all'interruzione di gravidanza.

Contestò comunque l'utilizzabilità della CTU depositata nell'ambito del procedimento di istruzione preventiva in assenza di un espresso provvedimento ammissivo del Giudice, essendo stato l'ATP instaurato anteriormente all'entrata in vigore della legge 24/2017; chiese disporsi nuove indagini medico – legali e nel merito concluse per il rigetto delle avverse pretese ovvero, in subordine, per la limitazione dell'obbligazione risarcitoria in proporzione alle effettive ed esclusive responsabilità dell'ente ospedaliero.

Con comparsa depositata il 18.5.2018, intervenne volontariamente in giudizio il dott. F. M. sollecitando, in via preliminare, il differimento della prima udienza al fine di chiamare in causa la Unipol spa per essere garantito in forza della polizza professionale n. 51570704 e chiedendo, nel merito, l'accertamento negativo di profili di responsabilità a proprio carico per l'assistenza prestata alla gestante, previa rinnovazione della CTU espletata tra le parti.

Disposta la conversione del rito sommario in quello ordinario e denegata l'autorizzazione alla chiamata in giudizio dell'assicuratrice, gli attori – nella prima memoria ex art. 183 co. 6 c.p.c. – formularono *istanza di estensione della domanda attrice* anche nei confronti del sanitario intervenuto in giudizio, per l'ipotesi in cui fosse emersa *una sua responsabilità esclusiva o concorsuale per i fatti oggetto di causa*.

Indi con l'ordinanza del 13.3.2019 vennero rigettate tutte le richieste istruttorie implicitamente ammettendosi il deposito della consulenza depositata nel procedimento n. 10891/2015.

Riassunti i fatti di causa, può affermarsi che gli attori hanno indirizzato una triplice pretesa nei confronti dell'Azienda Ospedaliera:

- a) Il risarcimento del danno per lesione del diritto della C. all'interruzione della gravidanza derivante dall'omessa diagnosi di *situs viscerum inversus*;
- b) Il risarcimento del danno provocato ad entrambi i coniugi dalla lesione del diritto di informazione sulla patologia congenita che affliggeva la piccola A.;
- c) Il risarcimento del danno alla salute asseritamente patito dalla bambina per l'aggravamento della patologia dovuto alla omessa diagnosi e alla conseguente mancata somministrazione di tempestiva terapia farmacologica.

A sostegno delle domande, poi estese (invero tardivamente, dovendo la relativa modificazione soggettiva avvenire alla prima udienza, stante il tempestivo intervento in causa del terzo) al dott. M., i coniugi T. hanno dedotto – confortati dalle considerazioni dei propri CCTTPP e dalle risultanze (come si dirà, alquanto superficiali) della consulenza espletata nel procedimento di ATP - che il ginecologo che aveva seguito la gravidanza della C., pur avendo effettuato esami ecografici in numero superiore a quello previsto dal protocollo nazionale SIEOG, non aveva tuttavia rispettato le Linee Guida del tempo, avendo effettuato prematuramente l'ecografia morfologica (alla 18+4 settimana invece che dalla 19° alla 22° settimana) astenendosi da una corretta e completa refertazione che avrebbe consentito di diagnosticare la destrocardia e il *situs viscerum inversus*; né aveva ritenuto di inviare la paziente ad un centro di ecografia ostetrica.

Il CTU dott. Buonocore, designato nel procedimento ex art. 696 bis c.p.c. e coadiuvato dagli ausiliari dott. Andrea Di Lieto (specialista in ostetricia e ginecologia) e dal dott. Roberto Paludetto (specialista in pediatria e neonatologia), ha in effetti sostenuto che le ecografie eseguite dal dott. M. il 6.8.2008 (ossia a 16,2 ws) e il 22.8.2008 (ossia a 18,4 ws) non costituivano delle mere ecografie *office* (cioè di supporto della visita ostetrica), in quanto contenevano alcuni parametri biometrici non previsti per una *office* ecografica, bensì delle ecografie morfologiche incomplete e non refertate secondo le linee guida SIEOG 2006.

Si è fatto cioè notare che, mentre l'ecografia strutturale del torace del II trimestre, che di norma viene eseguita dalla 19° alla 22° settimana, deve visualizzare i polmoni, il *situs* cardiaco, la scansione delle quattro camere cardiache, la connessione ventricolo – arteriosa sinistra e la connessione ventricolo – arteriosa destra, e deve essere refertata in maniera puntuale e adeguata, nel referto dell'ecografia eseguita dal dott. M. a 16,2 ws era segnalato soltanto “*rivalutare lo stomaco peraltro già visualizzato*” (e ciò perché probabilmente la bolla gastrica non era evidenziabile nel *situs solitus*, a causa dell'inversione del cuore e dei visceri addominali) mentre in occasione della successiva ecografia del 22.8.2008 era stato registrato “*stomaco visualizzato*”.

Gli esami in questione, costituendo ad avviso del collegio medico ecografie morfologiche, sarebbero stati

dunque espletati con negligenza o imperizia avendo omesso il sanitario di descrivere e refertare che il feto presentava un *situs viscerum inversus* con palese destrocardia. Poiché il *situs* cardiaco è il primo step nella visualizzazione di un'eventuale anomalia di posizione del cuore e dei visceri, la mancata identificazione della destrocardia sarebbe da ascrivere a colpa dell'operatore.

Inoltre, sempre in base alle richiamate Linee Guida, il sanitario, in caso di sospetto di anomalie dei visceri e dell'anatomia cardiaca, per escludere la presenza di una cardiopatia congenita avrebbe dovuto inviare la gestante in un Centro accreditato di ecografia fetale di II livello.

Tuttavia, già con le note critiche inoltrate al CTU tanto il dott. M. quanto il Policlinico avevano evidenziato che gli esami clinici che i consulenti avevano ritenuto essere stati omessi risultavano invece eseguiti ed annotati nelle cartelle cliniche dell'Ospedale ov'era avvenuto il parto, tanto è vero che, su sollecitazione del CTP del dott. M. e del prof. Paludetto, la C. e il T. – in occasione del primo incontro delle operazioni peritali – avevano ammesso per due volte di aver eseguito una ecocardiografia fetale presso l'Ospedale Cervello di Palermo *e di averlo eseguito non solo in questa gravidanza ma anche nelle precedenti, come richiesto dal dott. M.* (cfr. la relazione dell'incontro del 6.5.2016 a firma del CTP dell'interveniente, all. 4).

Sebbene tutti i presenti avessero convenuto sull'opportunità di esaminare tale documentazione (circostanza questa non contestata da alcuna delle parti), i ricorrenti non hanno integrato la propria produzione e soltanto nella memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c. hanno affermato di non essere in possesso dei referti degli esami in quanto mai restituiti dall'ente ospedaliero, che – peraltro – aveva inizialmente esitato negativamente la richiesta di copia della cartella clinica in quanto smarrita.

Non si comprende allora come abbiano potuto il dott. Buonocore e gli specialisti suoi ausiliari trascurare un aspetto tanto decisivo dell'indagine loro affidata e affermare che il dott. M. aveva eseguito personalmente e in maniera lacunosa e prematura l'ecografia morfostrutturale e omesso di inviare la gestante presso un centro accreditato per l'esecuzione di un'ecografia fetale di II livello sebbene: 1) nella cartella clinica ostetrica n. 53504 del Dipartimento Materno Infantile dell'Azienda Policlinico fossero annotate sia l'ecografia morfologica eseguita a 22,5 ws, sia l'ecocardio datata 16.9.2008 (doc. 7 del fascicolo M.); 2) l'ecocardio fetale alla 22+1 ws con esito regolare risultasse annotata nella sezione "diagnostica prenatale" della cartella pediatrica neonatale n. 53559 (doc. 8); 3) proprio la C. avesse ammesso, nel corso delle operazioni peritali, di aver eseguito l'ecocardiografia (proprio l'esame di secondo livello deputato allo studio dell'anatomia cardiaca) presso altra struttura ospedaliera.

Il collegio medico, invece di valorizzare tali inopinabili circostanze documentali, certamente indiziarie dell'effettiva esecuzione di un'ecografia morfostrutturale e dell'ecocardio presso altra struttura, si è limitato a sostenere l'incongrua refertazione degli esami ecografici eseguiti ambulatoriamente dal dott. M. e semplicemente annotati negli appunti manoscritti prodotti dagli odierni attori, esami che anche i CCTTPP di questi ultimi avevano ritenuto eseguiti in modalità "*office eco*", cioè come ecografie a completamento della visita con valutazione esclusiva di vitalità fetale, liquido amniotico e placenta (piuttosto che come ecografie di protocollo per la valutazione dell'anatomia fetale).

Si infrange, così, in tali reperti documentali l'addebito di imperizia formulato nei confronti del ginecologo che seguì la gravidanza della C. e ciò a prescindere dall'affidabilità delle annotazioni a penna (circa l'esibizione al dott. M. dell'ecografia morfologica eseguita presso l'ospedale Villa Sofia e dell'ecocardiografia fetale eseguita presso l'Ospedale Cervello) presenti sul foglio di consenso informato all'ecografia del I trimestre di gravidanza, affidabilità di cui è ragionevole dubitare (pur in assenza di un'espressa contestazione della difesa attorea, rimasta silente) tenuto conto che alla data del 20.9.2008 (riportata sul documento) la gravidanza della C. era ampiamente nel corso del II trimestre (U.M. 6.4.08, EPP 18.11.08), mentre le informazioni riportate nel modulo si riferiscono evidentemente allo screening del I trimestre per lo studio di anomalie genetiche o malformazioni strutturali del nascituro. Ciò che induce a ritenere che il modulo fosse stato in realtà sottoscritto in data ben anteriore al 20.9.2008.

Se va condiviso il principio secondo cui l'obbligo di informare la gestante degli esami diagnostici effettuabili preventivamente per conoscere patologie fetali, idonee ad orientare la scelta tra l'interruzione o la prosecuzione della gravidanza assume autonomo rilievo, nel rapporto contrattuale, rispetto a quello relativo alla verifica degli esiti di esami già effettuati e alla valutazione della necessità di approfondimenti, sicché la sua violazione implica una responsabilità contrattuale del professionista fondata sulla lesione di un diritto all'autodeterminazione a scelte non solo terapeutiche ma anche procreative (Cass. 24220/2015), deve al contempo ritenersi assolto l'onere probatorio gravante sul sanitario, avendo costui dimostrato di aver prescritto gli esami diagnostici che si assumevano omessi indirizzando la gestante

presso altre strutture sanitarie pubbliche ove gli esami sono poi stati effettuati.

L'accertamento negativo della responsabilità del sanitario per l'omessa informazione alla gestante in fase prenatale sarebbe sufficiente a motivare il rigetto della domanda di risarcimento del danno correlato all'asserita lesione del diritto di autodeterminazione della C. all'interruzione della gravidanza.

La delicatezza del caso sottoposto all'attenzione del Decidente impone, tuttavia, di dar conto dell'infondatezza della domanda anche sotto altro profilo.

E' noto che intanto è configurabile una responsabilità da nascita indesiderata a carico del medico o della struttura sanitaria che abbia omesso di fornire alla gestante l'esatta informazione circa le condizioni del feto ed il rischio della nascita di un figlio con rilevanti anomalie o malformazioni in quanto la donna, ove avesse ricevuto una esatta informazione, avrebbe potuto e voluto interrompere la gravidanza, avvalendosi delle facoltà consentite dagli artt. 6 e 7 della L. 22 maggio 1978, n. 194.

Nel nostro ordinamento, l'interruzione volontaria della gravidanza non è mezzo di controllo delle nascite o strumento di programmazione familiare e non ha funzione eugenica, come emerge inequivocamente dall'art. 1 della legge 194/78 (*Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana fin dal suo inizio*).

Le ipotesi permissive hanno dunque carattere eccezionale. In particolare, dopo il novantesimo giorno dal concepimento, l'IVG può essere praticata:

- a) Quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) Quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

La presenza dei presupposti rigorosamente tipizzati ha, da un canto, efficacia esimente da responsabilità penale, e genera, dall'altro, un vero e proprio diritto all'autodeterminazione della gestante di optare per l'interruzione della gravidanza.

Per tale ragione, l'impossibilità, per la madre, di esercitare la sua facoltà di scelta è fonte di responsabilità civile per il sanitario soltanto se, nel caso concreto, l'aborto sarebbe stato legalmente consentito – e dunque se siano accertati mediante appropriati esami clinici le rilevanti anomalie del nascituro e il loro nesso eziologico con un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna – e se sia provata la volontà della donna di non portare a termine la gravidanza.

Pertanto, ove sia proposta azione risarcitoria, i presupposti della fattispecie facoltizzante non possono che essere allegati e provati dalla donna, in conformità al criterio di riparto dell'onere probatorio dettato dall'art. 2967 c.c. in consonanza con il canone di vicinanza della prova.

Il *thema probandum* in tali casi è evidentemente costituito da un fatto complesso, ossia da un accadimento composto da molteplici circostanze: la rilevante anomalia del nascituro, l'omessa informazione da parte del medico, il grave pericolo per la salute psicofisica della donna, la scelta abortiva di quest'ultima.

Ove dunque fossero stati in concreto accertati i profili di imperizia ascritti al dott. M. e fosse possibile addebitare a quest'ultimo l'omessa diagnosi del *situs viscerum inversus* e la violazione dell'obbligo di informazione nei confronti della paziente, resterebbe ancora da accertare, in concreto e con giudizio controfattuale, se la conoscenza della malformazione avrebbe determinato nella C. un grave pericolo per la salute fisica o psichica; e una volta che risultassero integrate tutte le condizioni per praticare l'interruzione della gravidanza, occorrerebbe ancora accertare, alla stregua dei criteri individuati dalla Suprema Corte (cfr per tutte Cass. S.U. 25767/2015), se la donna vi avrebbe fatto ricorso.

La prova della volontà della donna di non portare a termine la gravidanza attiene ad un fatto psichico, uno stato psicologico, un'intenzione, un atteggiamento volitivo della donna, che la legge considera rilevante.

E poiché *di un fatto psichico non si può fornire rappresentazione immediata e diretta, ... l'onere probatorio può essere assolto tramite la dimostrazione di altre circostanze, dalle quali si possa ragionevolmente risalire, per via induttiva, all'esistenza del fatto psichico che si tratta di accertare.*

Ci si riferisce – per richiamare le parole del Supremo Collegio – *alla praesumptio hominis, rispondente ai requisiti di cui all'art 2729 cc., che consiste nell'inferenza del fatto ignoto da un fatto noto, sulla base non solo di correlazioni statisticamente ricorrenti, secondo l'id quod plerumque accidit – che peraltro il Giudice civile non potrebbe accertare d'ufficio se non rientrino nella sfera del notorio – ma anche di circostanze contingenti, eventualmente anche atipiche, emergenti dai dati istruttori raccolti, quali ad esempio: il ricorso al consulto medico proprio per conoscere le condizioni di salute del nascituro, le precarie condizioni psico – fisiche della gestante, ... pregresse manifestazioni di pensiero, in ipotesi sintomatiche di una propensione all'opzione abortiva in caso di grave malformazione del feto, etc...* (nel medesimo senso, vds. anche Cass. 9251/17; 25849/17).

Su questi aspetti, tuttavia, le allegazioni attoree sono rimaste irrimediabilmente lacunose già sul piano assertivo, ancor prima che su quello probatorio, non avendo mai i ricorrenti neppure asserito con chiarezza che, ove correttamente e tempestivamente informata, la C. avrebbe potuto sviluppare una patologia psichica e avrebbe optato per l'interruzione della gravidanza. Costoro infatti non hanno fatto altro che ribadire che la gestante era stata *impossibilitata a scegliere per un'eventuale interruzione della gravidanza*, che il *situs viscerum inversus non comporta solo un difetto estetico ma può essere associata a gravi patologie quali discinesia delle ciglia, rinofaringiti, sinusiti, otiti con sordità, bronchiti, ectasie, insufficienza respiratoria evolutive, displasie epatiche e pancreatiche, nefropatie e displasie renali ... per cui la malformazione poteva ben avere un forte impatto sulla salute psico-fisica della madre in quanto tale fatto non si rifletteva solo sul parto ma altresì sulla qualità di vita del nascituro e della famiglia.*

Manca, tuttavia, nel caso di specie non soltanto ogni elemento sulla base del quale sviluppare il suddetto ragionamento inferenziale, ma la stessa allegazione che la madre, ove informata, avrebbe optato per la scelta abortiva.

Essendo incontrovertibile che la discinesia ciliare o sindrome di Kartagener da cui sarebbe risultata affetta la piccola A. (ma sul punto gli accertamenti condotti negli anni anche presso centri altamente specializzati hanno portato ad ipotesi diagnostiche contrastanti) non avrebbe potuto essere identificata in fase prenatale, l'unica anomalia che avrebbe potuto evidenziarsi attraverso gli esami ecografici del II trimestre avrebbe dovuto essere il *situs viscerum inversus* completo, ossia quella condizione congenita rara in cui gli organi sono invertiti in modo speculare rispetto alla loro usuale posizione, che si presenta in un caso ogni 10.000 abitanti. In assenza di cardiopatia congenita (situazione questa presente nella fattispecie in esame: vds. la diagnosi formulata dai sanitari dell'Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale Di Cristina di Palermo: *sospetta sindrome di Kartagener in situs inversus senza associate anomalie cardiache*) i soggetti con *situs inversus* e destrocardia sono fenotipicamente sani e vivono una vita normale senza alcuna conseguenza correlata alla loro condizione.

Difatti, le ricorrenti infezioni delle vie aeree superiori e le bronchiti manifestatesi nella bambina nei primi anni di vita dipendono non già dalla inversione della posizione degli organi interni e dalla destrocardia, bensì dalla probabile discinesia ciliare (o alterata motilità ciliare) che però è associata al *situs inversus* soltanto nel 25% dei soggetti con questa condizione clinica.

In mancanza di alcun altro elemento concreto e specifico indicativo di quale sarebbe stata la volontà della C. e di alcuna puntualizzazione circa la sua situazione psichica, non può ritenersi rispondente a regolarità causale che la donna, ove tempestivamente informata della "variante anatomica" e della mera possibilità pari al 25% che alla stessa si associasse la sindrome di Kartagener, avrebbe preferito non portare a termine la gravidanza.

Non miglior sorte avrebbe avuto, pur ove si fosse accertata la responsabilità del sanitario per l'omessa diagnosi della malformazione, la domanda dei T. volta al risarcimento di un non meglio precisato danno da lesione del proprio diritto di informazione.

Se è vero infatti che la condotta illecita, per omessa informazione, è autonoma rispetto a quella inerente il trattamento terapeutico ed è altresì indubitabile che l'interesse leso da tale condotta è oggettivamente distinto da quello alla salute del soggetto, identificandosi nella compromissione della libertà di autodeterminazione del soggetto in materia sanitaria, e che, per i genitori, la conoscenza delle condizioni di salute del feto si pone quale antecedente causale di una serie di altre scelte di natura esistenziale, familiare e non solo terapeutica, nondimeno la struttura dell'illecito civile non si esaurisce nell'*eventus damni*, e cioè nella violazione del diritto o dell'interesse tutelato dall'ordinamento, ma richiede altresì per l'insorgenza della responsabilità (con la correlativa venuta ad esistenza, da un lato, del credito del danneggiato, avente ad oggetto la pretesa risarcitoria della perdita subita, e dall'altro della obbligazione del responsabile avente ad oggetto la prestazione reintegratoria, in forma specifica o per equivalente, della *deminutio* cagionata al danneggiato) l'allegazione e la prova di una determinata conseguenza pregiudizievole di natura patrimoniale o non patrimoniale, ricollegabile secondo un nesso immediatezza ex art. 1223 c.c. all'*eventus damni* (Cass. 907/2018; 5807/2019; 31233/2018; 11203/2019).

Come recentemente ribadito a chiare lettere dalla Suprema Corte, *la lesione del diritto all'informazione su eventuali patologie o anomalie del nascituro dà luogo ad un danno non patrimoniale autonomamente risarcibile ai sensi dell'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. (Cass. 28985/2019; 11749/2019), purché il danno lamentato sia causalmente connesso all'omessa informazione e varchi la soglia della gravità dell'offesa secondo i canoni delineati dalla note sentenze di San Martino. Ciò che si richiede è che chi si assume danneggiato allegghi (Cass. 19199/2018) che l'inadempimento dell'obbligo di informazione è in relazione causale*

diretta con la compromissione dell'interesse giuridico che si assume lesa, posto che "il diritto di autodeterminazione si impregna di ciò che protegge ed il senso che la sua violazione acquista sul piano del danno è pari al senso che il diritto assume per colui che ne fa esercizio" (Cass. 7385/2021).

Pertanto, ove non sia dato scorgere alcun tipo di pregiudizio al di là della mera privazione del diritto di scegliere fine a se stesso (e/o la lesione subita non possa di per sé raggiungere un sufficiente livello di offensività) non è possibile dar luogo ad una tutela risarcitoria.

Noncuranti dell'onere che loro competeva, gli attori non hanno neppure allegato quali scelte, opzioni o facoltà sarebbero state loro concretamente precluse e si sono limitati ad affermare di essersi trovati *"impreparati di fronte alla patologia presentata dalla figlia con riflessi sulla loro salute psichica"*, mutuando l'espressione utilizzata nella relazione tecnica d'ufficio, alla quale nulla tuttavia hanno aggiunto, né sul piano delle allegazioni né tanto meno su quello probatorio, offrendo argomenti anche presuntivi dai quali inferire l'esistenza e la consistenza di specifici pregiudizi e la loro connessione causale con la lacuna informativa.

Non spetta dunque agli attori alcun risarcimento.

E' infine la stessa consulenza tecnica d'ufficio (alla quale i due coniugi hanno interamente affidato la dimostrazione dei propri assunti) a smentire la fondatezza della pretesa risarcitoria del danno alla salute che secondo i T. sarebbe derivato alla figlia per l'impossibilità di far ricorso, a causa della ritardata diagnosi, alla terapia farmacologica più idonea *con aggravamento dei sintomi e delle complicanze legate alla patologia.*

Escluso, infatti, che la discinesia ciliare potesse essere diagnosticata in utero e che potesse praticarsi alcuna terapia anteriormente alla nascita (si legge persino nella relazione dei CCTTPP degli attori che *attualmente non sono disponibili trattamenti specifici in grado di correggere la disfunzione ciliare che è alla base delle manifestazioni presenti nella DCP*) o in via preventiva rispetto all'insorgenza dei ripetitivi episodi di flogosi ed infezioni respiratorie riscontrate già dai primi mesi dal Pediatra, non v'è modo di affermare, men che meno con ragionevole probabilità, (e indipendentemente dalla verifica circa l'effettiva esistenza o meno di profili di negligenza o imperizia dei neonatologi che assistettero la piccola A. durante la sua permanenza al nido) che la diagnosi precoce presso l'IMI potesse mutare, in senso favorevole alla neonata, il decorso della malattia e attenuarne gli effetti.

Non risulta infatti che in quel contesto si fosse manifestato alcun sintomo che avrebbe dovuto anche soltanto indurre il sospetto della discinesia ciliare, la cui diagnosi sarebbe stata posta, peraltro in termini dubitativi, soltanto nel giugno 2013 presso l'UO di Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale Pediatrico G. Di Cristina.

Per il collegio medico la mancata diagnosi di *situs viscerum inversus* con destrocardia *non ha configurato alcun danno biologico risarcibile*; in particolare *la presenza del disturbo del linguaggio con ricaduta sugli apprendimenti scolastici, per cui si è reso necessario un supporto pedagogico e logopedico, cui si associa un deficit uditivo, ... è proprio da collegarsi ai ripetuti episodi di bronchiti - otiti nelle prime fasi dello sviluppo, oltre che alle crisi epilettiche presentate di recente.*

Le spese di lite

Quanto alla regolamentazione delle spese processuali, la circostanza che l'azione risarcitoria sia stata preceduta da un accertamento tecnico preventivo con esito parzialmente favorevole per i ricorrenti che su di esso avevano fatto affidamento (sebbene con un contegno processuale non limpido) e il fatto che il giudizio di merito era stato intrapreso esclusivamente nei riguardi dell'Azienda Ospedaliera, giustificano una mitigazione della condanna alle spese, che vanno quindi compensate in ragione di un terzo ai sensi dell'art. 92 co. 2 c.p.c..

La frazione residua va liquidata nel dispositivo sulla base dei parametri previsti dal D.M. 55/2014 e con riferimento ai valori medi previsti dalla tabella 2 per le cause di valore indeterminato (fino ad € 52.000,00).

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ogni diversa domanda, eccezione o difesa;

rigetta le domande proposte da C. L. e T. R., in proprio e nella qualità di esercenti la responsabilità genitoriale su T. A. nei confronti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo e del dott. M. F.;

dichiara le spese di lite compensate in ragione di un terzo e condanna gli attori al pagamento della

frazione residua in favore dell'AOUP Policlinico e del dott. M., liquidata, per ciascuna parte, in complessivi € 4.836,00 per compensi, oltre IVA, CPA e rimborso spese ex art. 2 D.M. 55/14.
Così deciso in Palermo, il 24 aprile 2022

Il Giudice
Giovanna Nozzetti

Il presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dott.ssa Giovanna Nozzetti in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.