

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE CIVILE DI LECCE

Prima Sezione

in persona della dr.ssa Viviana Mele, quale giudice monocratico, ha emesso

SENTENZA

nella causa civile di primo grado iscritta al n. 9240 del R.G.A.C.C. dell'anno 2015, trattenuta in decisione nell'udienza del 30 settembre 2021 e vertente

TRA

L. M. R. E C. N., in proprio e quali genitori esercenti la potestà genitoriale su C. F. M. con l'Avv. Vito Lisi

ATTORI

CONTRO

PIA FONDAZIONE DI CULTO e RELIGIONE CARD. G. PANICO DI TRICASE, in persona del legale rappresentante pro-tempore con l'Avv. Maria Costanza
CONVENUTA

CON LA CHIAMATA IN CAUSA DI

GENERALI ITALIA S.P.A. in persona del l.r. p.t. con l'Avv. Andrea F. Pezzuto
TERZA CHIAMATA IN CAUSA

Oggetto: Responsabilità professionale

Conclusioni delle parti: come da verbale di udienza del 30 settembre 2021

MOTIVI DELLA DECISIONE

C. N. e L. M. R., in proprio e quali genitori di C. F. M., hanno agito in giudizio contro la Pia Fondazione di Culto Cardinale Panico di Tricase al fine di sentirla condannare al risarcimento del danno patito, iure proprio e quali genitori esercenti la potestà sulla minore, a seguito delle problematiche riportate dalla figlia F. M. in conseguenza del parto avvenuto presso il Presidio Ospedaliero convenuto.

Gli attori hanno in particolare dedotto che la L. è stata ricoverata in data 2 settembre 2013 presso l'unità operativa di ostetricia e ginecologia con diagnosi di ammissione PROM in pluripara a termine, con indicazione "probabile T.C.". Gli attori hanno poi lamentato che non è stato eseguito alcun controllo ecografico al fine di accertare il peso del feto e che, senza alcuna giustificazione, non si è proceduto al taglio cesareo indicato come probabile, ma si è avuto il parto naturale.

Gli attori hanno poi lamentato che nel corso del parto naturale si sono avute delle complicazioni a causa delle dimensioni del feto e che gli operatori sanitari sono stati costretti a compiere delle manovre al fine di consentire l'estrazione delle spalle, provocando in questo modo al feto una paralisi di Erb-Duchenne in paziente con frattura completa composta del terzo medio della clavicola sinistra. Gli attori hanno

quindi dedotto che il personale sanitario avrebbe dovuto compiere il controllo ecografico, a seguito del quale si sarebbe appreso che la bambina pesava 4625 grammi e, dunque, si sarebbe disposto il taglio cesareo, il quale avrebbe a sua volta impedito il verificarsi delle complicazioni sopra descritte.

Esposto quanto sopra, gli attori hanno chiesto la condanna dell'Istituto al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale patito.

Con propria comparsa si è costituita la Pia Fondazione di Culto Card. Panico di Tricase, deducendo l'esistenza di un conflitto di interessi tra genitori e minore e resistendo alle avverse accuse, con richiesta di rigetto della domanda attorea. Su richiesta del convenuto è stata chiamata in causa Generali Assicurazioni s.p.a., che ha contestato la domanda attorea e ne ha chiesto il rigetto.

In corso di causa è stata disposta una prima CTU medico-legale, espletata tuttavia con grave ritardo e in assenza di nomina di uno specialista.

La CTU è stata dunque rinnovata, con nomina di un medico-legale e specialista di ostetricia e ginecologia.

All'esito, la causa è stata trattenuta in decisione, con concessione del termine massimo di legge per conclusionali e repliche.

Come premesso, la vicenda in esame attiene all'esame dell'eventuale responsabilità del convenuto per l'inabilità riportata da M. F. C. a seguito di complicazioni nel corso del parto naturale eseguito presso l'Ospedale di Tricase.

Prima di esaminare il merito della questione, occorre in via preliminare chiarire alcuni aspetti generali in materia di responsabilità della struttura sanitaria.

Come noto, l'ampio dibattito sviluppatosi nel corso degli anni ha portato pacificamente la giurisprudenza prima e il legislatore poi a ritenere che la responsabilità della struttura ospedaliera nei confronti del paziente sia di tipo contrattuale.

Si sono tuttavia registrati nel corso degli anni diversi orientamenti in merito alla ripartizione dell'onere probatorio.

La Cassazione ha precisato a Sezioni Unite che *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (nella specie la .S.C. ha cassato la sentenza di merito che – in relazione ad una domanda risarcitoria avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per aver contratto l'epatite C asseritamente a causa di trasfusioni con sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico – aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite)”* (Cass. Civ., SU, n. 577 dell'11.1.2008).

Anche la giurisprudenza successiva, in merito alla ripartizione dell'onere della prova, ha chiarito che *“Nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medico chirurgica, l'attore danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando, invece, a carico del medico e/o della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. Ne consegue che qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul*

debitore” (Cass. Civ., Sez. 3, Sentenza n. 20547 del 30/09/2014).

In tempi recenti è stato tuttavia specificato che *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l’onere di provare il nesso di causalità tra l’aggravamento della patologia (o l’insorgenza di una nuova malattia) e l’azione o l’omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l’impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l’inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l’ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla vedova di un paziente deceduto, per arresto cardiaco, in seguito ad un intervento chirurgico di asportazione della prostata cui era seguita un’emorragia, sul rilievo che la mancata dimostrazione, da parte dell’attrice, della riconducibilità eziologica dell’arresto cardiaco all’intervento chirurgico e all’emorragia insorta, escludeva in radice la configurabilità di un onere probatorio in capo alla struttura)”* (Cass. Civ., Sez. 3 - , Sentenza n. 18392 del 26/07/2017).

Tale indirizzo è stato confermato dalla giurisprudenza successiva: *“In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l’onere di provare il nesso di causalità tra l’aggravamento della patologia (o l’insorgenza di una nuova malattia) e l’azione o l’omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto a tale onere, spetta alla struttura dimostrare l’impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, provando che l’inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l’ordinaria diligenza. (In applicazione di tale principio, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno proposta dalla paziente e dai suoi stretti congiunti, in relazione a un ictus cerebrale che aveva colpito la prima a seguito di un esame angiografico, sul rilievo che era mancata la prova, da parte degli attori, della riconducibilità eziologica della patologia insorta alla condotta dei sanitari, ed anzi la CTU espletata aveva evidenziato l’esistenza di diversi fattori, indipendenti dalla suddetta condotta, che avevano verosimilmente favorito l’evento lesivo)”* (Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 26700 del 23/10/2018).

In ogni caso, l’accertamento dell’esistenza del nesso causale deve essere compiuto secondo il criterio del “più probabile che non”: *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all’interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione “ex ante”– del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell’accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell’evidenza o del “più probabile che non”, mentre nel processo penale vige la regola della prova “oltre il ragionevole dubbio”. Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest’ultimo tenuto a espletare l’attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l’omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell’evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell’evento stesso”* (Cass. Civ., Sez. 3, Sentenza n. 16123 del 08/07/2010).

Anche in tempi recentissimi, Cass. Civ., Sez. 3 - , Ordinanza n. 21008 del 23/08/2018, ha ribadito che occorre accertare il nesso causale secondo la regola del “più probabile che non”: *“La prova dell’inadempimento del medico non è sufficiente ad affermarne la responsabilità per la morte del paziente, occorrendo altresì il raggiungimento della prova*

del nesso causale tra l'evento e la condotta inadempiente, secondo la regola della riferibilità causale dell'evento stesso all'ipotetico responsabile, la quale presuppone una valutazione nei termini del c.d. "più probabile che non".

Chiarito quanto sopra in linea generale, si procede ora all'esame del caso di specie.

La soluzione della presente controversia sarà compiuta condividendo le conclusioni cui è giunto il CTU dr. Alberto Tortorella, con l'ausilio dello specialista dr. Prof. Pantaleo Greco.

In sede di esame della CTU e all'udienza di precisazione delle conclusioni, parte attrice ha chiesto che il consulente fosse chiamato a chiarimenti, ritenendo che lo stesso abbia ommesso di rispondere al quesito secondo il criterio civilistico del "più probabile che non" e invocando una serie di ulteriori valutazioni che il consulente avrebbe dovuto compiere. La richiesta è stata rigettata e la scrivente ha trattenuto la causa in decisione, ritenendo esaustivi i chiarimenti resi dai Consulenti (medico-legale e specialista). Nella presente sede saranno chiarite le ragioni per cui si condividono le conclusioni del CTU e si evidenzierà come il consulente abbia reso risposta al quesito alla luce del criterio civilistico del "più probabile che non".

Si riportano di seguito i passi più rilevanti della perizia:

"Dalla documentazione clinica in atti si evince che il 2 settembre 2013 la sig.ra L. si ricoverò presso l'unità operativa di ostetricia dell'ospedale di Tricase per rottura di membrane in gravidanza a termine, alla quarantesima settimana di gestazione. In anamnesi fu annotato che la signora L. era quadrigrvida; che un'ecografia del terzo trimestre (eseguita alla 32ma settimana di gestazione) aveva mostrato un feto stimato al 75mo percentile; che le indagini finalizzate allo screening per le cromosomopatie avevano dato esito negativo... (pag. 39)

sempre nel contesto del partogramma - nella sezione dedicata alle note - si legge: "mancata collaborazione materna durante il periodo espulsivo. Durante il normale decorso di un travaglio fisiologico, al momento del periodo espulsivo si ravvisa una notevole difficoltà nell'estrazione delle spalle. Si invita più volte la paziente a collaborare attivamente nella fase espulsiva con scarsissima adesione da parte di quest'ultima. Dopo aver praticato la manovra MC Roberts e la Rubin 1, a circa 2 minuti dall'espulsione della testa si riesce ad estrarre prima la spalla destra e poi la spalla sinistra".

È noto che la piccola nacque con i segni clinici di una lesione del plesso brachiale sinistra (paralisi di Erb-Duchenne) con la frattura completa e composta del terzo medio della clavicola omolaterale e con un deficit funzionale dell'arto superiore consistente in una ipomobilità dell'arto (braccio addotto, avambraccio ruotato, polso flesso) e buona funzionalità della mano.

Rimane da comprendere, a questo punto, se la paralisi ostetrica fosse evento possibile e prevedibile; se nel caso di specie lo stato dell'arte suggerisse indicazione ad una differente strategia dell'assistenza al travaglio di parto e al parto stesso; ed eventualmente, se la condotta alternativa corretta avrebbe potuto evitare (e con quale probabilità) la lesione del plesso brachiale subito dalla piccola F. M. ovvero ridurne la gravità (pagg. 40-41).

... La crescita del feto risultava regolare ed in particolare era riportata sul 75mo percentile per epoca gestazionale nel corso dell'esame ecografico del terzo trimestre (32 settimane); la paziente entrò in ospedale per rottura pretravaglio delle membrane e fu sottoposta a terapia antibiotica profilattica (pag. 42).

... la distocia di spalla è un'anomalia del periodo espulsivo nella quale entrambe le spalle o la sola spalla anteriore non si impegnano nello scavo pelvico, per cui, dopo il disimpegno della testa, non si ha l'espulsione del tronco. Una volta posta la definizione di tale distocia, è importante aggiungere che una definizione pragmatica, ma clinicamente utile, è la seguente: parto vaginale in presentazione cefalica, che richiede manovre ostetriche addizionali dopo la espulsione della testa e dopo che una modesta

trazione è fallita.

Un'altra definizione, peraltro poco pratica, poiché prevede una valutazione temporale difficilmente verificabile, è: intervallo di tempo > 60 secondi tra espulsione della testa ed espulsione delle spalle. Si tratta di un evento non frequente (meno 1% dei parti), che può comportare danni sia materni che fetali. (pag. 45).

Il denominatore comune della distocia di spalla è il diametro bisacromiale del feto eccessivo per la pelvi materna e legato, spesso, ad un peso fetale superiore alla media, per cui tutte le condizioni predisponenti a questo ultimo sono fattori di rischio per distocia della spalla (multiparità, diabete, gravidanza oltre il termine, obesità, eccessivo aumento ponderale).

Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati da travaglio prolungato, parto operativo vaginale, precedente episodio di distocia della spalla. La distribuzione dei casi in rapporto al peso dimostra il contributo del peso eccessivo; si va infatti da un'incidenza pari a 0, 3% per pesi al di sotto di 3500 gr a 5,4% per pesi tra 4000 grammi e 4500 grammi fino al 20% per pesi al di sopra di 4500 gr.

Da questi dati emerge che il rischio relativo di una distocia della spalla aumenta se il feto è macrosoma ed in particolare se il peso è > 4500 grammi. Tuttavia bisogna sottolineare che, data la distribuzione dei pesi, solo al 30% dei casi di distocia della spalla avvengono in neonati di peso > 4500 grammi. (pagg. 46-47).

... Sulla base di tali considerazioni, la distocia di spalla è una condizione difficile da prevedere e da prevenire, per cui può complicare qualsiasi parto, identificato, a priori, a basso rischio (pag. 48).

La traslazione di quanto enunciato al caso in esame consente di esaminare se fossero presenti, nel caso in esame, elementi che consentissero la possibilità di diagnosticare o almeno prevedere il peso alla nascita della piccola C. F. M., in rapporto al rischio di distocia di spalla.

Dalla cartella clinica si apprende che la madre non era diabetica (OGTT negativo) e che un esame ecografico nel terzo trimestre di gravidanza aveva riportato una crescita fetale nella norma (75° centile). Pertanto non era presente alcun fattore di rischio pre-travaglio che indicasse un rischio aumentato di distocia di spalla.

La esecuzione di una ecografia al momento del ricovero avrebbe probabilmente fornito un'elevata stima del peso fetale. Come noto, l'esame ultrasonografico comporta un errore del 10-15% nella stima del peso, per cui scarsamente affidabile.

Non vi sono linee guida italiane relative alla prevenzione della distocia di spalla mediante taglio cesareo pre-travaglio in gravida non diabetica.

Le linee guida nazionali riguardano esclusivamente "macrosomia fetale nella gravida diabetica". In esse è riportato: in caso di feto con peso stimato ≥ 4500 grammi è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38 + 0 settimane di gestazione (esclusivamente in caso di madre diabetica). In caso di gravida non diabetica, il taglio cesareo elettivo è consigliabile, sulla base di linee guida internazionali, per un peso fetale >5000 g. (pag. 49).

Pertanto, anche in caso di possibile stima del peso fetale, non vi sarebbe stata alcuna indicazione al taglio cesareo elettivo. In sostanza, al momento del ricovero, non vi era alcun motivo per procedere ad un taglio elettivo.

Sono considerati fattori di rischio, in corso di travaglio, tempi prolungati di quest'ultimo e/o la necessità di eseguire un parto operativo vaginale (forcipe ventosa); entrambe le condizioni sono assenti nel caso in esame.

Nel momento in cui si diagnostichi una distocia di spalla, coloro che assistono al parto devono intervenire con manovre ostetriche specifiche, onde evitare le due conseguenze peggiori per il feto (asfissia e danno del plesso brachiale) e per la madre (lacerazioni del canale del parto, rottura d'utero). (pag. 50)

... Nel caso di specie, furono eseguite manovre di MC Roberts e di Rubin 1 ed il tempo

impiegato a risolvere la distocia è riportato pari a 2 minuti. Entrambe le manovre sono previste dalle linee guida per affrontare tale patologia e risulta, inoltre, rispettata sia la gradualità che la tempistica di esecuzione delle manovre stesse.

Si è già sottolineato, infine, che una morbosità neonatale è possibile anche dove la distocia di spalla sia stata correttamente identificata e risolta con manovre adeguate, proprio così come si è verificato nel caso di specie.

Alla luce di tali considerazioni si deve concludere, pertanto, che non si ravvisano profili di censura tecnica nell'operato dei sanitari che seguirono il parto della signora L. M. R., che, anzi, risulta gestito in tempi in modi del tutto consoni alle regulae artis. (pagg. 55-58).

I consulenti hanno dunque chiarito in modo limpido che per la L. non vi era alcuna prescrizione al taglio cesareo e che non vi fosse alcun elemento che portasse a ritenere che il feto fosse di peso superiore a 4500 gr.

Le considerazioni svolte dal CTP di parte attrice muovono da una visione ex post: essendo ormai noto, a parto in corso, che il feto era di dimensioni tali da rendere pericoloso il parto naturale, si apprende che sarebbe stato opportuno eseguire il cesareo.

Tuttavia, la valutazione da compiersi nel corso del giudizio è necessariamente ex ante. Ponendosi da tale prospettiva, come già precisato, non vi erano ragioni per ritenere opportuno un taglio cesareo, non essendo in presenza di madre diabetica ed essendo stato riscontrato un aumento del feto ordinario, come da ecografia svolta al III trimestre. Né vi erano altre condizioni che deponessero per tale possibile diagnosi.

Parte attrice ritiene che un esame ecografico, indicato dal CTU come portatore di risultato spesso errato in misura del 10/15%, avrebbe potuto portare all'accertamento di un peso superiore a 5000 gr (con errore per eccesso) e avrebbe quindi indotto i sanitari a praticare un taglio cesareo.

Tale ricostruzione, compiuta come mera ipotesi, è probabile tanto quanto quella di una stima in difetto o corretta, che avrebbe indotto i sanitari a non ritenere opportuno il cesareo.

L'argomentazione, dunque, non solo ancora una volta tenta di individuare un errore con visione ex post, ma si basa altresì su una ipotesi che non è neppure probabile e che è solo possibile, come tale inidonea a fondare alcuna responsabilità.

Parte attrice ritiene poi che il CTU non abbia reso adeguata motivazione in merito all'annotazione, in cartella clinica, della dicitura "probabile T.C." (taglio cesareo). L'attrice ha infatti lamentato che la cartella non indichi alcuna motivazione per cui non si procedette col taglio cesareo, pure indicato come probabile.

Sul punto va evidenziato che l'annotazione fu compiuta al momento del ricovero, 12 ore prima del parto, in un momento in cui ancora non era stata compiuta alcuna valutazione. È risultato poi iniziato il travaglio spontaneo, in una condizione che non indicava alcun rischio prevedibile per il parto naturale, peraltro in donna che risultava alla quarta gravidanza portata a termine.

La mera annotazione al momento del ricovero, dunque, non supportata da considerazioni mediche e non suggerita dalle regole dell'arte, non può comportare alcuna responsabilità dei sanitari.

Come più volte evidenziato, i sanitari non avrebbero dovuto ritenere preferibile il taglio cesareo, non essendo in presenza di elementi che potessero rendere più probabile che non il verificarsi di distocia della spalla. Né vi erano indicazioni, al momento del ricovero, per l'esecuzione dell'ecografia (che avrebbe comunque potuto comportare un risultato differente da quello reale).

Si riportano dunque le risposte alle osservazioni mosse dal CTP di parte attrice, nelle parti più rilevanti: "*Vale la pena di ribadire che la vicenda in discussione è l'esito di una gestazione assolutamente normale, senza alcun fattore di rischio materno e senza alcun*

elemento che potesse far neppure sospettare un peso elevato del feto.

Depone in tal senso anche l'ecografia del terzo trimestre (32 settimane) che rilevava una crescita fetale ampiamente nel range della normalità. In primo luogo, quindi, le obiezioni delle parte attrice appaiono piuttosto compiute ex post, formulate, cioè, soltanto perché oggi è noto che il periodo espulsivo è stato complicato dalla distocia di spalla (evento - si è detto - imprevisto e del tutto imprevedibile, anche e soprattutto nel caso di specie).

*Non vi era, pertanto, nel caso oggetto della nostra discussione, alcuna indicazione o raccomandazione proveniente dalle *regulae artis* ad effettuare un controllo ecografico ulteriore, prima del parto” (pag. 2 delle risposte alle Osservazioni).*

Sul punto deve evidenziarsi che neppure il CTP di parte attrice riesce ad individuare degli elementi che avrebbero dovuto deporre, ex ante, per un controllo ecografico del peso. Le osservazioni, peraltro, così come la consulenza di parte sono state compiute in assenza di citazione di fonti scientifiche, mentre il CTU ha richiamato esplicitamente la ricca bibliografia posta a base delle proprie conclusioni.

Il CTU prosegue nel seguente modo: *“E di certo non deve ingannare la presenza del quesito clinico (probabile taglio cesareo) a giustificazione della richiesta di consulenza cardiologica. Poiché, al di là delle corrette considerazioni di natura terminologica (sul significato dell'attributo probabile, evidentemente), la consulenza cardiologica poteva essere richiesta non già in attesa di un parto fisiologico ma soltanto nell'eventualità di dover ricorrere ad un intervento di taglio cesareo: il che certamente non poteva essere escluso all'atto di ricovero della signora L.; ma con altrettanta certezza in alcun modo prevedibile in termini di probabilità, proprio per i dati ostetrici relativi al decorso della gestazione ed a quelli noti nel corso della degenza fino al momento del parto.*

Quanto alle considerazioni sul peso della neonata (acquisito con certezza dopo la nascita) si è detto, tra l'altro, che data la distribuzione dei pesi, solo il 30% dei casi di distocia di spalla avvengono in neonati di peso > 4000 g. Pertanto, si può concludere che i fattori di rischio convenzionali sono in grado di identificare solo il 16% dei casi che risultino in morbilità neonatale, in particolare la relazione tra peso e distocia è particolarmente fallace. Tuttavia, come già sottolineato, i feti di madre diabetica corrono un rischio, a parità di peso, due o tre volte più elevato di quelli di madre non diabetica. E si ripete ancora una volta che la distocia di spalla è una condizione difficile da prevedere e prevenire per cui può complicare qualsiasi parto, identificato, a priori, a basso rischio: quale appariva, ex ante, quello della signora L.” (pag. 3 della risposta alle osservazioni).

Come evidente, il CTU ha risposto proprio in termini di più probabile che non, affermando che il taglio cesareo non era “in alcun modo prevedibile in termini di probabilità”.

Conclusivamente, sposando la visione ex ante che si impone nella soluzione del presente giudizio, non può non concludersi che non vi erano indicazioni che deponessero per un peso del feto superiore a 4500 grammi e che non vi erano elementi che suggerissero di dover ricorrere al parto cesareo. A ciò si aggiunga che il peso è un fattore che solo in bassa percentuale è ricollegabile alla distocia della spalla e che si tratta di eventi difficilmente prevedibili.

Infine, è noto che, verificatesi le complicazioni nel corso del parto naturale, gli operatori sanitari eseguirono ogni manovra necessaria, andando esenti da censure.

La dott.ssa Di Fabrizio, CTP di parte attrice, ritiene che l'indicazione di un peso elevato si sarebbe dovuta trarre dall'ecografia del III trimestre. In realtà, il CTU ha chiarito che il peso riscontrato nel corso di tale esame era del tutto nella norma e non deponeva affatto per un feto di peso superiore a 4500 gr (come scoperto solo a seguito del parto, in assenza di dati che facessero propendere in tal senso).

Non vi è alcuna lacuna nella cartella clinica che possa denotare una responsabilità dei sanitari, tanto che la stessa parte attrice denuncia la lacuna senza indicare alcun nesso di causa tra gli elementi che non sarebbero stati annotati e quando verificatosi

nel corso del parto.

Infine, non si comprendono le postume censure in merito alla mancata indicazione della frequentazione dei corsi di aggiornamento del personale sanitario nella cartella clinica. La censura, in sé singolare, vorrebbe imporre l'esposizione al paziente del curriculum formativo del personale con cui il paziente interagisce, senza che tale obbligo sia previsto e senza che si possa comprendere l'utilità di una simile annotazione.

Per le ragioni sopra esposte, la domanda è rigettata. Tutte le restanti questioni restano assorbite.

Le spese, anche di CTU, seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Lecce – Prima Sezione Civile, definitivamente pronunciando nella causa N 9240/2015 RG, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa:

- a) Rigetta la domanda formulata da parte attrice;
- b) Condanna parte attrice alla refusione delle spese di lite in favore di parte convenuta, liquidate in € 13.430,00 per compenso, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge;
- c) Condanna parte attrice alla refusione delle spese di lite in favore di Generali Italia s.p.a., liquidate in € 13.430,00 per compenso, oltre rimborso spese generali, IVA e CPA come per legge;
- d) Pone le spese di CTU in via definitiva a carico di parte attrice.

Lecce, 07/01/2022

Il giudice
Dott.ssa Viviana Mele