TRIBUNALE CIVILE E PENALE DI S CAUSA

CIVILE PROMOSSA DA

TT + 1 Avv. BB+ 1

CONTRO

AZ. OSP.-UNIV. INTEGRATA S Avv. PP+ 1

RELAZIONE DI CONSULENZA TECNICA EX ART. 696 BIS C.P.C.

SULLA PERSONA DI JJ

Ill.mo Signor Magistrato,

al sottoscritto CTU dottor DD è stato posto il seguente quesito:

“Letti gli atti di causa, acquisite le cartelle cliniche relative al parto della ricorrente e comunque la documentazione ritenuta utile, visitato il piccolo JJ, esperite le indagini diagnostiche ritenute necessarie, dica il CTU:

1) Quali siano le attuali condizioni di salute di JJ;
2) quali siano le lesioni di cui eventualmente fosse affetto il minore, accertando l'entità percentuale dei postumi permanenti indicando nello specifico se essi abbiano un'influenza solo sul benessere psicofisico ovvero abbiano una specifica incidenza sulle capacità reddituali future del minore;
3) accerti se siano ipotizzabili interventi chirurgici ovvero terapie mediche idonee a guarire il piccolo dalla sua infermità ovvero a ridurne gli effetti invalidanti;

4) indichi tali eventuali interventi, a che età sia possibile realizzarli, i possibili esiti, l'eseguibilità presso strutture sanitarie pubbliche; i tempi presumibili di degenza, di convalescenza, di eventuali cure di riabilitazione, l'eventuale incapacità conseguente del minore ad attendere alle sue ordinarie occupazioni e per quanto tempo; i costi comunque a carico della famiglia;
5) accerti se il minore abbia sofferto dolore per effetto delle accertate lesioni;
6) accerti se il minore abbia bisogno di cure specifiche a titolo riabilitativo o di altra natura prima o dopo l'eventuale intervento ovvero in ogni caso nel corso della sua vita futura;
7) accerti se le condizioni del bambino come accertate impongano ai genitori una particolare attenzione nelle cure parentali;
8) quali siano le limitazioni derivanti dalla lesione alla vita ordinaria di un bambino nel corso del suo sviluppo, con riferimento alla sua attività ludica, di apprendimento, di socializzazione;
9) accerti se, nel corso del travaglio o del parto siano state rispettate le pratiche mediche conosciute e comunque svolta la complessiva attività con perizia, prudenza, diligenza da parte degli operatori;
10) in particolare se il quadro clinico della partoriente, percepibile in base agli ordinari mezzi diagnostici, manifestasse elementi che

potessero imporre una particolare attenzione nell'assistenza al parto;

11) se la lesione accertata si ponga in rapporto di causalità rispetto all'eventuale mancato rispetto delle corrette e conosciute pratiche mediche ovvero se tali lesioni siano dipese dalle condizioni generali di salute della madre, del feto e comunque da cause non determinate dalla condotta dei sanitari che sono intervenuti a qualsiasi titolo negli eventi.

Il sottoscritto, presa visione degli atti di causa, ha sottoposto a visita il bimbo JJ, nato il 3-11-2011 accompagnato dal papà FN, nato l'1-7-1981 e riconosciuto medi ante C. I. N. ……; alle operazioni peritali erano presenti sia i CTP di parte attrice che i CTP dei convenuti.

IL FATTO

JJ nasceva il 3-11-2011 verso le ore 6 del mattino; al parto era presente il papà; immediatamente visitato da un neonatologo JJ non presentava i riflessi di moto all'arto superiore destro; il papà notava, nelle ore successive, che il neonato non presentava attività motoria all'arto superiore destro; il 4-11-11 JJ veniva visitato dal Professor VV(neonatologo) che ipotizzava la presenza di una paralisi ostetrica (con o senza frattura di clavicola); gli Rx eseguiti non evidenziarono alcuna frattura; il neonato venne poi preso in cura dal servizio di rieducazione funzionale dell'Ospedale di S.

I DATI DELLA DOCUMENTAZIONE

1) Numero tre ecografie di JKK eseguite in data 1-4-2011, 22-6-2011 e 19-8-2011.
2) Fotocopia di cartella clinica di JKK per ricovero dal 2-11-2011 al 10-11-2011 presso il reparto di Ostetricia dell'Ospedale "RS" di S.
3) Fotocopia di lettera di dimissione di JKK rilasciata in data 10-11-2011.
4) Fotocopia di cartella clinica di JJ per ricovero presso il nido dell'azienda Ospedaliera Universitaria Integrata "RS" di S.
5) Numero quattro relazioni fisiatriche su JJ eseguite in data 21-1-2012, 7-3-2012, 27-12-2012, 23-10-2013.
6) Numero quattro fotocopia di certificati medici rilasciati dal Dottor FF a JJ in data 23-1- 2012, 8-3-2012, 31-3-2012, 7-1-2013.
7) Numero due certificati medici rilasciati a JJ dalla dottoressa ZZ in data 31-12-2012 e 2-5-2013.
8) Relazione di parere medico-legale su JJ eseguita dal dottor EE e dal Prof. LL.
9) Fotocopia di 21 ricevute per spese mediche eseguite da JJ .

DATI DELL'ANAMNESI

An. Pat. Prossima: JJ nasce il 3-11-2011 verso le ore 6 del mattino; al parto era presente il papà; immediatamente visitato da

un neonatologo JJ non presentava i riflessi di moto all'arto superiore destro; il papà notava, nelle ore successive, che il neonato non presentava attività motoria all'arto superiore destro; il 4-11-11 JJ veniva visitato dal Professor VV(neonatologo) che ipotizzava la presenza di una paralisi ostetrica (con o senza frattura di clavicola); gli Rx eseguiti non evidenziarono alcuna frattura; il neonato venne poi preso in cura dal servizio di rieducazione funzionale dell'Ospedale di S. Il piccolo JJ esegue i trattamenti riabilitativi proposti ed in data 23-1-12 viene visitato dal dottor FF, neurochirurgo, che pone diagnosi di: "Paralisi ostetrica C5-C6-C7"; consiglia di continuare il trattamento riabilitativo e consiglia nuovo controllo dopo due mesi; il 31-3-12 il dottor FF consiglia di posticipare l'intervento chirurgico e di valutare il bambino verso i 16 mesi; in data -1 13 il dottor FF propone intervento di : "release del legamento coraco-omerale e re innervazione selettiva del soprascapolare con l'11° nervo". Il bambino viene ricoverato dal 30-4-13 al 2-5-13 e viene sottoposto ad intervento di "necrotizzazione extraplessuale 11° verso nervo soprascapolare e release del legamento pettorale"; viene quindi preso in cura di nuovo dal servizio di riabilitazione neurologica dell'Ospedale di S, dove viene costantemente seguito e curato.

Il 6-8-2014 JJ viene sottoposto a nuovo intervento sempre dal dottor Ferrarese; anche in questo caso, dopo l'intervento chirurgico, viene preso in cura dal servizio di riabilitazione neurologica dell'ospedale di S.

La visita medico-legale su JJ viene eseguita dopo 40 giorni da questo ultimo intervento.

ATTUALMENTE JJ si è appena sottoposto ad un ulteriore intervento chirurgico; appare un bambino vivace e felice con un'ottima motricità globale; presenta cicatrici chirurgiche significative (vedi esame obiettivo); muove bene l'intero corpo, ad eccezione ovviamente dell'arto superiore destro.

I DATI DELL'E.O.

Soggetto dell'età corrispondente all'anagrafica, orientato in tempo e spazio rispetto a fatti, persone e cose, destrimane.

E.O.L. ARTO SUPERIORE DESTRO: all'ispezione è visibile cicatrice dorsale alla spalla che si estende lineare dall'acromion-claveare posteriormente sino all'ascella; tale cicatrice è regolare, piana, biancastra, di larghezza di 2 mm circa; il bimbo muove bene le dita la mano, il polso ed il gomito e non lamenta alterazioni della sensibilità; la spalla è mobile nei vari piani di circa la metà, in particolare l'abduzione e le rotazioni; apparentemente tali movimenti non risvegliano dolore e sono effettuati da JJ in maniera spontanea; la forza di presa della mano appare sovrapponibile alla contro laterale.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Sulla scorta degli elementi sopra recensiti, di quanto rilevato dai dati anamnestici e dall'esame clinico condotto in sede peritale si evidenzia come il caso si presti a considerazioni medico-legali in tema di lesioni personali.

Si tratta di stabilire la natura e l'entità delle lesioni presentate da JJ , l'iter clinico-terapeutico della sua gestazione e nascita analizzando singolarmente le varie procedure cui è stata sottoposta la mamma, valutandone la corretta esecuzione e con particolare riferimento ad eventuali danni iatrogeni.

L'analisi e la discussione del caso seguiranno la traccia delle domande poste dall'Ill.mo Signor Magistrato.

La prima domanda riguarda lo stato di salute attuale di JJ; JJ appare un bambino vivace e felice con un'ottima motricità globale; presenta cicatrici chirurgiche significative; muove bene l'intero corpo ad eccezione dell'arto superiore destro che appare limitato in particolare nei movimenti della spalla.

Per quanto riguarda la seconda domanda il CTU evidenzia come il piccolo JJ presentasse una lesione del plesso brachiale di destra con paralisi C5-C6-C7. I postumi presentati da JJ (cicatrice, limitazione funzionale dell'arto superiore destro) vengono valutati dal CTU, in accordo e con la collaborazione dei due CTP, nella misura del 18 %, inteso come danno biologico; per quanto riguarda il riflesso sulla Capacità reddituale risulta difficile al CTU rispondere con cognizione di causa, non potendo prevedere quale attività andrà ad effettuare il minore; in un'ipotetica attività di tipo intellettuale JJ non sarebbe penalizzato, mentre potrebbe venire condizionato in un'attività prettamente manuale o, ancor di più, in una possibile attività sportiva.

La risposta alla terza domanda è particolarmente difficile; infatti la terapia di una lesione di plesso brachiale deve essere considerata in continua evoluzione in relazione alle scoperte scientifiche (basti pensare alle continue ricerche sulle potenzialità di rigenerazione nervosa, ad esempio con le cellule staminali); tuttavia il CTU, dopo aver visitato JJ e analizzato con attenzione la sua attività motoria, anche attraverso un filmato, esprime la convinzione che, attraverso terapie riabilitative continue, forse JJ non dovrà sottoporsi ad ulteriori atti chirurgici; tali atti, comunque, non sono oggi ipotizzabili. Le terapia mediche e riabilitative che JJ esegue attualmente dovranno invece continuare sicuramente fino ad evoluzione fisica ultimata.

Non è possibile al CTU una risposta certa alla quarta domanda; come già chiarito nella risposta alla domanda precedente, non sono ipotizzabili al momento, interventi chirurgici futuri; appare invece certo che JJ dovrà sottoporsi con costanza a regolari cicli di terapia fisica e riabilitativa; tali trattamenti dovranno proseguire fino allo sviluppo fisico completato e potranno essere eseguiti presso le strutture pubbliche. L'ipotetico costo può essere stabilito in 1000 Euro annuali (ma tale valutazione è puramente ipotetica).

La risposta alla domanda numero cinque deve essere articolata; la lesione presentata da JJ (paralisi ostetrica) non provoca di per se stessa dolore al bambino; invece le terapie (in particolari chirurgiche) cui poi il piccolo è stato sottoposto hanno provocato dolore e sofferenza

assimilabile a quello provato da un adulto sottoposto ad interventi chirurgici.

Più semplice appare rispondere alla domanda numero sei: infatti è intuitivo che JJ, indipendentemente dagli eventuali interventi chirurgici ed anche dalle possibilità terapeutiche che le scoperte scientifiche potrebbero offrirgli, avrà comunque la necessità di sottoporsi costantemente a trattamenti riabilitativi, sia per poter migliorare le proprie condizioni attuali sia per non regredire nelle capacità motorie conquistate.

I genitori di JJ dovranno costantemente prestare un'attenzione particolare allo stato di salute del minore, da una parte stimolandolo a proseguire nelle terapie riabilitative previste, dall'altro a sostenerlo ed aiutarlo nell'impegnativo cammino del portatore di handicap nella vita quotidiana (come con encomiabile impegno stanno facendo!).

Le limitazioni di JJ nella vita quotidiana (domanda numero 8) sono dovute ad un deficit motorio-sensitivo dell'arto superiore destro ed hanno riflessi sia nell'attività ludica che di apprendimento e di socializzazione; quantitativamente tali limitazioni sono state valutate complessivamente nella risposta alla domanda numero due.

Le risposte alle domande numero 9, 10 ed 11 sono nella relazione preparata dal Dottor OO che si allega qui di seguito.

RELAZIONE CLINICA RELATIVA ALLA CONDOTTA OSTETRICA E L'ASSISTENZA AL PARTO DELLA SIG.RA JKK

ERNESTINE ED AL MINORE JJ

con riferimento ai seguenti documenti:

- Cartella clinica policlinico RS di S – U.O. di Ostetricia e Ginecologia – anno 2011, nr. ……
- Cartella clinica policlinico RS di S – U.O. di Neonatologia – anno 2011, nr. …..
- Ecografia ostetrica del 01 04 2011
- Ecografia ostetrica del 22 06 2011
- Ecografia ostetrica del 19 08 2011

La sig.ra JKK , nata in U il 30/06/1980, è stata ricoverata il 02/11/2011 alle 13.38 presso la U.O. di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico RS di S con diagnosi di "oligoamnios in gravida oltre il termine".

La sig.ra JKK di anni 31 è primigravida alla 41° settimana secondo la ridatazione ecografica(ultima mestruazione il 15 / 01/2011; epoca presunta del parto il 22/10/2011; epoca presunta del parto secondo datazione ecografica 26/10/2011).

Dall'esame della documentazione clinica emergono i seguenti dati anamnestici:

Anamnesi familiare positiva per ipertensione.

L'anamnesi patologica generale è negativa.

L'incremento ponderale gravidico è stato di 10 kg(BMI pregravidico: 23.5).

La sig.ra JKK ha eseguito tre ecografie ostetriche:

- Alla 11° settimana: ridatazione ecografica con EPP il 26/10/2011, riscontro di mioma uterino posteriore previo di 4.5 cm;
- Alla 22° settimana : crescita fetale regolare, morfologia fetale regolare sec Linee Guida SIEOG 2010, visualizzato mioma uterino posteriore previo laterale destro del diametro medio di 4 cm.
- Alla 31° settimana : crescita fetale regolare, descritto mioma uterino posteriore previo laterale destra del diametro medio di 4 cm.

I controlli seriologici eseguiti in gravidanza sono risultati nella norma.

La curva glicemica da 75 gr eseguita alla 29° settimana ha presentato l'alterazione del valore a 120 min (161 mg/dL, valore normale < 153). Alla visita ostetrica ambulatoriale alla 32° settimana è stata consigliata dieta da 1700 kcal ed attività fisica. Il controllo della glicemia a digiuno nel primo trimestre ed successivamente alla 36° settimana hanno dato esito regolare.

Il tampone rettale eseguito alla 36° settimana è risultato positivo per streptococco beta emolitico di tipo B.

All'ultimo controllo ostetrico ambulatoriale alla 36° settimana è stato prescritto controllo cardiotocografico alla 41° settimana.

La visita ostetrica all'ingresso è: collo intermedio, parzialmente resistente, lungo 1 cm, dilatazione 2 cm, parte presentata cefalica, livello -3, membrane integre. Bishop 5.

Ecoscopia: BCF presente, PP cefalica, PP cefalica, oligoamnios, placenta normoinserita.

CTG di ingresso (2/11. 11.09-12.13) reattivo, linea di base 140 bpm (battiti per minuto), variabilità regolare, accelerazioni presenti, decelerazioni assenti, dinamica uterina presente non percepita come dolorosa dalla paziente.

PA 120/60, apiretica.

Agli esami ematochimici di ingresso: emoglobina 12.9 g/dl, globuli bianchi 4.42 E+09/L, ECG nella norma.

In considerazione dell'oligoamnios viene previsto avvio dell'induzione di travaglio con prepidil e viene formalizzato il consenso informato.

Alle ore 16.15 visita ostetrica:collo intermedio parzialmente resistente, lungo 1 cm dilatazione di 2 cm, parte presentata cefalica , livello – 2 , membrane integre. Bishop 6. Si procede ad induzione medica del travaglio con applicazione endovaginale di prepidil 1 mg.

CTG dalle ore 15.12 alle ore 16.47: reattivo, linea di base 135 bpm, variabilità regolare , accelerazioni presenti, decelerazioni assenti; dinamica uterina presente irregolare.

Alle ore 21.41 posizionato CTG per monitoraggio induzione.

Alle ore 22.30 visita ostetrica: bishop 7.

Alle ore 00.10 CTG in corso, la paziente viene trasferita in sala parto per CTG non rassicurante. Il CTG alla valutazione medica in sala parto è stato definito reattivo.

Alle ore 00.45 visita ostetrica: collo raccorciato 80% dilatato di 4 cm, rexi con scolo di liquido amniotico M1. CTG in continua che viene mantenuto fino al parto. Viene posta diagnosi di travaglio di parto con inizio del partogramma.

Viene eseguita la profilassi antibiotica per SGB. Sul partogramma sono riportate 4 successive visite ostetriche.

Alle ore 02.45 la visita ostetrica rileva una dilatazione di 7 cm.

Alle ore 04.45 la visita ostetrica rileva una dilatazione di 8 cm.

Alle ore 04.50 viene iniziata l'infusione di ossitocina (10 gocce/min).

Alle ore 05.45 la visita ostetrica rileva dilatazione completa e viene definito l'inizio del periodo espulsivo.

Il CTG viene regolarmente visionato dal medico e valutato nella norma per tutta la fase dilatante alle ore 05.50 poco dopo l'inizio della fase espulsiva, il CTG viene valutato di allarme in riscontro di decelerazioni tardive e si procede a parto operativo vaginale con ventosa ostetrica kiwi. Vengono eseguite due trazioni e due manovre di Kristeller e praticata episiotomia.

Alle ore 06.05 è nato JJ, neonato di sesso maschile, del peso di 4900 gr, indice di APgar 6 al 1° minuto e 6 al

5° minuto, Ph cordonale arterioso 7.17, BE -6.5. Alla nascita ha presentato un regolare adattamento alla vita extra uterina. Placenta e funicolo sono stati descritti con caratteristiche regolari.

La perdita ematica post partum è stata stimata in 900 ml.

Il neonato ha eseguito visita fisiatrica per sospetta lesione del plesso brachiale.

L'Rx della clavicola destra non ha evidenziato lesioni traumatiche.

L'ecografia cerebrale eseguita in seconda giornata di vita ha avuto esito regolare.

Il neonato è stato preso in carico per trattamento riabilitativo neuromotorio, ha eseguito rivalutazioni fisiatriche e valutazione neurochirurgica e successivo intervento di necrotizzazione extraplessuale XI nervo soprascapolare e release del pettorale.

CONSIDERAZIONI:

Il travaglio della paziente è stato indotto in considerazione della diagnosi di oligoamnios in gravidanza oltre il termine. Tale diagnosi rappresenta correttamente un'indicazione all'induzione al travaglio che è insorto dopo la somministrazione di una singola dose di prepidil 1 mg.

La tempistica di insorgenza del travaglio dopo induzione medica non è stata assolutamente prolungata, risulta opportuno ricordare che nella pratica clinica l'induzione al travaglio prevede se necessario la somministrazione di prostaglandine per un lasso di tempo di almeno 24 ore. In questo caso è stata posta diagnosi di

travaglio dopo 8 ore e 30 minuti dall'avvio dell'induzione (somministrazione di prepidil, ciò a conferma della pronta risposta dell'organismo materno alla stimolazione.

E' stato correttamente eseguito monitoraggio ecotocografico del benessere fetale all'ingresso, in concomitanza alla somministrazione di prepidil ed in previsione della rivalutazione successiva per l'eventuale seconda somministrazione che poi non si è resa necessaria. Il CTG alla valutazione medica all'accettazione, durante l'induzione e durante la fase dilatante è sempre risultato rassicurante.

In merito alla diagnosi di diabete gestazione la nella letteratura internazionale i criteri diagnostici sono discordanti. L'International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group nel 2010 ha definito quale esame diagnostico per diabete gestazionale la curva glicemica da 75 gr (cut off 0:92. 60:180 mg/dL e 120':153 mg/dL). L'introduzione di tale criterio ha determinato rispetto al precedente, un ampliamento della popolazione di gravide con diagnosi di diabete gestazionale. L'American Association (le cui indicazioni sono state riprese dall'American College Obstetrician Gynecologist, ACOG)ha invece mantenuti le precedenti indicazioni: minicurva da carico di glucosio da 50 gr come esame di screening ed eventuale successiva curva da carico glicemica da 100 gr come esame diagnostico. Le argomentazioni in favore di tale scelta sono che i più ampi criteri diagnostici dell' International Association of Diabetes

and Pregnancy Study Group determina l'inclusione della popolazione di gravide con diagnosi di diabete gestazionale di una sottopopolazione di gravide a basso rischio di complicazioni da diabete gestazionale e con modesto beneficio derivante dagli interventi terapeutici.

Gli elementi in possesso del medico di guardia di accettazione quali l'ecografia eseguita alla 31° settimana che deponeva per un accrescimento fetale nei limiti della norma ed il regolare incremento ponderale gravidico materno, non deponevano per un alterato compenso glicemico. La paziente aveva peraltro seguito una specifica dieta.

La valutazione della regolare progressione del travaglio attivo in fase dilatante viene eseguita in condizioni di fisiologia con visite ostetriche ogni 2 ore e viene considerata regolare una progressione di 2 cm/2 ore, fino alla dilatazione completa di 10 cm.

Si considera fisiologica una durata della fase espulsiva in una primi gravida fino a due ore. La fase dilatante nel caso in questione ha avuto un'evoluzione regolare con una progressione di circa 2 cm / 2 ore con un lieve rallentamento tra le ore 02.45 e le 04.45, alle 4.50 è stata quindi iniziata l'infusione di ossitocina. La durata complessiva della fase dilatante è stata di 5 ore che è ampiamente nella norma per il travaglio di una primi gravida.

La decisione di ricorrere ad un parto operativo vaginale è stata dettata dalla valutazione cardiotocografica sospetta per stato fetale

non rassicurante e non da un prolungamento/distocia della fase espulsiva che ha avuto complessivamente una durata di 20 minuti che risulta ampiamente entro il limite dei 120 minuti dettato dalle linee guida.

Risulta quindi evidente che il travaglio della paziente ha avuto un decorso ed una tempistica regolare e non ha mai presentato distocia in nessuna fase.

Non ci sono quindi elementi concreti effettivi per poter presupporre una distocia da macrosomia diabetica.

Il parto operativo vaginale nella descrizione è stato eseguito con procedura consueta. Nella descrizione presente in cartella clinica non risulta cenno relativo all'evenienza di una distocia di spalla.

Non c'è quindi nessun presupposto per ipotizzare manovre o trazioni anomale sul feto secondarie ad un evento del quale non esiste nessun riscontro che si sia mai verificato.

In data 21.10.2014 si è tenuto un incontro a cui erano presenti la paziente, il marito, i periti prof. LL e dott. QQ in cui è stato chiesto il racconto relativo al parto e si è presa visione della documentazione relativa alla gravidanza da cui risulta come dato aggiuntivo l'anamnesi familiare positiva per diabete.

La paziente ricorda l'esecuzione della manovra di Kristeller ma non ha ulteriori specifici ricordi relativi a manovre eseguite durante la fase del disimpegno del feto. Ricorda inoltre la presenza di operatori

tra cui il medico strutturato e medico specializzando che ha operato solo sotto la supervisione del medico strutturato.

Riferisce di aver eseguito curva da carico glicemica due mesi dopo il parto con esito normale.

Riferisce una successiva gravidanza durante la quale ha eseguito curva di carico glicemico da 75 gr con esito nella norma e parto vaginale a termine senza complicazioni con nascita di neonato di 3900 gr. In tale gravidanza riferisce di non aver eseguito dieta.

Per quanto riguarda la presenza del fibroma uterino segnalato al controllo ecografico della 31° settimana è stato descritto in posizione intramurale posteriore corporale destro e la sua dimensione era risultata stabile dall'11° settimana. Non esiste nessun presupposto scientifico per ipotizzare un aumento di volume successivo e sia la dimensione che la sede non rappresentano come nei fatti è stato una causa di distocia.

In merito alla paralisi del plesso brachiale neonatale si tratta di una evenienza rara.

Complessivamente è descritta una incidenza di 1.5 / 1000 parti. Nello specifico viene riportata nell'ambito dei nati da parto complicato con distocia di spalla un'incidenza di 1-17% della forma transitoria e dello 0.5-1.6% della forma permanente.

Nell'ambito dei nati da parto non distocico è rilevata un'incidenza dello 0.9%. Sono descritti casi di paralisi del plesso brachiale neonatale anche tra i nati da parto cesareo nello 0.03-0.15% dei casi.

Nella letteratura scientifica emergono numerosi fattori di rischio per paralisi del plesso brachiale tra i quali risulta significativo la distocia di spalla.

Casi di paralisi del plesso brachiale neonatale si verificano comunque anche in assenza di fattori di rischio. La stessa attività contrattile uterina e le spinte materne possono infatti essere responsabili di alcuni casi di paralisi del plesso brachiale neonatale.

Il riscontro di paralisi del plesso brachiale neonatale non può essere ricondotto in modo esclusivo ad un'eccessiva trazione esercitata da parte dell'operatore ostetrico al momento del parto e va invece interpretato come un evento complesso ad eziologia multifattoriale dovuto a fattori intrapartum ma anche riconducibili ad eventi intercorsi durante la gravidanza (malposizione fetale, malformazioni uterine).

Nel caso in questione non c'è evidenza che si sia verificata una distocia di spalla e non c'è nessun dato che permette di poter affermare che l'operatore abbia esercitato trazioni anomale durante la fase di disimpegno.

In conclusione: alla luce di queste considerazioni si può concludere che la decisione e le modalità di induzione del travaglio / parto della sig.ra JKKè stata in linea con indicazioni delle linee guida e la, condotta degli operatori è stata adeguata alle norme di buona pratica clinica. Non si ritiene che vi siano state

azioni od omissioni che presentano un rapporto di causalità con l'esito postnatale evidenziato.

CONCLUSIONI

Da tutto quanto sopra esposto ritengo di poter rispondere ai quesiti postimi dall'Ill.mo Signor Magistrato nei seguenti termini:

1) JJ è un bambino globalmente sano; presenta i postumi di una paralisi di plesso (C5-C6-C7) dell'arto superiore destro che è stata opportunamente trattata sia con interventi chirurgici sia con costanti trattamenti riabilitativi.
2) Il bambino presenta i postumi di una paralisi di plesso dell'arto superiore destro; tali postumi sono valutati dal CTU nella misura del 18 % inteso come danno biologico; in questo momento non è ipotizzabile il riflesso sull'attività reddituale futura.
3) Non sono ipotizzabili interventi chirurgici, anche se tale eventualità potrebbe presentarsi; i trattamenti riabilitativi sono invece previsti e ritenuti necessari.
4) Gli eventuali interventi chirurgici, oggi difficilmente ipotizzabili, sarebbero a cura del Servizio Sanitario Nazionale e quindi non vi sarebbero costi a carico della famiglia; non sono pertanto calcolabili le eventuali incapacità del minore ad attendere alle sua normali attività.
5) La lesione presentata da JJ (paralisi ostetrica) non provoca di per se stessa dolore al bambino; invece le terapie, in particolare chirurgiche) cui poi il piccolo è stato sottoposto

hanno provocato dolore e sofferenza assimilabile a quello provato da un adulto sottoposto ad interventi chirurgici.

6) JJ ha bisogno di ripetuti cicli di terapia riabilitativa nel corso della sua vita, sicuramente fino al termine della crescita.

7) I genitori del bambino devono porre particolare attenzione alle condizioni di JJ e valutare ogni minima variazione dello stato clinico e funzionale del suo arto superiore destro; va peraltro segnalato che i genitori di JJ sono stati assolutamente attenti e presenti nel seguire il bambino e nel cercare di risolvere il problema presentato da JJ.

8) Il CTU non ipotizza limitazioni all'attività ludica, di apprendimento o di socializzazione di JJ dovuta alla lesione di plesso.

9) Le pratiche mediche conosciute sono state seguite e rispettate da parte degli operatori, che hanno agito con perizia, prudenza e diligenza.

10) Il quadro clinico della partoriente non manifestava particolari problematiche.

11) La lesione non è determinata dalla condotta dei sanitari intervenuti negli eventi

Porge distinti saluti

Dottor DD Dottor OO

N, 19-9-2015