



Analisi motivazioni sentenza emessa dalla Corte d'Appello di Messina seconda sezione penale in data 3 settembre 2024 N. 6553/16 R.G.N.R. N. 804/2023 R.G.A.

Premessa	2
Parto cesareo di urgenza: motivazioni sentenza	10
Parto cesareo d'urgenza: linee guida.....	13
Nalador: motivazioni sentenza	15
Nalador Linee Guida.....	17
Monitoraggio: motivazioni sentenza	18
Monitoraggio: perizia	20
Monitoraggio: linee guida.....	20
Bakri Ballon: motivazioni sentenza.....	23
Bakri Ballon: linee guida e fonti comunità scientifica	25
Bakri Ballon: Perizia di Appello	31
Attendismo: motivazioni sentenza	34
Attendismo: perizia	36
Attendismo: linee guida	37
Attendismo: Sentenza n.18347/2021	39
Quando inizia l'emorragia? Si è mai arrestata? Ci sono state due emorragie?	41
Perché muore Lavinia: motivazioni sentenza.....	44
Perché muove Lavinia: perizia di appello.....	48
Ulteriori elementi da considerare	49
Insorgenza dell'emorragia	49
Isterectomia.....	51
Consenso informato	53
Legge Balduzzi, legge Gelli Bianco e Setenza Cazzazione 42270/2017	55
Prescrizione 10 anni?.....	56
Imputati e reati	57
Triolo Onofrio.....	57
Denaro Antonio.....	58
Tomasella Quattrocchi	59



Palmara Vittorio	59
Granese Roberta	60
Pasquale Vazzana	61
Rosario D'Anna	61
Russo Lacerna Angelina	62
Serafina Villari	63
Maria Grazia Pecoraro	63
Ricorso in cassazione: un suggerimento per il PG.....	64

04/10/2024 versione documento 1.3

Premessa

Abbiamo letto le motivazioni e quanto emerge è descritto in un lungo documento che è una utile guida per impugnare una sentenza che definiamo da subito inaccettabile. Il documento è stato redatto in pochi giorni, l'urgenza nella pubblicazione potrebbe avere causato inesattezze o errori tipografici che saranno revisionati nei giorni successivi. Le nuove versioni saranno disponibili allo stesso link.

Sembra incredibile ma non siamo ancora stati informati sulla prescrizione quindi ragioneremo come se si potesse impugnare la sentenza e ricorrere alla cassazione. Solo il Procuratore Generale ha il potere di procedere all'impugnazione della sentenza, e temiamo che potrebbe decidere di non farlo. Nutriamo delle preoccupazioni sul fatto che il suo approccio possa non rispecchiare pienamente le nostre aspettative riguardo alla ricerca della verità e alla rappresentanza dell'accusa. Ora è importante condividere questo appello; vi invitiamo a farlo tutti. Successivamente, potrete leggere il documento allegato ed esprimere le vostre opinioni, ma per ora la condivisione è essenziale.

Sappiamo che le motivazioni che portano all'illogica assoluzione degli imputati si basano su due pilastri fondamentali:

-La perizia di appello

-Le linee guida, le AOGOI per quelle a cui si fa riferimento maggiormente



Analizzando le motivazioni abbiamo seguito un approccio molto semplice, e dimostrato che entrano in contraddizione con la perizia di appello e le linee guida. Riteniamo che la sentenza presenti delle incongruenze che sollevano serie preoccupazioni sulla gestione del caso, aggiungendosi alle questioni sanitarie già note.

Abbiamo capito che la sentenza assolve gli imputati basandosi una libera deduzione:

- la sentenza ha assolto gli imputati perché il loro comportamento, pur potendo essere migliorato, non ha superato la soglia della **colpa grave**, e gli interventi adottati erano in linea con le pratiche mediche dell'epoca

Questa, che per noi è una ipotesi non dimostrata, viene rafforzata da quella risposta dei periti di appello:

“Stante, comunque, la non semplice gestione di una criticità come quella di un caso di atonia uterina, le tempistiche richieste per le prestazioni sanitarie necessarie, nonché la difficoltà correlata al fatto che gli eventi si svolgevano senza il supporto pieno del laboratorio centrale del Policlinico, non è possibile ravvedere, nell’operato degli imputati sopra menzionati, elementi di colpa grave.”

Abbiamo già dimostrato che non sono le tempistiche, perché hanno avuto 10 ore, e non sono le difficoltà di gestione, perché è il caso di EPP più diffuso, documentato e con i presidi sanitari più efficaci, giustificazioni corrette o semplicemente vere. Riteniamo che la giustificazione fornita non rispecchi la realtà dei fatti e non sia coerente con i dati oggettivi, risulta efficace invece per poter associare la colpa lieve ad un caso del genere. Abbiamo anche dimostrato varie volte che questo è un caso da manuale di colpa grave (diagnosi certa, linee guida chiare e presidi sanitari disponibili ed applicabili), peraltro all'interno di un ospedale con tutti il personale teoricamente disponibile.

Ci viene in mente la conclusione di Chiantera e Spagnolo durante il processo per le indagini preliminari che non bastò a scagionare gli imputati:

“In ogni caso, stante la causa della morte della donna che è correlabile alla intervenuta CID, la cui epoca di insorgenza non può essere, tuttavia, stabilita con certezza, in relazione alla mancanza dei sopra citati esami di laboratorio, non è possibile - per questi consulenti - affermare, con elevato grado di probabilità” prossimo alla certezza, se un diverso - in relazione alle ipotesi di



censurabilità enunciate in precedenza - trattamento avrebbe consentito di impedire il verificarsi della morte della Marano.”

Queste assurdità le abbiamo smentite noi e le hanno smentite anche i periti di Appello che confermano che non c'era una CID in corso e che Lavinia si poteva salvare se i medici avessero operato in modo differente:

“Fatta questa premessa, in accordo con i CCTT del PM, quando discutono della insorgenza della CID, rileviamo la assenza di fattori scatenanti tale sindrome”

“Una condotta prudente avrebbe consentito, ancora a quel punto, di giungere ad un intervento salva-vita, ovvero alla isterectomia, tempestivamente, con ottime possibilità di arrestare il sanguinamento e di salvare la vita della paziente.”

“E' invece da sottolineare ancora come si sarebbe dovuti giungere ad un intervento risolutivo ben prima, ... al termine dell'intervento di apposizione di Bakri balloon, ... con ottime possibilità di positivo outcome(risultato). In termini controfattuali, il comportamento atteso avrebbe previsto il tempestivo ricorso a legature vascolari dell'utero o ad una isterectomia.”

L'approccio adottato dai giudici appare non ponderato e potenzialmente carente di un'adeguata considerazione delle circostanze.

I giudici di appello, quindi, deducono liberamente che gli imputati hanno seguito le linee guida; lo possiamo dire con certezza perché che gli imputati abbiamo seguito le linee guida non si trova traccia nei fatti, nelle linee guida e nella perizia di appello, a parte quella deplorabile frase finale.

Prima di iniziare, riflettiamo bene su alcune punti cruciali:

Lavinia non muore di morte improvvisa, per un evento ineluttabile o in mezzo ad un deserto, muore in 10 ore accanto ad una sala operatoria nel più grande ospedale di una città di 250.000 persone in Italia. Muore per emorragia post partum da atonia uterina che tutti gli imputati hanno confermato fosse certa quasi al 100%; la prima causa di EPP è l'atonia uterina.

Leggiamo i dati dell'istituto superiore della sanità in merito all'EPP:

“Per quanto riguarda la mortalità per EPP specificamente, solo una piccola percentuale di questi risulta fatale, grazie all'efficacia degli interventi tempestivi.”



Essendo l'atonia uterina la prima causa di EPP, esistono presidi e procedure che se adottate non possono mai portare alla morte della madre.

Quindi, se tutti hanno fatto il loro dovere e seguito le linee guida com'è morta Lavinia?

La perizia di appello ci dice che la causa è dovuta all'operato dei medici:

“Dunque, appaiono censurabili, per imprudenza, le condotte sopra esposte, poste in essere dal Prof Triolo e dai Dottori Denaro, Palmara e Granese e tali condotte devono essere poste in nesso di causalità con il decesso della Signora Lavinia Marano.”

E noi dimostriamo oggi ancora una volta, e riferendoci solo ed esclusivamente alla perizia di appello, alle linee guida e alle motivazioni della sentenza di appello, che questo è dovuto alla mancata applicazione delle linee guida.

Nel nostro caso, nel caso di Lavinia non è successo nulla di anomalo o differente da ciò che ci si attende da una EPP da atonia uterina, è quindi naturale attendersi che se la madre muore è perché i medici non hanno seguito le linee guida nel migliore dei casi, o perché sono dei criminali perché il sangue colava dal letto, perché posizioni un presidio inutile (Bakri Ballon) te ne vai via *“tornando apparentemente ciascuno ad altre occupazioni, senza avere prima istituito un regime di monitoraggio ostetrico-ginecologico sufficiente”* (rif perizia di Appello), perché fai una isterectomia ad una persona deceduta o quasi, perché menti subito dopo in modo grottesco dicendo che le hai salvato le ovaie avendo assistito poco prima a sette e più arresti cardiaci.

Così si applicano le linee guida? È questo che si insegna all'università? È questo il messaggio che vogliamo dare ai medici o sanitari incapaci? Comportatevi così, non temete, anche se uccidete qualcuno, non avrete alcuna conseguenza.

Lavinia è stata uccisa a causa di una gestione gravemente inappropriata, che ha portato a conseguenze tragiche con una plateale mancata applicazione non solo delle linee guida ma delle minime accortezze logiche. Qui parliamo di medici con decine di anni di esperienza.

A questo si aggiunge il disinteresse, il cinismo e la superficialità di chi abbandona Lavinia mentre le linee guida impongono un presidio costante sul lettino operatorio pronti per l'isterectomia se i presidi precedenti (ballon) non funzionano, lasciando in ospedale una persona incapace di operare, la



Granese, che infatti richiamerà il primario con inconcepibile e ingiustificabile tempo prezioso perso:

Nelle **linee guida AOGOI sull'emorragia post-partum**, è esplicitamente indicato che l'**isterectomia post-partum** rappresenta una misura salva-vita in caso di **emorragia post-partum (EPP)** se il **Bakri Balloon** o altre tecniche conservative non risultano efficaci nel fermare l'emorragia, bisogna essere pronti a intervenire con un'isterectomia d'urgenza. La gestione raccomanda la formazione di uno staff multidisciplinare, composto da ginecologi esperti, anestesisti, personale della sala operatoria e dell'unità di terapia intensiva invece Lavinia era sola o quasi perché i medici la abbandonavano *“tornando apparentemente ciascuno ad altre occupazioni, senza avere prima istituito un regime di monitoraggio ostetrico-ginecologico sufficiente”* (rif perizia di Appello),

È superfluo dire che i tempi di intervento sono fondamentali, la prontezza e l'efficacia degli interventi salvano vite o le terminano. Ogni medico interpellato si è detto profondamente sconcertato dall'operato degli imputati, e alcuni ci hanno persino confidato in privato il loro disgusto. È sorprendente che un caso così evidente, al di là di ogni ragionevole dubbio, abbia incontrato una tale interpretazione giudiziaria.

Dalla perizia di appello:

-“giungere alla isterectomia troppo tardi pregiudica definitivamente l'outcome per la paziente.”

-“ Si deve invece ritenere censurabile, per imprudenza, la condotta professionale della Dott.ssa Granese, che, durante il periodo successivo alle ore 22:45 aveva certamente la responsabilità della gestione della paziente e che non attuava una sorveglianza attiva come richiesto da protocollo, determinando la perdita di tempo prezioso. Una condotta prudente avrebbe consentito, ancora a quel punto, di giungere ad un intervento salva-vita, ovvero alla isterectomia, tempestivamente, con ottime possibilità di arrestare il sanguinamento e di salvare la vita della paziente.”

-“ E' invece da sottolineare ancora come si sarebbe dovuti giungere ad un intervento risolutivo ben prima, quando, soprattutto in esito alle buone condizioni cliniche presentate dalla Marano (Aldrete 10) al termine dell'intervento di apposizione di Bakri balloon, che tuttavia, ricordiamo, non aveva arrestato il sanguinamento, captando tempestivamente il fallimento



degli interventi precedentemente posti in essere, la paziente avrebbe potuto affrontare un nuovo step interventistico con ottime possibilità di positivo outcome. In termini controfattuali, il comportamento atteso avrebbe previsto il tempestivo ricorso a legature vascolari dell'utero o ad una isterectomia."

Come i giudici abbiamo potuto dimostrare che gli imputati abbiano seguito le linee guida è sconcertante, e infatti non lo hanno fatto e noi descriviamo in dettaglio il perché.

Prima di lasciarvi ai dettagli, possiamo sicuramente affermare che si tratta di una sentenza parziale, non oggettiva, totalmente sbilanciata sulle assurde posizioni degli imputati, in totale contraddizione con le conclusioni dei giudici per le indagini preliminari e di primo grado; la sentenza appare sorprendentemente allineata alle difese degli imputati, sollevando dubbi sulla corretta valutazione dei fatti da parte dei giudici di appello.

Al seguente link potrete scaricare il documento di analisi completa che mette in evidenza tutte le contraddizioni di una sentenza contraddittoria e inaccettabile per noi e per le istituzioni, che perdono irrimediabilmente ogni credibilità residua.

Prima di continuare di seguito proponiamo un parere di un esperto, diverso dai consulenti delle parti civili fino adesso interpellati, che ci ha fornito una breve sintesi di ciò che pensa della nostra analisi. Per ragioni di riservatezza, il soggetto rimarrà anonimo. Riteniamo opportuno che solo le sue riflessioni critiche su questo caso siano esposte mediaticamente, così da mantenere un approccio sereno e indipendente, senza influenze o pressioni esterne:

Nel rileggere attentamente le motivazioni della sentenza d'appello, non si può fare a meno di constatare una profonda dissonanza tra le conclusioni cui essa giunge e i fatti accertati. Le perizie, le linee guida e i principi consolidati di gestione delle emergenze ostetriche sembrano esser stati ignorati o, quantomeno, ridimensionati per giustificare un'assoluzione che appare, francamente, incomprensibile.

È necessario partire da un punto fermo: la perizia di appello. Essa non lascia spazio a interpretazioni ambigue. Le condotte omissive e imprudenti dei medici coinvolti nel caso della signora Lavinia Marano sono descritte in modo puntuale e preciso. Non è il caso di indulgere in giri di parole: queste condotte si discostano in maniera marcata dalle linee guida internazionali, e non possono essere coperte da alcuna giustificazione di "colpa lieve". La



morte della paziente è avvenuta a causa di una sequenza di errori evitabili, di decisioni tardive e di un'assenza di monitoraggio adeguato che non possono in alcun modo essere ridotti a semplici sviste o trascuratezze lievi.

L'uso del Bakri Balloon: un intervento di facciata?

La gestione dell'emorragia post partum attraverso l'impiego del Bakri Balloon, secondo quanto emerge dalle motivazioni della sentenza, rappresenta un punto di non ritorno. Il presidio, utilizzato in contesti di emergenza per fermare il sanguinamento, doveva essere monitorato con la massima attenzione. Eppure, ciò che risulta è una gestione che sfiora l'improvvisazione. Le linee guida sono chiare: l'efficacia del pallone emostatico deve essere verificata immediatamente e, qualora non si ottenga un arresto del sanguinamento, si deve procedere con interventi chirurgici più drastici, come l'isterectomia. L'idea stessa che si possa inserire un tampone vaginale che impedisca la valutazione del dispositivo appare non solo inappropriata, ma incomprensibile.

Qui, però, non ci si limita a un errore tecnico. Il problema risiede nella mancanza di urgenza, in quel ritardo inspiegabile che trasforma una situazione gestibile in una tragedia. Gli stessi periti lo affermano chiaramente: il ritardo nel riconoscere l'inefficacia del Bakri Balloon ha compromesso la possibilità di salvare la paziente. È un fatto indiscutibile che la tempestività è cruciale nella gestione dell'emorragia post partum. Eppure, tale principio è stato completamente ignorato.

Monitoraggio assente o insufficiente

Non meno grave è la questione del monitoraggio. Si è voluto far passare l'idea che la paziente fosse sotto un controllo costante e adeguato. Eppure questo monitoraggio fosse stato realmente eseguito secondo le procedure standardizzate, l'esito sarebbe stato molto diverso. La verità, per quanto amara, è che il monitoraggio, nei momenti cruciali, semplicemente non c'è stato o, se c'è stato, è stato del tutto inadeguato.

Le linee guida sono categoriche su questo punto: una paziente a rischio di emorragia post partum, in particolare dopo un intervento con Bakri Balloon, richiede un controllo clinico continuo e sistematico. Non basta una semplice osservazione visiva o il rilevamento sporadico dei parametri vitali. Ogni segnale doveva essere colto con solerzia, soprattutto alla luce delle condizioni critiche in cui versava la signora Marano. Che un'ostetrica abbia



notato il sanguinamento osservando le lenzuola è una circostanza che non posso evitare di definire imbarazzante per la struttura sanitaria e per coloro che avevano in cura la paziente. Un'emorragia così imponente, visibile solo quando il letto era ormai impregnato di sangue, segna il punto di rottura di qualsiasi pretesa di adeguatezza nella gestione del caso.

Il ritardo nell'intervento chirurgico: un errore fatale

Non vi è dubbio che il ritardo nel procedere con l'intervento chirurgico, già dopo aver constatato il fallimento del Bakri Balloon, sia stato l'errore fatale. È ben noto, e qui si torna alle basi della medicina d'emergenza, che l'emorragia post partum è una condizione tempo-dipendente. Ogni minuto conta, ogni secondo può fare la differenza tra la vita e la morte. Eppure, nonostante fosse evidente che il sanguinamento non fosse stato arrestato, non si è agito con la tempestività richiesta.

La decisione di aspettare l'arrivo del primario, la titubanza nel procedere con un'isterectomia salvavita, e l'insensata speranza che la situazione potesse migliorare da sola, rappresentano un disprezzo per i protocolli medici. Questi non sono margini di discrezionalità su cui il medico può improvvisare; sono precetti obbligatori che devono essere seguiti senza esitazioni.

La questione della colpa lieve

E infine, il nodo della colpa. In tutta questa vicenda, la decisione di attribuire una responsabilità per "colpa lieve" mi lascia turbato. Le linee guida, lo ribadisco, erano chiare. La paziente è stata abbandonata a sé stessa in un momento in cui la vigilanza medica doveva essere massima. Si è preferito attendere, tergiversare, agire con lentezza laddove era richiesta urgenza. Questo non è un caso di colpa lieve, bensì un caso di grave imprudenza, e qualsiasi altra qualificazione non fa che offendere il buon senso e l'esperienza.

Concludendo, questa sentenza riflette un'interpretazione che, a mio avviso, sfugge alla realtà dei fatti e delle responsabilità accertate. Il sistema giuridico ha il compito di valutare le condotte mediche con il rigore dovuto, senza lasciarsi influenzare da tentativi di giustificazione che non trovano riscontro né nella scienza né nel buon operato.

Lavinia entra sanissima in ospedale dopo una gravidanza senza alcun problema. I sanitari sono al corrente che dopo il cesareo interverrà un'emorragia; quindi, con le loro azioni provocano l'emorragia, non la



gestiscono per dieci ore, alcuni vanno a casa, altri presenti attendono e non fanno nulla, tutti provocano la morte di Lavinia. Le condotte dei diversi soggetti coinvolti, sia a livello collettivo che individuale, contribuiscono all'esito finale, come emerge dalle evidenze del caso.

Ricordiamo che esiste il concetto di **reato plurisoggettivo** o **reato collettivo**, in cui più persone cooperano volontariamente o con negligenza nel causare un evento dannoso. Questo può applicarsi anche nel contesto di responsabilità sanitaria. In questi casi, **tutti i soggetti coinvolti** vengono ritenuti corresponsabili, sia come **concorrenti nel reato** (art. 110 c.p.). Se si accerta, e si è accertato, che ciascun sanitario ha contribuito, con una condotta attiva o omissiva, al verificarsi dell'evento, tutti possono essere ritenuti responsabili in concorso.

Analizzeremo ora le motivazioni della sentenza di appello per capitoli in un documento che inclusa la premessa consta di molte pagine, un'analisi dettagliata con il supporto della documentazione ufficiale e delle linee guida. Ogni capitolo indicherà prima le motivazioni con alcuni commenti, seguendo con un'analisi più approfondita attingendo dalla perizia di appello, le linee guida o entrambe le fonti in sotto paragrafi dedicati. Al termine una sintesi delle responsabilità per ogni imputato e infine una bozza di ricorso in cassazione che rappresenta un suggerimento al Procuratore Generale.

Parto cesareo di urgenza: motivazioni sentenza

Come leggeremo a breve, i giudici si concentrano sul ruolo dei sanitari nel decidere di eseguire un cesareo d'urgenza dopo 56 ore di stimolazioni, su richiesta della paziente, nonostante non ci fossero indicazioni mediche specifiche per un'emergenza. La decisione di eseguire il cesareo ha esposto la paziente a un alto rischio di atonia uterina, un fattore chiave nell'emorragia post-partum (EPP).

Punti chiave delle critiche che analizzeremo in maggiore dettaglio nei paragrafi seguenti relativi a questo capitolo:

1. **Assenza di segni di sofferenza fetale:** Non vi era alcuna prova di sofferenza fetale per giustificare il cesareo.
2. **Certezza di atonia uterina:** La lunga stimolazione dell'utero, unita ai fattori predisponenti della paziente, aumentava il rischio di atonia fino a



quasi la certezza che si verificherà, ma questo rischio non è stato adeguatamente considerato.

3. **Tempistica non rispettata:** Il cesareo è stato eseguito prima del periodo consigliato dopo la stimolazione, senza una chiara valutazione del rischio. A nulla servono le giustificazioni sull'ora in meno o in più.
4. **Mancata somministrazione tempestiva di Nalador:** Le linee guida sono chiare e suggerivano il suo utilizzo per prevenire l'atonia, ma non è stato somministrato subito.
5. **Urgenza non giustificata:** Non è mai stata chiarita la vera ragione per cui il cesareo è stato considerato "di urgenza".
6. **Decisione medica:** La decisione di procedere al cesareo non spetta alla paziente, ma al medico; il desiderio della paziente, menzionato nella sentenza, non ha rilevanza clinica nella valutazione di rischio.

Leggiamo quanto riportato nelle motivazioni:

“Con riferimento agli imputati Denaro e Quattrocchi che hanno operato il successivo di parto cesareo, deve essere evidenziato che i consulenti del PM hanno rammentato che la stimolazione era avvenuta secondo la prassi comunemente accettata ma che essa era stata interrotta su richiesta della paziente nel momento in cui anche la stimolazione da “Prepedil gel” era risultata inefficace e, sebbene fosse stata proposta alla Marano una seconda stimolazione con quest’ultimo metodo, la donna aveva rifiutato, chiedendo, invece, di essere sottoposta a taglio cesareo. Tale operazione chirurgica, considerato che l’attività contrattile dell’utero della paziente era stata stimolata per oltre 56 ore, la esponeva ad alto rischio di atonia uterina post-partum, perché probabilmente si era esaurita la capacità contrattile dell’utero stesso. Alle ore 17,41 del 21.9.2016, tuttavia, previa sottoscrizione del consenso, era eseguito il taglio cesareo. L’operazione chirurgica era condotta secondo i consueti schemi e nessun consulente, rispetto ad essa, ha evidenziato elementi di criticità.

...Quanto a Denaro, la decisione del primo giudice di ritenerlo responsabile penalmente della scelta di praticare il cesareo sembra fondata principalmente sulle osservazioni del perito del consulente della parte civile Iaccarino Mariano, il quale evidenziava che il caso non presentava alcuna indicazione per l'esecuzione del parto cesareo d'urgenza, poiché la gravidanza non era a termine e non era stato rilevato alcun segno di sofferenza fetale, non



essendosi verificata neppure la rottura delle membrane. La paziente non era ipertesa, né diabetica e neppure era stata fatta una diagnosi di gestosi. Anche se la paziente era stanca di avere contrazioni senza essersi dilatata ed aveva manifestato al dott. Denaro la volontà di partorire con parto cesareo, il sanitario avrebbe dovuto avvisarla dei rischi di un parto cesareo eseguito a ridosso della stimolazione prolungata, dopo circa 56 h di attività contrattile uterina, considerata la sua età, la presenza di un utero fibromatoso, senza peraltro che vi fossero indicazioni mediche per il cesareo in urgenza. Sarebbe stata opportuna, secondo il predetto consulente, prima di procedere col cesareo, un'attesa di almeno 12 h, somministrando nelle more alla paziente del glucosio, facendo sì che l'utero assumesse tono e quindi contrattilità, ciò al fine di evitare una prevedibile atonia. Anche secondo questo consulente, avuto riguardo ai forti rischi di atonia uterina, in aggiunta agli uterotonici prescritti, andava somministrato sin da subito il Nalador, quale uterotonico aggiuntivo, farmaco che, facendo contrarre l'utero, avrebbe sicuramente agevolato l'emostasi meccanica. La circostanza che il parto cesareo sia stato effettuato troppo a ridosso della stimolazione dell'attività contrattile dell'utero, per le stesse ragioni, era criticata anche dai consulenti del PM (pag. 84 della relazione), proprio perché esponeva la paziente a rischio di atonia uterina, che è una delle prime cause dell'emorragia post partum (EPP).

La Corte deve rilevare, però, che le valutazioni riguardanti le controindicazioni al parto cesareo prima che non sia decorso un certo tempo dalla stimolazione, non risultano sufficientemente specifiche, non solo con riferimento alla indicazione della letteratura scientifica di riferimento, che appare carente, ma soprattutto riguardo alla definizione delle percentuali di rischio di atonia uterina, che non sono state indicate tenendo conto del tempo trascorso dall'ultima stimolazione. La circostanza è particolarmente rilevante nel caso in esame, perché se, come indicato nella sentenza impugnata, il parto cesareo non dovrebbe essere eseguito prima di dodici ore dall'ultima stimolazione, dovrebbe essere definita la percentuale di rischio affrontata nel caso in esame, in cui l'ultima stimolazione, come da cartella clinica, era avvenuta alle ore 9,21 e il parto cesareo era eseguito otto ore dopo, alle ore 17,35. L'aver anticipato La Corte deve rilevare, però, che le valutazioni riguardanti le controindicazioni al parto cesareo prima che non sia decorso un certo tempo dalla stimolazione, non risultano sufficientemente specifiche, non solo con riferimento alla indicazione della letteratura scientifica di riferimento, che appare carente, ma soprattutto riguardo alla definizione delle percentuali



di rischio di atonia uterina, che non sono state indicate tenendo conto del tempo trascorso dall'ultima stimolazione. La circostanza è particolarmente rilevante nel caso in esame, perché se, come indicato nella sentenza impugnata, il parto cesareo non dovrebbe essere eseguito prima di dodici ore dall'ultima stimolazione, dovrebbe essere definita la percentuale di rischio affrontata nel caso in esame, in cui l'ultima stimolazione, come da cartella clinica, era avvenuta alle ore 9,21 e il parto cesareo era eseguito otto ore dopo, alle ore 17,35. L'aver anticipato censura per colpa lieve per imprudenza, per avere aggravato il rischio di atonia uterina, non essendo possibile stabilire in percentuale, tuttavia, quanto ciò possa vere influito sul decorso post-operatorio. In realtà, sembra di comprendere, soprattutto grazie alla deposizione del dott. Chiantera, che dopo la stimolazione, poiché le contrazioni producono al bambino uno stress respiratorio, non può essere atteso il parto spontaneo nel caso di insuccesso delle pratiche di induzione al parto, poiché si espone a rischio la salute del nascituro, cosicché la programmazione del parto cesareo è inevitabile.

Quest'ultimo intervento espone comunque la partoriente a rischio emorragico per atonia uterina, perché la funzione contrattile deve essere valutata come compromessa, cosicché la questione riguarda soprattutto il trattamento farmacologico e i controlli da effettuarsi sulla puerpera dopo l'intervento.”

Parto cesareo d'urgenza: linee guida

La capacità contrattile dell'utero era certamente esaurita, non solo ipotizzata. Non vi era alcuna giustificazione per un cesareo anticipato, né un'indicazione d'urgenza. Il feto non mostrava segni di sofferenza, mentre la certezza di atonia uterina e il rischio di emorragia post-partum erano ben noti, poiché il 90% delle EPP deriva da atonia. La scelta del cesareo d'urgenza, non supportata da indicazioni mediche, ha aggravato la situazione, e attribuire la decisione alla paziente è scorretto. Il medico è responsabile, non deve seguire richieste non conformi alla prassi.

Ricordiamo di seguito quali sono le indicazioni per il parto cesareo di urgenza secondo gli enti che redigono le linee guida a cui la sentenza fa riferimento:

In Italia, le indicazioni per il cesareo d'urgenza seguono standard internazionali, ma ci sono anche riferimenti locali forniti dalla **Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)** e l'**Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)**. Le linee guida italiane si allineano a quelle



dell'OMS e di altre organizzazioni internazionali, ma tengono conto delle specificità del sistema sanitario italiano.

Le indicazioni per un parto cesareo d'urgenza secondo le principali linee guida internazionali, come quelle del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e le linee guida Italiane AOGOI includono una serie di situazioni che possono mettere in pericolo la salute della madre o del feto.

Tra le motivazioni principali troviamo:

1. Sofferenza fetale acuta: Un cambiamento nella frequenza cardiaca fetale, come decelerazioni prolungate o bradicardia, che indicano un'insufficiente ossigenazione del feto, è una delle cause più comuni di cesareo d'urgenza.
2. Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita: Il distacco della placenta prima del parto interrompe il flusso di ossigeno al feto e può causare emorragie gravi per la madre.
3. Prolasso del cordone ombelicale: Quando il cordone scende nel canale del parto prima del feto, il rischio è che venga compresso, riducendo l'afflusso di ossigeno al bambino.
4. Rottura dell'utero: Questo è un rischio associato a cicatrici uterine, spesso da cesarei precedenti, e richiede un intervento d'urgenza.
5. Presentazione anomala del feto: Posizioni come la presentazione podalica o trasversa possono impedire un parto vaginale sicuro.
6. Anomalie nel travaglio: Se il travaglio è prolungato o non progressivo (distocia), un cesareo d'urgenza può essere necessario per ridurre rischi per la madre e il feto.
7. Pre-eclampsia o eclampsia: In presenza di ipertensione grave o convulsioni, il parto cesareo è indicato se le condizioni non migliorano con altri trattamenti.
8. Placenta previa: Quando la placenta copre il collo dell'utero, un parto vaginale è impossibile o molto rischioso.
9. Emorragia materna grave: Un sanguinamento eccessivo che mette in pericolo la vita della madre, come in caso di placenta previa sanguinante o emorragia massiva, può richiedere un cesareo d'urgenza.



10. Infezioni intrauterine gravi In caso di corioamnionite o infezioni gravi che non rispondono al trattamento e che possono compromettere la salute del feto.
11. Fallimento del parto vaginale assistito: In situazioni dove un tentativo di parto vaginale strumentale (uso di ventosa o forcipe) non ha successo o risulta complicato, un cesareo d'urgenza può diventare necessario.

Le indicazioni italiane specificano che la decisione di procedere con un cesareo d'urgenza deve essere basata su un rapido e continuo monitoraggio clinico, ecografico e cardiotocografico (CTG), e che le procedure devono essere eseguite nel rispetto della sicurezza materno-fetale.

Il fatto che il parto cesareo di urgenza sia stato disposto per ipotetica sofferenza del bambino che non sussisteva e non è mai stata rilevata è un'interpretazione distorta e non giustificabile rispetto ai fatti.

Nalador: motivazioni sentenza

Di seguito leggeremo il parere dei giudici in merito alla mancata somministrazione del **Nalador** dopo il parto cesareo, i consulenti del PM avevano suggerito che somministrarlo immediatamente avrebbe potuto prevenire l'atonia uterina, come condiviso anche dai consulenti delle parti civili. Tuttavia, i periti della difesa hanno sostenuto che il Nalador non va usato **profilatticamente**, ma solo quando l'atonia uterina è già conclamata. Inoltre i periti del giudice di appello sostengono *“che è sconsigliato l'uso profilattico di questo farmaco, avuto riguardo agli elevati rischi di eventi avversi”* leggeremo dopo nelle linee guida che *“seri effetti collaterali sopravvengono molto raramente”*. Dopo aver letto l'estratto delle motivazioni della sentenza le nostre critiche e poi le linee guida:

“Riguardo alla mancata somministrazione, immediatamente dopo il parto cesareo, del farmaco denominato Nalador, condotta contestata ai dott.ri Denaro, Quattrocchi e Triolo, i consulenti del PM ed in particolare il dott. Chiantera avevano ritenuto che nel caso in esame sarebbe stato opportuno somministrarlo immediatamente dopo il parto, al fine di prevenire l'atonia uterina. Tale valutazione era condivisa anche dai consulenti delle parti civili. Diversamente, i periti nominati in questo grado del giudizio hanno dimostrato che il Nalador non viene utilizzato per evitare che l'atonia si instauri e, dunque, che è sconsigliato l'uso profilattico di questo farmaco, avuto riguardo



agli elevati rischi di eventi avversi, quali l'infarto del miocardio, segnalati, peraltro, anche dallo stesso dott. Chiantera. Il Nalador deve essere utilizzato, secondo le stesse Indicazioni del produttore del farmaco, invece, se l'atonìa e il sanguinamento che ne deriva si sono già instaurati, anche se esso, per risultare efficace, deve essere somministrato al più presto possibile. In conclusione, non può essere addebitato agli imputati di non aver utilizzato tale farmaco immediatamente dopo il parto cesareo, poiché, anche considerando che la paziente per l'età e per la pregressa stimolazione delle contrazioni, era fortemente esposta al rischio di atonia e, di conseguenza al rischio di EPP, tale rischio era stato adeguatamente affrontati dal dott. Denaro a mezzo della somministrazione di Syntocinon 15 UI ev e Methergin 1 £. im, la quale rispondeva alle raccomandazioni vigenti all'epoca dei fatti.

Sempre con riferimento all'uso profilattico del Nalador, giova sottolineare che le considerazioni del dott. Chiantera al riguardo - come dallo stesso precisato nella relazione di integrazione della consulenza, eseguita per incarico del PM (pagg. 6-8) - erano espresse sulla base di una valutazione ex post del caso esaminato - avuto riguardo, quindi, all'evoluzione negativa del decorso post-operatorio e all'inefficacia delle terapie praticate dai sanitari, precisandosi, comunque, che anche l'uso del Nalador nell'immediatezza del taglio cesareo non avrebbe garantito la non insorgenza dell'atonìa post-partum."

Critiche:

- 1. L'atonìa uterina non era un'ipotesi ma una certezza:** La paziente presentava molteplici fattori di rischio (età avanzata, primipara, fibromi, e prolungata stimolazione uterina), che rendevano altamente prevedibile l'insorgere dell'atonìa uterina. Non rilevare l'atonìa è stato **un errore di valutazione o monitoraggio**. Non si tratta di una valutazione ex post, l'atonìa era stata prevista con estrema probabilità, si era manifestata dopo il cesareo ed è stata ignorata.
- 2. Somministrazione necessaria del Nalador:** Se l'atonìa uterina era già conclamata al termine del cesareo, il Nalador doveva essere somministrato, come raccomandato dalle **linee guida AOGOI**, per intervenire tempestivamente e ridurre il rischio di emorragia post-partum. La mancata somministrazione rappresenta uno **scostamento dalle linee guida**.
- 3. Sulle controindicazioni:** Le linee guida AOGOI riportano che "seri effetti collaterali sopravvengono molto raramente", sottolineando che i



rischi associati al Nalador sono estremamente bassi se utilizzato correttamente. Pertanto, **l'enfasi eccessiva sulle controindicazioni** nella giustificazione del mancato uso del farmaco non sembra pienamente giustificata, poiché i potenziali benefici in questo caso superavano di gran lunga i rischi.

In sintesi, se la diagnosi di atonia era evidente, la mancata somministrazione del Nalador è da considerarsi un errore medico, nonché una violazione delle raccomandazioni cliniche.

Nalador Linee Guida

Pagina 36 delle linee guida AOGOI 2009

Analoghi della prostaglandina PGE2: in Italia è disponibile il Sulprostone (Nalador fl 0,5 mg/ml 2 ml). Il contenuto di una fiala deve essere sciolto in 250 ml di soluzione fisiologica e somministrato per infusione endovenosa. La velocità di infusione è di 0,5 mg di sul- prostone in 20-30 minuti (circa 40-160 gocce/min). Nel caso che l'emorragia non si arresti o non si riduca in modo evidente: aumentare per un breve periodo la velocità di infusione (max circa 330 gocce/min). Se il decorso clinico lo richiede, è possibile stabilizzare il tono uterino con un'ulteriore infusione con velocità non superiore a circa 40 gocce al minuto. **Si arriva all'89% di successo se somministrato entro 30 minuti dalla diagnosi di atonia uterina. Oltre mezz'ora il rischio di non risposta aumenta notevolmente.** E' sconsigliato l'uso im per tardivo picco plasmatico (dopo 30 minuti). Va somministrato prima che il letto vascolare sia depleto, per ridurre i danni derivati dal suo potenziale effetto costrittivo coronarico.

89% di successo se somministrato entro 30 minuti dalla diagnosi. La mancata diagnosi nell'interpretazione dei giudici diventa assenza di atonia uterina.

L'ultima frase significa che la somministrazione del **Nalador** per via intramuscolare (**IM**) è **sconsigliata** perché il farmaco raggiunge il **picco plasmatico** (la massima concentrazione nel sangue) solo **dopo 30 minuti**, un tempo troppo lungo in situazioni di emergenza come l'emorragia post-partum. Anche qui capiamo che il tempismo è fondamentale e anche qui capiamo il grave scostamento dalle linee guida.

A pagina 37 delle linee guida AOGOI 2009



*“Il sulprostone (Nalador) non deve essere somministrato in pazienti asmatiche e va evitato in caso di patologie cardiovascolari maggiori, polmonari, renali o epatiche. Nonostante gli importanti potenziali rischi, **seri effetti collaterali sopravvengono molto raramente** e diverse segnalazioni in letteratura riportano un’ottima efficacia nei casi di emorragia persistente da atonia uterina, limitata quando siano presenti altri fattori di rischio per l’emorragia come la corioamnionite.”*

A pagina 38 delle linee guida AOGOI l’uso del Nalador viene indicato come Terapia Medica Principale dell’Emorragia Post-Partum ed in merito alle raccomandazioni leggiamo *“Evitare in paz. asmatiche, e in casi di patologie cardiache, epatiche e renali maggiori. Va somministrato entro 30 minuti dall’atonia.”*; considerando che l’atonia era conclamata non si capisce di quale profilassi si parli, la mancata somministrazione del Nalador è quindi un grave scostamento dalle linee guida che indicano il farmaco come parte della Terapia Medica Principale dell’emorragia Post Partum.

Monitoraggio: motivazioni sentenza

Nelle motivazioni della sentenza leggeremo che il monitoraggio era presente e attivo in tutte le fasi. I giudici sostengono che, dopo il cesareo, la paziente Lavinia Marano è stata monitorata in modo adeguato, seguendo le procedure standard. Dopo il cesareo viene riportato che la paziente è rimasta in osservazione per almeno due ore, con controlli a intervalli regolari, e che il monitoraggio continuo è stato mantenuto anche dopo l’intervento con il Bakri Balloon. I giudici affermano che i protocolli di monitoraggio emodinamico adottati erano adeguati al caso. Dopo aver letto gli estratti della sentenza le nostre critiche e successivamente le perizie dei consulenti di appello e le linee guida:

“La Marano dopo il parto rimaneva in osservazione nella Sala Travaglio/Parto del’U.O. per almeno due ore... Il monitoraggio della paziente era eseguito come da procedura interna... I controlli erano effettuati alle ore 18.15, 18.45, 19.15 e 20.15... Nel diario infermieristico era annotato: 22/9/16 ore 19.30 (Arria Rosaria): pz. Operata in urgenza in data odierna, da controllare buone condizioni generali... Dalla cartella clinica: - 22/09/2016 ore 20.00 (Denaro Antonio): alle ore 20.00”

“Dalla documentazione sopra richiamata, risulta che la Marano, dopo il parto cesareo, nelle prime due ore, era stata seguita dai sanitari secondo le



procedure previste dopo tali tipi di interventi. Il controllo programmato secondo lo schema adottato per prevenire il rischio clinico era stato attuato seguendo le tempistiche previste ma, purtroppo, durante il controllo delle ore 20,15, era verificata l'esistenza di una importante emorragia. Fino a quel momento gli interventi medici praticati e i controlli eseguiti, quindi, risultano conformi alle esigenze del caso e alle procedure standardizzate.”

“IL controllo ostetrico e ginecologico della paziente dopo l'intervento con il Bakri balloon. Come da cartella anestesologica, dopo il trasferimento della paziente in reparto, era disposto, oltre al monitoraggio continuo... I controlli disposti dall'anestesista per il mantenimento dell'equilibrio emodinamico della paziente risultano certamente adeguati al caso”

Critiche:

1. **Monitoraggio inadeguato:** Nonostante i giudici affermino che il monitoraggio sia stato eseguito correttamente, emerge che l'emorragia è stata scoperta in modo fortuito da un'ostetrica, semplicemente osservando il sangue che colava dal letto. Questo indica che il monitoraggio non era sufficientemente attento e non venivano controllati i parametri vitali in modo efficace.
2. **Responsabilità del personale medico:** La responsabilità del mancato monitoraggio ricade sul primario e sull'equipe medica. Il primario è responsabile della determinazione dei protocolli e della loro corretta applicazione, e l'equipe avrebbe dovuto predisporre un monitoraggio clinico attento e prudente, soprattutto dopo il posizionamento del Bakri Balloon.
3. **Violazione delle linee guida:** Secondo le linee guida (AOGOI, OMS, ACOG), una paziente a rischio elevato di emorragia post-partum dovrebbe essere monitorata con maggior attenzione, non solo con osservazioni visive, ma attraverso la misurazione continua dei parametri vitali e la quantificazione accurata delle perdite ematiche. In questo caso, il monitoraggio visivo non ha rispettato gli standard raccomandati, causando un ritardo nell'intervento e contribuendo allo shock ipovolemico che ha portato alla morte della paziente.

I giudici hanno sopravvalutato l'adeguatezza del monitoraggio, che, invece, si è rivelato gravemente insufficiente e non conforme alle linee guida *cliniche per la gestione dell'emorragia post-partum*.



Monitoraggio: perizia

In merito all'insorgenza dell'emorragia, di quale monitoraggio parliamo se gli imputati hanno confermato quanto era già emerso durante il processo per le indagini preliminari e il primo grado: nessuno monitorava Lavinia e dell'emorragia se ne accorse una ostetrica di passaggio osservando il sangue che colava dal letto.

Responsabile è Denaro che avrebbe dovuto disporre il monitoraggio è il primario come figura di coordinamento, determinazione dei protocolli e processi e figura di garanzia, e responsabili sono i membri dell'equipe in servizio.

Ma leggiamo quanto ritroviamo in perizia di appello (alla quale fanno riferimento i giudici di appello) in merito al monitoraggio sia prima che a seguito del posizionamento del Bakri Balloon:

“Dopo l'intervento di posizionamento del Bakri Balloon sarebbe stato necessario, secondo linee guida e buone prassi, attuare un protocollo di monitoraggio stringente e di sorveglianza attiva, che non venne posto in essere. In particolare, il fatto che dopo l'inserimento di Bakri Balloon non si constatasse il termine della emorragia, oltre al fatto che si era scelto di apporre un tampone vaginale (possibile fattore di confondimento) e che si era in un orario in cui il laboratorio centrale del Policlinico non forniva una completa assistenza, dovevano porre in stato di massima allerta in relazione alla necessità di un monitoraggio clinico particolarmente prudente, che non fu posto in essere. Pur non essendo necessario ricoverare la paziente in terapia intensiva, era invece necessario un seguito clinico medico attento e prudente, capace di captare immediatamente segni di sanguinamento in atto, evitando di giungere ad una situazione di shock.

Ciò avrebbe dovuto condurre, con la massima solerzia, ad un intervento di legature arteriose o di isterectomia in tempo utile, prima che la situazione divenisse incontrovertibile.

Ciò avrebbe determinato, con ottime possibilità, il salvataggio della vita della Signora Lavinia Marano.”

Monitoraggio: linee guida

Sappiamo che dell'emorragia si accorge l'ostetrica non attraverso un monitoraggio formale ma con esame visivo, in sostanza si accorge delle lenzuola sporche di sangue del fatto che non monitoravano neanche i



parametri vitali è evidente perché solo dopo l'allerta dell'ostetrica si accorgono che *“Veniva evidenziata ipotensione con tachicardia (PA 100/50, FC 95 bpm) e respiro dispnoico.”*

In sentenza sussiste una grave posizione dei giudici nel considerare incredibilmente il monitoraggio effettuato corretto, che di fatto non esisteva e non c'è prova alcuna che esistesse, appunto perché è proprio l'ostetrica che si accorge del sanguinamento che a quel punto era già gravissimo “pari a circa due litri” di sangue perso che sicuramente non si è perso in 10 minuti e sicuramente ha alterato i parametri vitali che se fossero stati monitorati con gli adeguati strumenti avrebbero allertato i sanitari in tempo. Ma vediamo cosa dicono le linee guida in merito al monitoraggio, così da mettere un punto sulla fallace ricostruzione che troviamo nelle motivazioni della sentenza di appello:

Non è accettabile né previsto né raccomandato che il monitoraggio post-operatorio di una paziente ad alto rischio di emorragia post-partum, come in caso di atonia uterina, sia esclusivamente visivo e affidato solo all'osservazione di un'infermiera, soprattutto se l'emorragia viene rilevata solo quando le lenzuola sono visibilmente sporche di sangue. Questo tipo di monitoraggio è considerato inadeguato e non conforme alle **linee guida** accreditate (AOGOI, OMS, ACOG, RCOG).

Ecco i motivi per cui un monitoraggio esclusivamente visivo non è sufficiente:

1. Monitoraggio dei parametri vitali

- Le linee guida raccomandano il controllo continuo e regolare di parametri vitali come la pressione sanguigna, la frequenza cardiaca, la saturazione di ossigeno e la frequenza respiratoria. Il solo monitoraggio visivo non può rilevare tempestivamente un calo della pressione o un aumento della frequenza cardiaca, segni precoci di shock ipovolemico.

2. Quantificazione delle perdite ematiche

- Le perdite ematiche devono essere **quantificate accuratamente** utilizzando dispositivi appositi (come sacche o pad speciali che misurano la quantità di sangue). Affidarsi solo all'osservazione delle lenzuola non permette di stimare correttamente l'entità del sanguinamento e può portare a sottostimare o ignorare un'emorragia significativa.

3. Bilancio dei fluidi e monitoraggio clinico



- La valutazione della diuresi e del bilancio dei fluidi è fondamentale per individuare segni precoci di insufficienza d'organo o shock. Il monitoraggio visivo non è sufficiente per rilevare queste problematiche.

4. Monitoraggio del tono uterino

- Il tono uterino deve essere valutato manualmente e a intervalli regolari per rilevare l'atonia. Un monitoraggio visivo non rileverebbe una perdita di tono, che è un segno precoce di recidiva dell'emorragia.

5. Conformità alle linee guida

- Le linee guida italiane (AOGOI), così come quelle internazionali (OMS, ACOG), richiedono un monitoraggio più accurato e **multidisciplinare**, che include il controllo frequente dei parametri vitali, la valutazione clinica e l'uso di strumenti per quantificare le perdite di sangue. Un monitoraggio visivo da parte di una sola infermiera non rispetta questi standard.

Rischi del monitoraggio esclusivamente visivo:

- **Ritardo nell'identificazione del sanguinamento:** Un monitoraggio visivo può non rilevare un'emorragia in tempo utile per intervenire.
- **Shock ipovolemico:** La mancata identificazione precoce delle perdite ematiche può portare la paziente in stato di shock, con gravi conseguenze per la salute.
- **Mancato rispetto delle linee guida:** Il monitoraggio visivo non rispetta i protocolli raccomandati dalle società scientifiche e aumenta il rischio di complicazioni evitabili.

In conclusione, un monitoraggio visivo esclusivamente basato sull'osservazione delle lenzuola sporche di sangue non è accettabile né conforme alle linee guida cliniche per la gestione di una paziente ad alto rischio di emorragia post-partum.

E quello che è successo è proprio uno shock ipovolemico che ha portato alla morte Lavina per questa grave carenza nel monitoraggio e per tutte le altre gravi carenze palesi ed evidenti che stiamo descrivendo, tranne ai consulenti degli imputati (e non ci meravigliamo di questo) e evidentemente anche ai giudici della corte di appello (e qui ci meravigliamo invece).



Bakri Ballon: motivazioni sentenza

In merito al Bakri Ballon Facciamo una breve sintesi di quanto leggiamo nelle motivazioni:

Il sanguinamento non era cessato: ed infatti, nel verbale veniva riportato:
“...accertata la quasi riduzione del sanguinamento uterino”

“Si sceglieva, a fine intervento, di porre ...a dimora...grosso tampone vaginale”

Incredibilmente i giudici sostengono che l'opinione più convincente è del consulente di parte della Granese, dott. Caudullo che in pratica sostiene che:
È normale che il Ballon non faccia cessare il sanguinamento, che in sostanza non ci si aspetta di far fermare il sanguinamento ma di 'quasi' fermare il sanguinamento.

Si sostiene inoltre che un'ora e mezza per il posizionamento è normale perché non ci si è limitati a posizionare il palloncino ma si è preparata la sala operatoria, si è stabilizzata la paziente, la si è monitorata (capiremo che non è stata monitorata) e che le linee guida dicono ben altro in merito ai tempi.

“Si assiste a progressiva riduzione della perdita ematica dal catetere spia del suddetto pallone.” Ma com'è possibile, sono loro stessi che scrivono nero su bianco che era stato posizionato un grosso tampone che ostruiva il catetere, contro le linee guida.

“Lo stesso dott. Vazzana, poi, precisava che aveva verificato la cessazione dell'emorragia”

Vazzana “Allora, nelle emorragie post partum il monitoraggio diciamo è importante, intanto bisogna fermare l'emorragia, e questo lo avevamo appurato, che era diciamo, si era fermata, dopodiché bisogna impedire che riprenda, no?”

Quindi qui possiamo dire che sta dichiarando il falso durante una testimonianza? Perché è stato dimostrato che l'emorragia non si è mai arrestata ma il sanguinamento si è spostato in addome.

E i giudici nonostante le evidenze: *“Non esiste ragione per non credere a queste affermazioni, innanzitutto perché il Vazzana riferisce di controlli effettuati da altri, di natura ostetrico- ginecologica, che non erano di sua competenza e rispetto ai quali assumeva la veste di testimone.”*



Tu credi alle affermazioni? Qui non bisogna credere o non credere qui bisogna esaminare i fatti, non stiamo assistendo ad una liturgia, è un processo. È stato dimostrato che l'emorragia non si è mai fermata, il supporto a tali affermazioni ce lo si attenderebbe dai consulenti degli imputati e non dai giudici che invece si limitano a credere alle affermazioni 'disinteressate' di un imputato contro ogni evidenza.

Ancora i giudici: *“D'altronde non è neppure ipotizzabile che abbia fatto queste affermazioni per liberarsi da responsabilità, che in questa ipotesi consisterebbero nell'essersi allontanato dalla paziente pur sapendo che l'emorragia era ancora in atto e senza richiedere l'intervento dei chirurgi-ginecologi.”* È esattamente quello che è successo! L'emorragia era ancora in atto, Lavinia è stata abbandonata violando le linee guida e Lavinia morirà parecchie ore dopo. A quell'ora Lavinia poteva essere salvata e se è morta è proprio a causa di queste condotte. Le conclusioni del giudice sembrano molto vicine alle tesi sostenute dai consulenti della difesa di Vazzana, il che solleva perplessità.

E qui il colpo di genio, ancora i giudici: *“È irragionevole pensare, quindi, che sia rimasto ad assistere la paziente nel post-operatorio dalle 22:45 all'1:10, curandosi del suo riequilibrio emodinamico, senza segnalare ai chirurghi l'eventuale persistenza dell'emorragia, perché in questo modo avrebbe fatto ricadere su di sé responsabilità che, invece, erano di altri; gravissime, peraltro, posto che a quel punto sarebbe stata prevedibile la morte certa della paziente.”* In sostanza stanno dicendo che se se ne fosse andato con l'emorragia in corso sarebbe stato gravissimo, perché avrebbe fatto ricadere su di sé gravissime responsabilità che erano di altri dato che a quel punto la morte della paziente era prevedibile. Considerando che è certo che l'emorragia era in corso i giudici stessi ammettono che Vazzana ha responsabilità gravissime perché se n'è proprio andato con l'emorragia in corso. È stato dimostrato e incredibilmente lo scrivono anche i periti di appello:

*“...al termine dell'intervento di apposizione di Bakri balloon, che tuttavia, ricordiamo, non aveva arrestato il sanguinamento **(l'emorragia)**, captando tempestivamente il fallimento degli interventi precedentemente posti in essere, la paziente avrebbe potuto affrontare un nuovo step interventistico con ottime possibilità di positivo outcome.”* Positivo outcome significa che Lavinia sarebbe ancora viva.



Quindi Vazzana va via consapevole che l'emorragia era in corso (perché il catetere spia era occluso, perché il monitoraggio era inadeguato per verificare che l'emorragia si riversava in addome e perché non vi era alcuna evidenza che l'emorragia si fosse arrestata, infatti era in corso, infatti ha portato alla morte Lavinia, la stessa unica emorragia iniziata al cesareo) **assumendosi gravissime responsabilità e configurando il dolo piuttosto che la colpa grave in concorso agli altri imputati.** Vazzana ha fatto ricadere ANCHE *“su di sé responsabilità che, invece, erano di altri; gravissime”*.

Si sostiene che Lavinia era monitorata dopo il posizionamento. Leggiamo di seguito cosa si deduce dalle linee guida e dalla perizia di appello.

Bakri Ballon: linee guida e fonti comunità scientifica

-Il posizionamento del Bakri Ballon Il Bakri Balloon è uno dei presidi indicati per contenere l'emorragia secondaria ad atonia uterina. Deve produrre un arresto dell'emorragia (e quindi non un quasi arresto)

-Il posizionamento del palloncino viene eseguito in sala operatoria, il tempo effettivo dell'intervento nel suo complesso è rapido (10-15 minuti)

-Dopo il posizionamento del Bakri Balloon, deve essere monitorata la risposta emostatica. Il pallone viene gonfiato con soluzione fisiologica e la paziente deve essere attentamente monitorata per valutare se l'emorragia si è arrestata. In caso di fallimento, è necessario procedere con isterectomia nel caso in esame

-Le linee guida non prevedono l'applicazione di un grosso tampone in vagina dopo la messa dimora del Bakri Ballon come invece è stato fatto, operazione che ha reso impossibile la misura dell'efficacia del presidio.

Su questo punto riportiamo ancora una volta le parole del consulente preferito dai Giudici (Caudullo, consulente della Granese): *“Come chiarito dal dott. Caudullo durante la sua deposizione, dopo la collocazione del Bakri Balloon, è necessario applicare il tampone vaginale perché le contrazioni dell'utero potrebbero causare l'espulsione del pallone emostatico. La circostanza è confermata da tutte le indicazioni operative facilmente reperibili su internet.”*



Su internet??? Caudullo cerca le informazioni su internet e non sulle linee guida? Vediamo cosa c'è scritto sulle linee guida:

Non vi è una raccomandazione generale nelle linee guida internazionali che preveda il posizionamento di un tampone vaginale per evitare l'espulsione del Bakri Balloon. Nelle procedure standard descritte da linee guida AOGOI così come quelle dell'**American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)** o del **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)**, il Bakri Balloon deve essere monitorato per valutare l'efficacia del suo posizionamento, e l'eventuale espulsione del palloncino è un segno di fallimento della procedura, richiedendo un intervento alternativo, come l'isterectomia, piuttosto che l'inserimento di un tampone per "bloccarlo".

Le conclusioni appaiono estremamente problematiche e non allineate con le evidenze scientifiche disponibili.

I giudici giustificano l'espressione 'quasi riduzione', che appare discutibile non solo sul piano linguistico ma anche rispetto ai fatti, considerando che l'emorragia era ancora in corso e la perdita di sangue significativa, compromettendo la vita di Lavinia: *“Nel caso in esame, pur interpretando l'espressione “accertata la quasi riduzione del sanguinamento uterino” nel senso che al momento del trasferimento della paziente dalla sala operatoria il sanguinamento non era cessato”*

Cosa si sarebbe dovuto fare?

-È fondamentale che l'intero team ostetrico-chirurgico e anestesiologicalo sia disponibile per monitorare la paziente e intervenire prontamente in caso di fallimento del presidio; quindi incluso Vazzana che invece senza alcuna altra emergenza e senza alcuna necessità, abbandona la paziente in piena emergenza, perché l'emorragia non si era arrestata e la paziente morirà, e si reca in un'altra area dell'Ospedale a svolgere menzioni non meglio specificate; si precisa che Vazzana non ha mai menzionato altre emergenze o urgenze che lo hanno portato ad abbandonare Lavinia senza assicurarsi che almeno un altro anestesista presidiasse in attesa di verificare se l'emergenza fosse rientrata o no; era necessario avere un anestesista perché se fallisce il presidio bisogna operare, non c'è alcuna possibilità di fraintendimento.

La rapidità del posizionamento è e delle fasi successive sono cruciali: fonti Cook Medical, Journal of Clinical Gynecology and Obstetrics, AOGOI



Di seguito riportiamo esattamente cosa accade in un ospedale serio in presenza di personale qualificato e preparato:

Secondo le **linee guida AOGOI** e le pratiche cliniche per la gestione dell'emorragia post partum da atonia uterina, la gestione del **Bakri Balloon** e della paziente che ha subito questo intervento richiede misure specifiche di monitoraggio e valutazioni cliniche. Ecco una sintesi delle procedure corrette da seguire, incluse le figure mediche coinvolte, il monitoraggio richiesto, e gli esami da eseguire:

1. Chi deve essere presente

Quando si verifica un'emorragia post partum che richiede l'uso del **Bakri Balloon**:

- Deve essere presente un team composto da un **ostetrico**, un **anestesista**, e spesso un **rianimatore**, soprattutto in caso di emorragia severa.
- È cruciale anche la presenza di un team di **infermiere e ostetriche** altamente qualificate che possano assistere nella gestione dell'emergenza e nel monitoraggio continuo della paziente.
- Il supporto di un **chirurgo ginecologico** è essenziale nel caso in cui l'emorragia non sia controllabile con metodi meno invasivi, e si debba procedere a un'isterectomia o altre procedure chirurgiche conservative

2. Monitoraggio della paziente

Dopo il posizionamento del Bakri Balloon, è fondamentale:

- Monitorare costantemente i **parametri vitali** della paziente: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e saturazione di ossigeno.
- Viene richiesto un monitoraggio continuo della **volemia** (bilancio dei liquidi) attraverso un catetere urinario per valutare la produzione di urina, dato che una riduzione della diuresi può essere segno di compromissione emodinamica.
- Deve essere eseguito un **monitoraggio emodinamico** stretto, con prelievi frequenti per valutare l'emocromo e i parametri coagulativi (PT,



aPTT, fibrinogeno, D-dimero), che permettono di rilevare l'eventuale insorgenza di una coagulopatia da consumo

3. Esami da effettuare

- **Ecografia transaddominale:** è un esame fondamentale per verificare se il sanguinamento si sta accumulando nell'addome, soprattutto nel caso in cui l'emorragia non sia visibile all'esterno. In presenza di sanguinamento occulto, l'ecografia può evidenziare la presenza di sangue libero in cavità addominale (sangue "versato").
- **Esami di laboratorio:** come già accennato, è cruciale valutare l'emoglobina, il fibrinogeno e la funzione coagulativa (PT, aPTT), che aiutano a monitorare la situazione emorragica e a prendere decisioni sulla necessità di trasfusioni o altri trattamenti.
- **TAC addominale/pelvica:** se c'è il sospetto di emorragia intraddominale non identificabile con ecografia, una TAC può fornire informazioni dettagliate, ma questo esame è solitamente usato solo se la paziente è clinicamente stabile.

4. Permanenza in sala operatoria

Secondo le linee guida, la paziente deve restare **sotto stretta sorveglianza clinica in sala operatoria** dopo il posizionamento del Bakri Balloon, soprattutto se l'emorragia non è stata completamente risolta o c'è il rischio di emorragia occulta. In alternativa, se la paziente è emodinamicamente stabile, può essere trasferita in un'unità di terapia intensiva (UTI) per un monitoraggio più continuo e accurato. Tuttavia, deve essere sempre pronta la possibilità di intervenire chirurgicamente in caso di peggioramento

5. Valutazione del fallimento del Bakri Balloon

Se si sospetta che l'emorragia stia continuando, come nel caso descritto in cui l'emorragia si stava riversando in addome:

- Il Bakri Balloon deve essere rivalutato immediatamente e, se inefficace, si deve procedere rapidamente con un'**isterectomia** o altre misure chirurgiche.
- Gli esami clinici incompleti o inaccurati, come quelli effettuati dal dott. Vazzana e/o gli altri sanitari secondo la sentenza, potrebbero aver portato a una sottostima dell'emorragia in corso, soprattutto se



l'ecografia o altri esami diagnostici non sono stati eseguiti correttamente

Procedura corretta:

Le linee guida raccomandano che, in caso di emorragia non controllata, il personale sanitario segua un approccio escalation rapido, procedendo con **tamponamento uterino** (come il Bakri Balloon) e, se inefficace, con interventi chirurgici conservativi o demolitivi (isterectomia).

Quindi Vazzana e tutto l'equipe è responsabile, anzi come dicono i giudici di appello, Vazzana e tutti gli altri imputati presenti quella sera hanno gravissime responsabilità perché:

Dopo il posizionamento del **Bakri Balloon**, l'intervento del dott. Vazzana e del team medico presenta diverse criticità evidenti in relazione alle linee guida sulla gestione dell'emorragia post partum. Le attività svolte e gli esami effettuati dimostrano una condotta palesemente distante da ciò che sarebbe stato indicato per una corretta gestione clinica. Ecco alcuni punti chiave su cui riflettere:

1. Inadeguatezza del monitoraggio e diagnosi errata

Nonostante il **Bakri Balloon** fosse stato posizionato, l'emorragia non era stata realmente controllata. Tuttavia, Vazzana ha sostenuto che l'emorragia era sotto controllo, nonostante i segni clinici suggerissero il contrario. È emerso chiaramente che il sanguinamento si stava accumulando nell'addome, fenomeno che avrebbe potuto essere facilmente rilevato con un'**ecografia** addominale, uno strumento fondamentale per valutare se l'emorragia si stesse riversando nella cavità addominale e non nell'utero, come sospettato.

Le linee guida raccomandano un monitoraggio costante del sanguinamento, che non può basarsi solo su una riduzione apparente della perdita ematica dal catetere del Bakri Balloon. Il monitoraggio del volume ematico drenato tramite il pallone e un'ecografia post-operatoria sono essenziali per verificare se il palloncino sta effettivamente fermando l'emorragia o se il sanguinamento si è spostato altrove

2. Mancanza di monitoraggio ecografico



Uno degli errori più gravi è stata la **mancanza di un'ecografia** addominale dopo il posizionamento del Bakri Balloon, che avrebbe potuto identificare prontamente la presenza di sangue nell'addome. L'assenza di un monitoraggio strumentale, come un'ecografia, per valutare l'efficacia del pallone e verificare la presenza di raccolte ematiche in altre cavità è una violazione diretta delle linee guida, che prevedono l'uso di metodi non invasivi per monitorare la situazione emorragica.

3. Somministrazioni farmacologiche tardive o inappropriate

Dopo l'intervento, Vazzana ha dichiarato di aver somministrato vari farmaci, come **ossitocina** e **Methergin**, che sono uterotonici utilizzati per stimolare le contrazioni uterine. Tuttavia, la gestione dell'emorragia non ha seguito il corretto protocollo di escalation. Secondo le linee guida, se un'emorragia non viene arrestata entro poche ore con misure conservative, come il Bakri Balloon, è necessario passare rapidamente a **interventi chirurgici più invasivi**, come l'isterectomia.

In questo caso, il team ha optato per un atteggiamento attendista, lasciando la paziente in condizioni critiche troppo a lungo senza ricorrere a misure più drastiche per fermare l'emorragia. Inoltre, non sono stati fatti prelievi tempestivi di **esami ematochimici**, che avrebbero potuto indicare una continua perdita di sangue e il progressivo peggioramento della paziente.

4. Affermazioni sull'arresto dell'emorragia

Vazzana ha dichiarato che l'emorragia era stata fermata, basandosi probabilmente sul fatto che il catetere del Bakri Balloon stava drenando meno sangue. Tuttavia, questa è una falsa sicurezza: l'emorragia, come riportato successivamente, si stava riversando nell'addome e non nell'utero, rendendo inutile il controllo visivo basato solo sul catetere del pallone. Le linee guida richiedono che la valutazione dell'emorragia venga fatta in modo completo, considerando non solo il sangue drenato visibile, ma anche possibili perdite occulte, come nel caso di un'emorragia interna.

5. Permanenza della paziente in sala operatoria

Le linee guida raccomandano che, dopo il posizionamento di un pallone emostatico come il Bakri Balloon, la paziente rimanga in **sala operatoria** per un monitoraggio intensivo e continuo, in modo da intervenire immediatamente in caso di peggioramento. Nel caso in esame, si è optato



per trasferire la paziente troppo presto, senza effettuare un controllo adeguato dell'emorragia.

Conclusione

Le azioni intraprese dal dott. Vazzana e dal team medico sono state gravemente inadeguate e si discostano in maniera significativa dalle linee guida AOGOI e dalle linee guida internazionali per la gestione dell'emorragia post partum. La mancanza di un monitoraggio ecografico tempestivo, la somministrazione di farmaci uterotonici senza una vera valutazione della situazione emorragica, e l'errata affermazione che l'emorragia fosse stata fermata costituiscono una chiara violazione dei protocolli medici, che ha portato a un ritardo nell'intervento salvavita, come l'isterectomia, che avrebbe potuto prevenire il decesso.

Abbiamo dimostrato che tutti i sanitari coinvolti si siano discostati macroscopicamente dalle linee guida essendo consapevoli della gravità della situazione e configurando la colpa grave nella migliore delle ipotesi se non il dolo, ma la corte ignorando anche le proprie stesse affermazioni riconduce tutto alla colpa lieve: *“Il non avere disposto tali ecografie da parte dei ginecologici Triolo e Palmara e la circostanza che il medico di guardia, dott.ssa Granese - che aveva sin dall'inizio del suo turno apprezzato l'imponente emorragia - non le abbia spontaneamente effettuate durante la notte, mentre la paziente era affidata esclusivamente alle sue cure, costituiscono condotte omissive valutabili, secondo questa Corte, in termini di sola colpa lieve.”*

Bakri Ballon: Perizia di Appello

“Risulta invece non spiegabile e pertanto censurabile l'aver atteso, di fronte ad un sanguinamento importante, che evidentemente non si arrestava...

Ciò determinava una perdita di tempo di circa 45 minuti dalle ore 20:30 circa alle ore 21:15, mentre, al continuare del sanguinamento, gli ulteriori interventi dovevano essere il più possibile anticipati.”

“D'altronde, ugualmente inspiegabile appare, sotto il profilo della tempestività degli interventi, che, come detto, risulta fondamentale in casi consimili, la tempistica nella quale venne ad iscriversi l'intervento di revisione della



cavità uterina ed apposizione del pallone di Bakri. A fronte di due procedure che, secondo standard, richiederebbero, in mani esperte, circa 15 minuti l'una, qui, nonostante l'emergenza del caso e la necessità del rispetto delle tempistiche, venne impiegata un'ora e mezza.”

“Censurabile per imprudenza appare dunque la condotta dei Dottori Denaro e Palmara, che in quel momento si alternavano nella gestione della Signora Lavinia Marano, per non essere intervenuti immediatamente con atti idonei ad arrestare il sanguinamento, atteso che tali interventi erano nelle loro facoltà e nel loro dovere.”

“..Prof Triolo, dal Dottor Palmara e dalla Dottssa Granese, che ritenevano terminato il loro compito a fine intervento, tornando apparentemente ciascuno ad altre occupazioni, senza avere prima istituito un regime di monitoraggio ostetrico-ginecologico sufficiente, che fosse in grado di destare allarme al precocissimo verificarsi di segni di ulteriore sanguinamento, che, soprattutto a causa della mancata constatazione del termine dell'emorragia dopo l'apposizione del pallone di Bakri, era evento prevedibile e la cui evoluzione era possibile prevenire.”

Nelle motivazioni della sentenza c'è un riferimento alla perizia di appello molto importante che riportiamo e commentiamo di seguito:

“Quanto alle modalità di controllo continuativo disposto dai ginecologici che avevano eseguito l'intervento, il rischio di emorragie occulte nei casi in cui si faccia ricorso al palloncino emostatico, è indicato, seppure solo con un accenno, nelle linee guida (AOGOI 2009). Di tale rischio era certamente a conoscenza l'ostetrica Russo Lacerna Angelina, la quale riferiva di avere effettuato la palpazione dell'addome proprio per verificare che non vi fossero eventuali infarcimenti emorragici o altri segni di possibili perdite ematiche.”

“I periti nominati dalla Corte hanno precisato che la gravità del caso e, in particolare, la circostanza che neanche in seguito all'applicazione del Bakri balloon l'emorragia sarebbe completamente cessata (circostanza questa però smentita dagli imputati Vazzana, Villari e Russo durante il loro esame), avrebbe dovuto indurre i ginecologici a disporre l'esecuzione di controlli ecografici con intervalli ravvicinati per accertare proprio l'insorgere di



eventuali emorragie occulte, anche extra uterine, non potendo essere effettuati in quelle ore notturne gli esami del fibrinogeno”

I giudici sostengono anche che *“Le linee guida nulla dicono sul tipo di controlli da eseguire e sugli intervalli entro quali devono essere effettuati, precisando solo che si tratta di controlli che devono essere continuativi.”*

Lo abbiamo letto anche nella sezione dedicata alle linee guida e alle indicazioni della comunità scientifica ma è utile ripeterlo alla luce di tali affermazioni. In sostanza i giudici sostengono che per evidenziare perdite occulte bastava la palpazione di Russo Lacerna Angelina e che non servono i controlli ecografici come invece raccomandato dagli stessi periti da loro nominati, che sono attendibili solo quando lo decidono loro.

Per contestare l'affermazione che il controllo continuativo possa essere basato esclusivamente sulla **palpazione dell'addome**, oltre a quanto dicono chiaramente i periti, utilizziamo le seguenti indicazioni che si evincono dalle **linee guida AOGOI**:

1. Le linee guida raccomandano, dopo il posizionamento del Bakri Balloon, che sia effettuato un monitoraggio più complesso e non esclusivamente affidato alla palpazione. È necessario osservare non solo i parametri vitali e le perdite ematiche visibili, ma anche valutare con attenzione la condizione dell'utero:
 - "L'inserimento e la conferma del corretto posizionamento del balloon possono essere effettuati mediante **controllo ecografico**
2. Le linee guida suggeriscono inoltre che, se l'emorragia non si arresta o se si sospettano perdite occulte, è necessario intervenire rapidamente con altre procedure diagnostiche o chirurgiche. La palpazione da sola non è sufficiente per rilevare perdite ematiche occulte, e il ricorso a **tecniche strumentali** come l'ecografia è menzionato come parte della valutazione post-operatoria

Pertanto, l'affidamento esclusivo sulla palpazione senza un ricorso a controlli ecografici o altri esami diagnostici più approfonditi non è conforme a quanto



indicato nelle linee guida, che raccomandano un monitoraggio strumentale per prevenire complicazioni legate a emorragie occulte.

Nelle **linee guida AOGOI**, si legge chiaramente che, in caso di emorragia non controllata o sospetta emorragia occulta, è necessario adottare misure tempestive, che includono l'uso di tecniche strumentali o chirurgiche adeguate. Si raccomanda:

"In caso di fallimento dei trattamenti farmacologici di prima e seconda linea si raccomanda di ricorrere senza indugio a procedure e/o interventi chirurgici per arrestare l'emorragia"

Questo contraddice l'affermazione che la **palpazione dell'addome** sia sufficiente come metodo di monitoraggio. Le linee guida chiariscono che il rischio di emorragia occulta richiede un approccio multidisciplinare e un monitoraggio strumentale o, in caso di sospetto emorragico, interventi chirurgici tempestivi. Affidarsi solo alla palpazione, in un contesto così critico, non è supportato né dalle indicazioni delle linee guida né dai periti di appello, che prescrivono invece una valutazione più approfondita per la gestione dell'emorragia post-partum.

Attendismo: motivazioni sentenza

Leggiamo attentamente questa parte, dove si conferma lo shock ipovolemico e dove si condannano gli atteggiamenti inspiegabilmente attendisti, confermando che erano consapevoli che la patologia in atto era tempo dipendente, comportamenti che di fatto determinano senza ombra di dubbio con nesso di causalità la morte di Lavinia ma che contro ogni linea guida vengono definiti come colpa di lieve entità, rammentiamo che la colpa è grave quando la condotta è marcatamente distante dalle linee guida:

"Tutti i consulenti e i periti sentiti nel corso dell'istruttoria svolta hanno spiegato che la risoluzione dell'emorragia post partum è tempo-dipendente. Quindi, sarebbe stato prudente che tutti i medici presenti alle 20:30 in reparto (Denaro, Palmara e, infine, Granese) si predisponessero immediatamente per un intervento in sala operatoria per arrestare l'emorragia e ciò mentre l'anestesista, dott. Vazzana, intervenuto anch'egli alle 20:30, praticava le attività necessarie a ripristinare l'equilibrio emodinamico della paziente,



fortemente compromesso dalla copiosa perdita di sangue. In realtà, gli interventi dell'anestesista devono essere contemporanei a quelli del chirurgo: mentre il primo prova a riequilibrare, il secondo deve eliminare la causa dell'emorragia (v. pag. 26 della trascrizione dell'esame dell'imputato Vazzana, udienza del 14/07/2022). Nel caso della Sig.ra Marano il dott. Denaro non solo non interveniva chirurgicamente ma alle ore 21:00 andava via, passando le sue consegne al ginecologo di turno, dott.ssa Granese, la quale, insieme al dott. Palmara, attendeva il primario, Prof. Triolo, che alle ore 21:10, dava disposizione per l'ingresso della paziente nella sala operatoria.

Si tratta di un atteggiamento attendista, che accomuna Denaro, Palmara e Granese, che non può essere spiegato con la necessità che la paziente dovesse essere prima riequilibrata emodinamicamente dall'anestesista, poiché come chiarito dallo stesso dott. Vazzana, l'eliminazione della causa dello squilibrio deve essere perseguita dal chirurgo-ginecologo contemporaneamente all'operato dell'anestesista.

Con riferimento alla circostanza che Denaro, finito il turno, si allontanava, deve essere rilevato che, comunque, era assicurata una continuità assistenziale perché, dopo di lui prendevano in carico la paziente, senza soluzione di continuità, sia il ginecologo chirurgo reperibile, dott. Palmara, sia la ginecologa subentrante nel turno notturno, dott.ssa Granese ed, infine, il primario Prof. Triolo. Sotto questo profilo, quindi, la condotta del Denaro può essere valutata solo in termini di colpa lieve, la quale è comunque sussistente perché le condizioni della paziente, le scelte che dovevano essere prese, di cui lui era ben consapevole, e le stesse condizioni del reparto quella notte avrebbero richiesto che non facesse mancare il suo contributo professionale. Si rammenti:

1) che da lì a poco avrebbe dovuto decidersi se attuare l'emostasi attraverso strumenti quali il Bakri Baloon o se effettuare un intervento demolitore come l'isterectomia;

2) che nel blocco parto era al completo in quanto erano presenti 8 partorienti e che il reparto degenza era pieno; 3) che la dott.ssa Granese sarebbe rimasta da sola per la notte, mentre la paziente Marano, che già era entrata in shock ipovolemico, necessitava di una assistenza ginecologica continua, qualunque sarebbe stato il metodo scelto per arrestare l'emorragia.”



Attendismo: perizia

La perizia condanna i ritardi senza mezzi termini e vedremo nel capitolo dedicato alle linee guida come una condotta del genere non possa ritenersi in nessun caso una condotta riconducibile alla colpa lieve in un caso come la EPP da atonia uterina che in generale è tempo dipendente e nel nostro caso più che prevedibile era certa:

*“Risulta invece non spiegabile e pertanto **censurabile l’aver atteso**, di fronte ad un sanguinamento importante, che evidentemente non si arrestava l’arrivo del Prof Triolo ed il suo intervento.”*

*“**Censurabile** per imprudenza appare dunque la condotta dei Dottori Denaro e Palmara, che in quel momento si alternavano nella gestione della Signora Lavinia Marano, **per non essere intervenuti immediatamente** con atti idonei ad arrestare il sanguinamento, atteso che tali interventi erano nelle loro facoltà e nel loro dovere.”*

*“...fare ricorso alla apposizione di un presidio come il Bakri Balloon. Tuttavia, tale presidio doveva essere posizionato tempestivamente perché, poiché la emorragia post-partum (EPP) è notoriamente una **patologia tempo dipendente** (ovvero al ritardo degli interventi corrisponde un peggioramento progressivo dell’outcome), la tempistica di intervento risulta fondamentale. Risulta dunque **censurabile l’aver atteso**, di fronte al sanguinamento, che evidentemente non si arrestava, l’arrivo del Prof Triolo ed il suo intervento. Ciò determinava una perdita di tempo di circa 45 minuti dalle ore 20:30 circa”*

E ancora

*“**Censurabile** per imprudenza appare dunque la condotta dei Dottori Denaro e Palmara, che in quel momento si alternavano nella gestione della Signora Lavinia Marano, **per non essere intervenuti immediatamente** con atti idonei ad arrestare il sanguinamento, atteso che tali interventi erano nelle loro facoltà e nel loro dovere. Inoltre, a fronte di due procedure (RCU e Bakri Balloon) che, secondo standard, richiederebbero, in mani esperte, circa 15 minuti l’una, nonostante l’emergenza del caso e la necessità del rispetto delle tempistiche, venne impiegata un’ora e mezza. Dunque, appaiono censurabili, per imprudenza, le condotte poste in essere dal Prof Triolo e dai Dottori Palmara e Granese, che cooperavano all’intervento, a causa della perdita di tempo prezioso che si veniva a determinare.”*



Attendismo: linee guida

Il comportamento dei sanitari, descritto nella sentenza di appello mostra chiaramente un **atteggiamento attendista** che si discosta marcatamente dalle linee guida nazionali e internazionali per la gestione dell'emorragia post-partum. Vediamo nel dettaglio come e perché:

1. Gestione tempo-dipendente dell'emorragia post-partum

- **Linee guida:** Le linee guida dell'**AOGOI**, dell'**OMS**, dell'**ACOG**, e del **RCOG** stabiliscono che l'emorragia post-partum è una condizione tempo-dipendente e richiede interventi rapidi e tempestivi. Il successo del trattamento dipende in gran parte dalla velocità con cui si interviene per arrestare l'emorragia.
- **Comportamento distante dalle linee guida:** Nel caso della paziente Marano, vi è stato un atteggiamento attendista da parte del dott. Denaro, che si è allontanato senza intervenire chirurgicamente, lasciando la gestione alla dott.ssa Granese e al dott. Palmara, i quali a loro volta hanno atteso l'arrivo del primario, ritardando l'intervento. Secondo le linee guida, la stabilizzazione emodinamica da parte dell'anestesista deve essere simultanea all'intervento chirurgico per arrestare la causa dell'emorragia. Questo ritardo non è giustificato e ha aumentato il rischio per la paziente.

2. Coordinazione tra anestesista e chirurgo

- **Linee guida:** Le linee guida specificano che la gestione dell'emorragia deve essere multidisciplinare, con il chirurgo che si occupa di eliminare la causa del sanguinamento mentre l'anestesista lavora per ristabilire l'equilibrio emodinamico. Questo approccio simultaneo è fondamentale per evitare un ulteriore deterioramento delle condizioni della paziente.
- **Comportamento distante dalle linee guida:** Nella sentenza, si afferma chiaramente che il dott. Vazzana, l'anestesista, stava cercando di ristabilire l'equilibrio emodinamico, ma l'intervento chirurgico per arrestare l'emorragia è stato ritardato. Questo ritardo ha violato il principio di simultaneità raccomandato dalle linee guida, contribuendo a un peggioramento dello stato della paziente fino allo shock ipovolemico.

3. Assenza di intervento chirurgico immediato



- **Linee guida:** *In caso di emorragia post-partum non controllata, le linee guida raccomandano di considerare rapidamente opzioni come il posizionamento di un **Bakri Balloon** o un'**isterectomia**, in base alla gravità della situazione. È essenziale agire velocemente per prevenire l'esaurimento dei fattori della coagulazione e lo shock emorragico.*
- **Comportamento distante dalle linee guida:** *La decisione di intervenire con il Bakri Balloon o l'isterectomia è stata ritardata di quasi 40 minuti, poiché i medici hanno atteso l'arrivo del primario, invece di agire immediatamente. Questo comportamento non rispetta le linee guida, che indicano la necessità di un intervento rapido. Il ritardo ha contribuito all'aggravarsi della situazione clinica della paziente.*

4. Nesso causale tra il ritardo e la morte della paziente

- *Nella sentenza, si sottolinea che il ritardo nell'intervento ha avuto un nesso causale con l'aggravamento delle condizioni della paziente, portando alla **coagulazione intravascolare disseminata (CID)** e, infine, alla morte.*

I giudici denunciano il ritardo, che è ciò che stiamo analizzando adesso, ma aggiungono un'affermazione senza riscontri che citiamo per completezza ma smentiamo con le parole dei periti di appello; difatti I periti di appello ci dicono che non c'era alcuna CID:

“Fatta questa premessa, in accordo con i CCTT del PM, quando discutono della insorgenza della CID, rileviamo la assenza di fattori scatenanti tale sindrome”

Quali sono le prove a sostegno di questa conclusione dei giudici?

- *Il mancato rispetto dei tempi indicati dalle linee guida ha portato a una perdita di tempo prezioso, con conseguenze fatali per la paziente.*

5. Colpa lieve vs. colpa grave nello specifico ambito di intervento

- **Colpa lieve:** *Nella sentenza, viene affermato che il comportamento dei medici è stato considerato ascrivibile a **colpa lieve**, poiché la continuità assistenziale era comunque garantita dalla presenza del personale medico, e il reparto era particolarmente affollato quella sera.*



- **Colpa grave e distacco dalle linee guida:** Tuttavia, il comportamento dei medici, in particolare l'attesa ingiustificata e la mancanza di azione immediata, appare **marcatamente distante dalle linee guida**. La mancata diagnosi di Atonia e EPP, il mancato utilizzo di farmaci raccomandati e l'assenza di un intervento chirurgico tempestivo e il ritardo nell'utilizzo di strumenti come il Bakri Balloon o nell'adozione di un'isterectomia sono decisioni che non rispettano i protocolli clinici, condotte e decisioni che devono essere ricondotte alla colpa grave, in quanto queste azioni avrebbero potuto prevenire il decesso della paziente.

Conclusione:

Il comportamento dei medici nel caso di Lavinia Marano si è discostato significativamente dalle linee guida nazionali e internazionali per la gestione dell'emorragia post-partum. Il ritardo nell'intervento chirurgico e l'attesa ingiustificata del primario hanno violato i principi fondamentali di gestione dell'emorragia post-partum, che richiedono interventi simultanei e tempestivi. Nonostante la sentenza parli di **colpa lieve**, il comportamento appare **marcatamente distante dalle linee guida**, indicando un fallimento nella corretta applicazione dei protocolli medici.

Attendismo: Sentenza n.18347/2021

“La **Corte di Cassazione** nella sentenza n.18347/2021 ha stabilito che un comportamento medico configurabile come **colpa grave** si verifica quando il medico si discosta notevolmente dalle linee guida e dalle pratiche cliniche accreditate. Nella fattispecie, un ritardo nel riconoscere complicanze post-operatorie e l'inerzia nell'intervenire hanno causato danni permanenti al paziente, facendo sì che la Corte considerasse il ritardo come colpa grave, in quanto non giustificabile da circostanze operative straordinarie. La decisione ha sottolineato che la colpa grave deriva dal non rispettare il protocollo stabilito dalle linee guida mediche, in cui l'intervento tempestivo è essenziale per evitare esiti fatali o permanenti”

Sembra proprio un caso con delle similitudini rispetto a quello in oggetto:

Similitudini principali:

1. Ritardo nell'intervento chirurgico:

- **Sentenza Cassazione n.18347/2021:** I medici coinvolti non hanno agito tempestivamente nel riconoscere e trattare le complicanze post-operatorie, ritardando l'intervento necessario. Questo ritardo è stato valutato



come una deviazione dalle linee guida cliniche, con conseguenze permanenti per la paziente.

- **Caso Lavinia Marano:** Allo stesso modo, vi è stato un ritardo ingiustificato nell'individuare l'atonia e l'EPP nell'intervento per arrestare l'emorragia post-partum. Nonostante la presenza di medici qualificati, si è scelto di attendere l'arrivo del primario, non rispettando le linee guida che richiedono un intervento tempestivo in caso di emorragia post-partum.

2. **Nesso causale tra il ritardo e il peggioramento delle condizioni:**

- **Sentenza Cassazione n.18347/2021:** La Corte ha considerato il ritardo come un fattore determinante per il peggioramento delle condizioni della paziente, legando il comportamento omissivo dei medici al danno subito dalla paziente.
- **Caso Lavinia Marano:** Il ritardo nell'intervento chirurgico è stato un fattore critico che ha portato all'aggravamento dello shock emorragico e alla successiva morte di Lavinia. Anche qui, il mancato intervento tempestivo è stato direttamente collegato al peggioramento delle condizioni della paziente.

3. **Deviazione dalle linee guida:**

- **Sentenza Cassazione n.18347/2021:** La Corte ha sottolineato che la colpa grave si configura quando i medici si discostano notevolmente dalle linee guida cliniche. L'intervento post-operatorio doveva essere eseguito senza indugi, seguendo i protocolli medici standard.
- **Caso Lavinia Marano:** Anche nel caso di Lavinia, la gestione dell'emorragia post-partum è stata marcatamente distante dalle linee guida. La decisione di attendere il primario, invece di intervenire immediatamente, rappresenta una deviazione dagli standard clinici previsti per situazioni di emergenza emorragica.

Conclusione:

In entrambi i casi, il ritardo nell'intervento ha avuto un impatto diretto sulla salute delle pazienti, ed entrambi i comportamenti possono essere considerati **colpa grave** a causa della significativa deviazione dalle linee guida cliniche, che richiedono interventi rapidi e tempestivi in situazioni di emergenza.



Quando inizia l'emorragia? Si è mai arrestata? Ci sono state due emorragie?

Nella sentenza, i giudici affermano chiaramente che alle 20:37 Lavinia aveva già perso due litri di sangue, una quantità significativa che avrebbe portato a gravi conseguenze se l'emorragia fosse stata rapida. Tuttavia, Lavinia era ancora viva alle 4 di notte (addirittura i medici sostengono che lo era fino alle 8:45 della mattina successiva), dopo il posizionamento del Bakri Balloon e la somministrazione di due sacche di sangue. Questo suggerisce che l'emorragia fosse lenta e progressiva, altrimenti la paziente sarebbe deceduta molto prima.

Questa considerazione implica che l'emorragia è iniziata prima delle 20:00, probabilmente subito dopo la conclusione del cesareo alle 18:05.

L'emorragia, lenta, non è stata diagnosticata tempestivamente, indicando una mancata diagnosi precoce e possibili falsificazioni della cartella clinica, poiché i controlli documentati non hanno rilevato la gravità della situazione in tempo. La gestione di un'emorragia post-partum è una patologia tempo-dipendente, e il ritardo nell'intervento ha certamente aggravato la condizione della paziente.

Inoltre, la mancata somministrazione del Nalador non per assenza di atonia e emorragia ma per mancata diagnosi, un farmaco indicato dalle linee guida per il trattamento dell'atonia uterina, rappresenta un altro punto critico. Il mancato utilizzo del farmaco e il ritardo nell'intervento segnano una grave distanza dalle linee guida cliniche raccomandate, contribuendo al tragico esito della paziente.

Per essere più chiari immaginiamo due scenari:

Scenario 1: Perdita di 2 litri di sangue in 45 minuti (dalle 19:50 alle 20:35)

- **Tasso di perdita:** Se Lavinia avesse perso 2 litri di sangue in 45 minuti, il tasso di perdita sarebbe estremamente elevato, circa **0,044 litri (44 ml) al minuto**.
- **Tempo alla morte:** Considerando che una perdita di circa il 40% del volume di sangue (circa 2 litri) è fatale, Lavinia avrebbe potuto morire in un tempo molto breve. Con questo tasso di emorragia, si potrebbe ipotizzare che la morte sarebbe sopraggiunta in **meno di un'ora**,



rendendo improbabile la sopravvivenza prima del termine dell'intervento del Bakri Ballon.

Scenario 2: Perdita di 2 litri di sangue lentamente dal cesareo (dalle 18:05 alle 20:37)

- **Tasso di perdita:** Se l'emorragia fosse stata lenta e progressiva dal termine del cesareo (18:05) fino alle 20:37, la perdita media sarebbe stata di circa **0,74 litri all'ora**. Questo tasso di perdita, più lento, spiegherebbe come Lavinia sia rimasta viva per diverse ore dopo il posizionamento del Bakri Balloon e la somministrazione di due sacche di sangue, fino alle 3:30 del mattino e oltre.

Conclusioni:

Nel primo scenario, l'emorragia sarebbe stata così violenta da condurre rapidamente alla morte, rendendo improbabile la sopravvivenza a lungo termine. Nel secondo scenario, che riflette meglio la situazione reale, l'emorragia lenta ha permesso a Lavinia di rimanere in vita fino a molte ore dopo l'intervento, ma la mancata diagnosi tempestiva e il ritardo nell'intervento hanno aggravato la situazione. Questo conferma il falso in cartella, l'assenza di monitoraggio, la mancata diagnosi, la mancanza di tempestività e la marcata distanza dalle linee guida.

Una o due emorragie?

Dall'esame delle perizie e delle stesse motivazioni della sentenza emerge che l'emorragia non si è mai interrotta, ma si è spostata verso l'addome. Si evidenzia che:

- L'**addome era "gobbo"** alle 3 di notte, segno di un significativo accumulo di sangue. Questo è indicativo di una raccolta emorragica che si stava verificando da molte ore, visto che la paziente era stata stabilizzata con il **Bakri Balloon** già dalle 22:45.
- Il gonfiore addominale è il segnale di un sanguinamento occulto che si era accumulato progressivamente in addome, e che era stato erroneamente trascurato poiché i medici avevano ipotizzato che l'emorragia fosse sotto controllo, basandosi sull'apparente riduzione delle perdite uterine visibili.



Quindi, non si tratta di una nuova emorragia, ma di una **continuazione della prima emorragia** che non era stata adeguatamente gestita e monitorata, e che si era spostata nell'addome, come dimostrato dal "gobbo" rilevato alle 3 di notte.

Contestazione:

1. **Accumulo di sangue nell'addome:** Dato che l'addome si era gonfiato progressivamente, è ragionevole sostenere che l'emorragia non si sia mai interrotta. Una nuova emorragia sarebbe stata rilevata in modo più tempestivo e non avrebbe causato un tale accumulo senza manifestazioni cliniche evidenti.
2. **Mancanza di monitoraggio strumentale:** Il fatto che il team medico non abbia eseguito un monitoraggio strumentale adeguato (come un'ecografia o TAC) per rilevare perdite occulte in addome è una chiara violazione delle linee guida e delle buone pratiche mediche.

Alla luce di queste evidenze, la tesi che vi siano state **due emorragie distinte** appare insostenibile, e il caso indica chiaramente una **emorragia unica e persistente** che si era spostata in addome smentendo la tesi che l'emorragia fosse stata arrestata con il posizionamento del Bakri Ballon.

L'analisi dei documenti rivela che i sanitari hanno dichiarato che l'emorragia si era fermata temporaneamente e poi era ripresa, ma secondo le evidenze documentate, appare chiaro che l'emorragia non si è mai realmente arrestata. Il versamento emorragico si è progressivamente spostato nell'addome, come indicato dalle descrizioni dell'addome "gobbo" nelle prime ore dopo il posizionamento del Bakri Balloon.

La sentenza sostiene che l'emorragia originaria si era fermata e che successivamente ne era iniziata una nuova, ma questo è contraddetto dai risultati degli esami, che mostrano un continuo deterioramento dei parametri ematici e dall'assenza di versamento libero nell'addome fino a un punto avanzato della notte, il che indica che l'emorragia era stata costante ma si era localizzata in uno spazio confinato, per poi espandersi successivamente. La raccolta ematica continuava durante tutto il periodo, come dimostrato dall'incremento dei valori emogasanalitici e dal peggioramento progressivo delle condizioni della paziente .

Questa valutazione è supportata dalle linee guida che indicano la necessità di monitoraggi costanti e strumentali (come ecografie) per rilevare versamenti



occulti. La sola palpazione non è considerata sufficiente per monitorare l'emorragia interna, specialmente in casi di sospetto accumulo emorragico occulto. Di conseguenza, non seguire tali protocolli, come indicato nelle linee guida, ha contribuito a una valutazione errata dello stato clinico della paziente.

Perché muore Lavinia: motivazioni sentenza

In sostanza i redattori della sentenza sostengono che sono i 45 minuti di perdita di tempo iniziale che avrebbero determinato la morte di Lavinia, lo ripetono in varie fasi:

“Queste valutazioni sono state espresse anche con riferimento specifico al ritardo di 45 minuti per arrestare l'emorragia. Risulta evidente che esse si riferivano alla sofferenza multiorgano che il protrarsi dell'emorragia aveva procurato, dimostrata dall'elevata acidosi registrata alle ore 20:37, quando era rilevato un pH 7,068, considerando che sotto il valore di 7 essa è incompatibile con la vita (vedi deposizione Chiantera). Non si ha la prova che tale ritardo abbia condotto all'instaurazione della CID che avrebbe portato a morte la paziente, ma essa ha certamente aggravato il rischio che ciò avvenisse. Infatti, si trattava di una emorragia imponente, che, avrebbe procurato uno stato di shock, il quale fa presumere che siano stati persi non meno di 2 litri di sangue.”

Da questo primo estratto deduciamo che i giudici presumono che si siano persi 2 litri di sangue (ne abbiamo parlato prima), che alle 20:37 la situazione era quasi compromessa *“sotto il valore di 7 essa è incompatibile con la vita”* facendo riferimento a Chiantera che invece dirà in dibattimento che Lavinia era irrecuperabile solo alle 3:30 del mattino e i periti di appello che Lavinia avrebbe potuto salvarsi ben dopo le 20:37 con un intervento tempestivo, gli stessi medici che mettono nero su bianco che non c'era alcuna CID.

Molteplici contraddizioni, non ultima quella relativa all'isterectomia, se c'era una tale gravità alle 20:37 tale da compromettere tutto il decorso allora è anche dimostrato proprio da questa sentenza che nella notte hanno condotto l'intervento di isterectomia su una persona praticamente deceduta e questo costituisce un reato, ne parleremo in seguito.

Ma andiamo avanti, **dalle motivazioni della sentenza di appello:**



“Poiché le pratiche dirette ad arrestare le perdite di sangue attraverso il pallone emostatico iniziavano con un ritardo di 40-45 minuti, risultava aggravata la perdita dei fattori di coagulazione perché in quel tempo l'emorragia era proseguita...

Appare condivisibile, poi, l'ulteriore conclusione cui giungono i periti nella loro relazione, i quali evidenziano che “a partenza dalla constatazione di uno stato di shock e sanguinamento alle ore 3:30 da parte della Dottssa Granese, sino al decesso (8:45 del 23.9.2016) non sono evidenziabili condotte penalmente rilevanti, soprattutto in quanto ormai, stante l'avanzamento delle problematiche patologiche ed in particolare l'instaurazione di uno stato di shock e di una coagulopatia da consumo o di CID, non è possibile ritenere, in termini controfattuali, che condotte alternative, se poste in essere, avrebbero potuto salvare la vita della paziente.”

E poi proseguono con le loro conclusioni *“In realtà, lo stato shock era stato causato da una coagulopatia già conclamata e di fatto irreversibile, rispetto al quale ogni tentativo di rianimare la paziente e lo stesso intervento di isterectomia era di fatto inutile, come dimostrato dall'evoluzione clinica successiva. Non è quindi necessario esaminare le condotte degli imputati da quel momento in poi, poiché esse, comunque vengano valutate, non avrebbero potuto impedire l'exitus infausto che da lì a poche ore inevitabilmente si sarebbe verificato.”*

Prima di analizzare in dettaglio cosa i giudici sostengano facciamo immediatamente notare che essi riportano solo una parte del paragrafo redatto dai periti che noi riportiamo per intero di seguito, **dalla perizia di appello:**

Durante questo ultimo step clinico e periodo cronologico, a partenza dalla constatazione di uno stato di shock e sanguinamento alle ore 3:30 da parte della Dottssa Granese, sino al decesso (8:45 del 23.9.2016) non sono evidenziabili condotte penalmente rilevanti, soprattutto in quanto ormai, stante l'avanzamento delle problematiche patologiche ed in particolare l'instaurazione di uno stato di shock e di una coagulopatia da consumo o di CID, non è possibile ritenere, in termini controfattuali, che condotte alternative, se poste in essere, avrebbero potuto salvare la vita della paziente.



E' invece da sottolineare ancora come si sarebbe dovuti giungere ad un intervento risolutivo ben prima, quando, soprattutto in esito alle buone condizioni cliniche presentate dalla Marano (Aldrete 10) al termine dell'intervento di apposizione di Bakri balloon, che tuttavia, ricordiamo, non aveva arrestato il sanguinamento, captando tempestivamente il fallimento degli interventi precedentemente posti in essere, la paziente avrebbe potuto affrontare un nuovo step interventistico con ottime possibilità di positivo outcome.

I periti fanno sì questa affermazione non condivisibile sulle condotte penalmente rilevanti, che invece lo sono e lo capiremo in seguito, ma parlano di shock o coagulopatia o CID poco dopo, **dalla perizia di appello**: *“in accordo con i CCTT del PM, quando discutono della insorgenza della CID, rileviamo la assenza di fattori scatenanti tale sindrome”* e in sostanza ci comunicano che non c'erano i classici fattori scatenanti per la CID, ma la coagulopatia osservata è attribuibile al sanguinamento massivo, che ha portato all'esaurimento dei fattori della coagulazione, MA ci dicono anche che *“E' invece da sottolineare ancora come si sarebbe dovuti giungere ad un intervento risolutivo ben prima”*.

Quindi i giudici scagionano gli imputati prendendo una porzione di paragrafo della perizia di appello che invece, se letto tutto, li condannerebbe.

Ma torniamo alla coagulopatia; sussisteva quindi una 'strana' coagulopatia insorta alle 3:30 o prima che ha portato Lavinia alla morte; leggiamo cosa scrivono i giudici nelle **motivazioni**:

“...Poiché questa era all'epoca dei fatti la situazione organizzativa del laboratorio centralizzato del Policlinico Universitario di Messina, appare assolutamente comprensibile che, data l'emergenza in cui aveva operato il dott. Vazzana che, intorno alle ore 21:00, aveva già la paziente in stato di shock ipovolemico.”

Da qui capiamo che i giudici confermano che sussisteva uno shock ipovolemico alle 21 e probabilmente ben prima con perdita ingente di sangue ma poi si accorgono che alle 3:30 **dopo 6 ore e 30** e dopo innumerevoli opportunità di salvarla e innumerevoli errori insorge una coagulopatia da consumo. Approfondiamo brevemente:



La **coagulopatia** è una condizione in cui la capacità del sangue di coagulare è compromessa. Può essere causata da molteplici fattori, tra cui sanguinamento massivo, malattie sistemiche, infezioni o complicazioni chirurgiche. Quando i fattori della coagulazione sono esauriti o disfunzionali, il corpo non è più in grado di fermare le emorragie, portando a un grave rischio per la vita del paziente.

Ora, di fronte a un caso di **emorragia post-partum**, è semplicemente inaccettabile e scandaloso che un'équipe medica rilevi uno **shock ipovolemico** (perdita critica di sangue che porta a una riduzione del volume ematico e, di conseguenza, alla compromissione della perfusione degli organi vitali) **alle 21**, per poi procedere con interventi del tutto inadeguati. Non monitorare adeguatamente la paziente, non intervenire con urgenza e, ancora peggio, **attendere per ore senza agire tempestivamente**, è una negligenza imperdonabile.

Rilevare **alle 3:30 del mattino** una **coagulopatia** non fa altro che confermare la gravità dell'errore. Non si tratta di un evento imprevisto: questa coagulopatia non è "apparsa" dal nulla, ma è la conseguenza diretta e prevedibile dello shock ipovolemico non trattato adeguatamente. Ignorare l'urgenza di trattare l'emorragia e consentire che il corpo della paziente consumi tutti i fattori della coagulazione a causa della massiccia perdita di sangue, è un fallimento medico grave.

In un contesto in cui il tempo è critico e ogni minuto può fare la differenza tra la vita e la morte, la lentezza e l'inerzia del team medico sono francamente sconcertanti. È scandaloso che si sia permesso il deterioramento della situazione fino a un punto così critico, quando un intervento tempestivo avrebbe potuto prevenire lo sviluppo di una condizione così devastante come la coagulopatia da consumo.

Inequivocabilmente, la morte di Lavinia è stata causata dallo **shock ipovolemico** conseguente a un'emorragia post-partum dovuta a **atonia uterina**. Questi fattori non erano ipotetici o incerti: erano chiaramente identificabili e prevedibili, ben documentati nella letteratura medica. L'atonia uterina è una delle cause più comuni di emorragia post-partum, e lo shock ipovolemico che ne consegue richiede un intervento tempestivo e aggressivo per evitare la progressione verso complicazioni fatali.

Di fronte a fatti così chiari e inconfutabili, la condotta dei medici risulta ancora più grave. Non solo non hanno agito con la necessaria urgenza per trattare



l'emorragia e prevenire lo shock ipovolemico, ma hanno anche ignorato i segni evidenti della condizione critica della paziente. Il loro ritardo e la mancanza di monitoraggio efficace hanno consentito il peggioramento della situazione fino a un punto di non ritorno. Questa negligenza sistematica è inaccettabile e ha portato alla tragica, ma evitabile, morte della paziente.

Perché muove Lavinia: perizia di appello

In sostanza i giudici incredibilmente sosterranno che Lavinia sia morta a causa di un lieve ritardo di 40 minuti che poi avrebbe instaurato la CID. Ma la CID non c'era e lo scrivono proprio i periti di appello:

“Fatta questa premessa, in accordo con i CCTT del PM, quando discutono della insorgenza della CID, rileviamo la assenza di fattori scatenanti tale sindrome”

E in merito ai ritardi:

“Ciò determinava una perdita di tempo di circa 45 minuti dalle ore 20:30 circa alle ore 21:15, mentre, al continuare del sanguinamento, gli ulteriori interventi dovevano essere il più possibile anticipati.”

“Pur non essendo necessario ricoverare la paziente in terapia intensiva, era invece necessario un seguito clinico medico attento e prudente, capace di captare immediatamente segni di sanguinamento in atto, evitando di giungere ad una situazione di shock.”

“Dunque, deve ritenersi censurabile, per imprudenza, la condotta posta in essere, in quel momento specifico, dal Prof Triolo, dal Dottor Palmara e dalla Dottessa Granese, che ritenevano terminato il loro compito a fine intervento, tornando apparentemente ciascuno ad altre occupazioni, senza avere prima istituito un regime di monitoraggio ostetrico-ginecologico sufficiente, che fosse in grado di destare allarme al precocissimo verificarsi di segni di ulteriore sanguinamento, che, soprattutto a causa della mancata constatazione del termine dell'emorragia dopo l'apposizione del pallone di Bakri, era evento prevedibile e la cui evoluzione era possibile prevenire.”

“Ciò avrebbe dovuto condurre, con la massima solerzia, ad un intervento di legature arteriose o di isterectomia in tempo utile, prima che la situazione divenisse incontrovertibile. Ciò avrebbe determinato, con ottime possibilità, il salvataggio della vita della Signora Lavinia Marano.”



“Dunque, appaiono censurabili, per imprudenza, le condotte sopra esposte, poste in essere dal Prof Triolo e dai Dottori Denaro, Palmara e Granese e tali condotte devono essere poste in nesso di causalità con il decesso della Signora Lavinia Marano.”

Quindi secondo la perizia di appello, la CID non c'entra nulla, Lavina muore per shock ipovolemico a causa dell'operato dei medici, al ritardo iniziale che è di 2 ore, a partire dal cesareo e non alle 20:00, e a tutte le condotte e omissioni che si aggiungono in seguito inclusi gli interventi tardivi e male eseguiti, l'inspiegabile attendismo e l'assenza di monitoraggio.

Un'emorragia lenta con diagnosi certa e inequivocabile perché era certa l'atonia uterina, in presenza di presidi medici e chirurgici, in un policlinico universitario con linee guida chiare che dovevano solo essere applicate ha portato alla morte Lavinia che poteva essere salvata in molteplici occasioni ed è morta a causa del gravissimo operato dei sanitari.

Periti: gli *“ulteriori interventi”* che *“dovevano essere il più possibile anticipati.”* E sono proprio *“le condotte ... poste in essere dal Prof Triolo e dai Dottori Denaro, Palmara e Granese e tali condotte devono essere poste in nesso di causalità con il decesso della Signora Lavinia Marano”* che se avessero operato *“con la massima solerzia, ad un intervento di legature arteriose o di isterectomia in tempo utile, prima che la situazione divenisse incontrovertibile. Ciò avrebbe determinato, con ottime possibilità, il salvataggio della vita della Signora Lavinia Marano.”*

Sono esattamente le parole della perizia di appello ma i giudici le interpretano a favore degli imputati in modo clamoroso.

Rammentiamo che stiamo semplicemente utilizzando la perizia di appello e le linee guida; stiamo evitando di utilizzare le perizie di parte per quanto precise ed oggettive siano per dimostrare quanto plateale sia la folle ricostruzione di queste motivazioni.

Ulteriori elementi da considerare

Insorgenza dell'emorragia

Abbiamo analizzato prima come l'insorgenza dell'atonia e dell'emorragia debba essere individuata immediatamente dopo il cesareo. Analizziamo i tempi di insorgenza dell'emorragia da un'altra prospettiva; giungeremo alle stesse conclusioni.



Dalle informazioni estratte dai documenti, sembra che l'orario riportato ufficialmente per la scoperta dell'emorragia da parte dell'ostetrica, osservando le lenzuola macchiate di sangue, sia intorno alle **20:00 del 22 settembre**. Tuttavia, vi sono elementi in alcuni documenti che fanno sospettare che l'emorragia sia iniziata molto prima.

Vi è un periodo di tempo non spiegato adeguatamente tra le **19:15** e le **20:20**, durante il quale non sembra esserci stato alcun monitoraggio o rilevazione di parametri vitali ed è stato appurato che ci sono state evidenti carenze nel monitoraggio, che hanno portato a un ritardo nella scoperta del sanguinamento.

Inoltre, vi è uno scambio di messaggi di Lavinia alle 19:18 mentre allatta per la prima e ultima volta il proprio bimbo; Lavinia scatta una foto alle 19:18 la invia, si sente male e poco dopo, intorno alle 19:30 interrompe le comunicazioni. Sappiamo che si sentì male improvvisamente e le portarono via il bambino, è certo quindi che l'emorragia insorga prima.

Se Lavinia ha iniziato a sentirsi male intorno alle **19:18** durante l'allattamento e ha riportato sintomi come calo pressorio e altri sintomi correlati a uno shock emorragico, è ragionevole presumere che l'emorragia sia iniziata **prima** di quel momento. I sintomi di malessere come calo pressorio, debolezza e malessere generalizzato possono infatti essere una conseguenza diretta di una perdita ematica significativa già in atto, che stava progressivamente riducendo il volume ematico e la pressione arteriosa.

Considerando che Lavinia ha avvertito i sintomi attorno alle **19:18**, l'inizio dell'emorragia potrebbe essere avvenuto già **nei minuti o nell'ora precedente**, durante il decorso post-cesareo. L'emorragia post-partum da atonia uterina, specialmente dopo un taglio cesareo, può insorgere quasi subito dopo l'intervento, come suggerito dai protocolli clinici, e portare rapidamente a una situazione di shock se non trattata tempestivamente.

Se si conferma che l'emorragia è stata notata ufficialmente solo intorno alle **20:00**, ciò rafforza l'ipotesi che ci sia stato un ritardo significativo nel riconoscimento dell'emorragia, che era già in corso prima delle **19:18**. Questo, unito alla discrepanza degli orari e agli elementi forniti dalle perizie, potrebbe costituire ulteriore prova per ipotizzare un errore o una falsificazione nella documentazione clinica riguardo all'orario effettivo di insorgenza dell'emorragia.



Isterectomia

Dalla motivazione della sentenza di appello troviamo questi riferimenti sulla gravità della situazione:

Ore 3:30 del 23 settembre *“In realtà, lo stato shock era stato causato da una coagulopatia già conclamata e di fatto irreversibile, rispetto al quale ogni tentativo di rianimare la paziente e lo stesso intervento di isterectomia era di fatto inutile, come dimostrato dall'evoluzione clinica successiva. Non è quindi necessario esaminare le condotte degli imputati da quel momento in poi, poiché esse, comunque vengano valutate, non avrebbero potuto impedire l'exitus infausto che da lì a poche ore inevitabilmente si sarebbe verificato.”*

Lavinia muore per shock ipovolemico da EPP da atonia uterina in 10 ore, questo è accertato anche dai periti di appello, quindi nessuna CID e nessuna coagulopatia o evento ineluttabile ma piuttosto una gestione criminale che ha portato alla morte di Lavinia; ma commentiamo quanto abbiamo appena letto in sentenza ed in particolare il fatto che i giudici decidono deliberatamente di non esaminare le condotte degli imputati dopo le 3:30, condotte gravemente irresponsabili, penalmente rilevanti e contrarie ai principi etici professionali. I medici coinvolti in questi eventi sono: **Onofrio Triolo**, **Vittorio Palmara**, **Roberta Granese** e l'anestesista **Pasquale Vazzana** che ha partecipato all'intervento e ha riportato nella cartella anestesiologicala diversi episodi di arresto cardiaco durante la procedura. L'isterectomia è stata eseguita in emergenza alle ore **4:20** del 23 settembre e si è conclusa alle **6:50**.

1. **Operare una persona irrecuperabile o già morta:** Se i medici erano consapevoli che Lavinia fosse ormai **irrecuperabile** o già clinicamente morta (o prossima al decesso), l'intervento chirurgico eseguito potrebbe essere valutato come una **condotta penalmente rilevante**. L'articolo 589 del Codice Penale italiano punisce l'omicidio colposo, ma qui ci troviamo in una situazione in cui, se i medici sapevano che Lavinia non poteva essere salvata, il compimento di un intervento chirurgico potrebbe essere visto come un atto **privo di utilità terapeutica**. Se l'intervento è stato eseguito solo per poter dire formalmente di aver rispettato le linee guida, senza alcuna reale aspettativa di miglioramento clinico, questo potrebbe configurarsi come una condotta **abusiva** o **inappropriata** dal punto di vista etico e medico. L'esecuzione di un intervento chirurgico in assenza di un **razionale clinico** potrebbe comunque configurarsi come una **violazione dei**



doveri professionali e del principio di **appropriatezza terapeutica**, che richiede che ogni trattamento medico abbia una finalità curativa concreta. Questo comportamento potrebbe quindi rientrare in una violazione della **responsabilità medica** per negligenza o imperizia. Inoltre, **operare in tali circostanze** potrebbe essere considerato una **violazione del principio del consenso informato**. Il consenso informato deve essere fondato sulla possibilità di un esito positivo del trattamento, e se non vi era alcuna reale possibilità di miglioramento, eseguire l'intervento senza informare correttamente la paziente (o i suoi familiari, in caso di incapacità della paziente) potrebbe configurare una **violazione deontologica** e potenzialmente penale, ai sensi dell'articolo 590-sexies c.p. (responsabilità colposa per morte o lesioni in ambito sanitario)**.

2. **Il comportamento della Granese:** Il comportamento della Dott.ssa Granese, che dichiara che l'intervento è andato bene e che aggiunge dettagli macabri come il fatto che Lavinia non sarebbe andata in menopausa, rappresenta una **violazione etica grave**. Dichiarare che l'intervento è "andato bene", quando la paziente era già in condizioni gravissime e senza possibilità di recupero, denota un'inaccettabile mancanza di rispetto per la vita e la dignità della paziente. Questo tipo di condotta potrebbe essere visto come una **negligenza morale** e potrebbe far emergere la responsabilità penale, configurandosi come una **condotta ingannevole** e priva di adeguata trasparenza nei confronti della famiglia della paziente. Inoltre, il comportamento della Granese potrebbe essere valutato sotto l'aspetto disciplinare all'interno della professione medica.
3. **Falsificazione dell'orario di morte:** La dichiarazione della morte di Lavinia alle **8:45**, quando era già stata considerata irrecuperabile dalle **3:30**, potrebbe essere considerata un altro **falso in cartella clinica** (art. 479 c.p.), se tale documentazione è stata alterata per nascondere la reale tempistica degli eventi. Dichiarare formalmente la morte a un orario successivo potrebbe servire a giustificare condotte mediche che non avevano alcuna utilità terapeutica. Questo potrebbe implicare una **falsificazione deliberata** volta a mascherare gli errori nella gestione del decorso post-operatorio e nell'intervento tardivo.
4. **Comportamento dei giudici:** La decisione dei giudici di non esaminare le condotte degli imputati a partire dalle **3:30**, considerando



ormai Lavinia irrecuperabile, può essere contestata da un punto di vista giuridico e deontologico. I giudici sembrano affermare che, poiché l'exitus era ormai inevitabile, non vi fosse la necessità di valutare ulteriori responsabilità. Tuttavia, questa scelta è discutibile, poiché le condotte successive a tale momento possono comunque configurare **reati** se si dimostra che vi è stata una **falsificazione** delle cartelle cliniche o un **intervento privo di utilità terapeutica**, come nel caso dell'isterectomia. Non valutare tali condotte può essere visto come un **omesso approfondimento delle responsabilità penali** degli imputati, che potrebbero aver agito con negligenza o dolo anche dopo che la paziente era stata considerata irrecuperabile.

Conclusione:

Le condotte descritte, tra cui l'esecuzione di un intervento su una paziente dichiarata irrecuperabile, il comportamento ingannevole della Dott.ssa Granese e la possibile falsificazione dell'orario di morte, pongono seri dubbi di natura **penale** ed **etica**. La decisione dei giudici di non approfondire queste condotte lascia spazio a una possibile **violazione del principio di completezza nella valutazione del caso**, che deve essere impugnata in sede di Cassazione.

Consenso informato

Le carenze in ambito di consenso informato sono diffuse e gravi. In tutti gli interventi, i pazienti devono essere informati in modo completo sui rischi, benefici e alternative. La mancata comunicazione di queste informazioni costituisce una violazione dei diritti dei pazienti e una trasgressione dei principi fondamentali di legge sul consenso informato:

Ecco una sintesi delle principali carenze in ambito di consenso informato emerse dai documenti:

1. **Cesareo e stimolazione uterina:** Il consenso firmato dalla paziente non riportava informazioni dettagliate sui rischi legati alla prolungata stimolazione uterina e all'elevato rischio di atonia uterina e emorragia post-partum, rendendo il consenso sostanzialmente viziato.
2. **Induzione del travaglio:** Mancavano dettagli sui rischi associati all'uso delle prostaglandine, specialmente considerando le condizioni specifiche della paziente, compromettendo la validità del consenso informato.



3. **Posizionamento del Bakri Balloon:** La paziente non era stata adeguatamente informata sull'efficacia limitata del dispositivo e sulle possibili complicanze post-cesareo, configurando una grave mancanza nel consenso. Non vi era traccia di consenso informato, né orale né scritto, fornito alla paziente o ai familiari, violando il loro diritto di autodeterminazione.
4. **Isterectomia:** L'intervento non era stato discusso a fondo con la paziente o i familiari, mancando una spiegazione chiara sulla natura irreversibile dell'intervento e le sue conseguenze, un grave errore data l'invasività della procedura. Non vi era traccia di consenso informato, né orale né scritto, fornito alla paziente o ai familiari, violando il loro diritto di autodeterminazione.

Tutte queste mancanze hanno compromesso la possibilità per la paziente e i familiari di prendere decisioni consapevoli, costituendo violazioni gravi del consenso informato.

Rammentiamo che le **violazioni del consenso informato** possono avere conseguenze sia in **ambito civile** che **penale**, a seconda della gravità e delle circostanze specifiche del caso.

1. Ambito civile:

- In ambito civile, la violazione del consenso informato può dar luogo a una richiesta di **risarcimento danni** da parte del paziente. Questo tipo di azione si basa sulla responsabilità contrattuale o extracontrattuale del medico o della struttura sanitaria, che non ha adempiuto all'obbligo di informare il paziente sui rischi, benefici e alternative di un intervento.
- Il risarcimento può riguardare **danni morali, biologici o economici** subiti dal paziente per aver subito un intervento senza essere adeguatamente informato.

2. Ambito penale:

- In ambito penale, la violazione del consenso informato può configurare **reati come lesioni personali** o, nei casi più gravi, omicidio colposo se l'intervento ha portato alla morte del paziente. La responsabilità penale si basa sulla mancanza di consenso valido e consapevole prima di eseguire un intervento invasivo o rischioso.



- In caso di lesioni gravi o morte, la mancanza di consenso può essere considerata un'aggravante.

Il **consenso informato** è un **obbligo legale** e deontologico del medico, e la sua violazione può comportare conseguenze in ambito **civile e penale**.

I giudici di appello hanno ritenuto di non doversi occupare della questione.

Legge Balduzzi, legge Gelli Bianco e Sentenza Cassazione 42270/2017

La sentenza di assoluzione si basa sull'applicazione della **legge Balduzzi** del 2012, che prevede l'esclusione della responsabilità penale per **colpa lieve** qualora il medico abbia rispettato le **linee guida** o le **buone pratiche cliniche** accreditate dalla comunità scientifica. Tuttavia, è stato dimostrato che nel caso in esame i medici non hanno rispettato queste linee guida in modo evidente, sollevando dubbi sull'applicabilità della colpa lieve. Nonostante queste violazioni, la legge Balduzzi ha consentito di giudicare la loro condotta non punibile penalmente, nonostante non fossero soddisfatti i requisiti minimi per escludere la responsabilità (Medmal Insurance) (Quotalo).

Con la **legge Gelli-Bianco** del 2017, sono state introdotte modifiche significative al regime della responsabilità medica, con l'intento di correggere le incongruenze della Balduzzi. Una delle modifiche più rilevanti è l'eliminazione della distinzione tra **colpa lieve e colpa grave** per la **negligenza e l'imprudenza**. La Gelli-Bianco prevede che il medico possa essere esonerato dalla punibilità solo nel caso di **imperizia** se dimostra di aver rispettato le linee guida specifiche e validate. Non esiste più un'esenzione per la **negligenza** o l'**imprudenza**, rendendo la legge più severa rispetto alla Balduzzi (Studio Legale Magnarelli) (Studio Legale Scarpellini).

Nonostante il legislatore abbia cercato di rimediare ai limiti della Balduzzi con la Gelli-Bianco, la legge prevede che debba essere applicata la normativa più favorevole per gli imputati, come stabilito dal principio del **favor rei**. Questo consente l'applicazione della **legge Balduzzi** nel caso in esame, anche se successivamente abrogata o modificata (Quotalo) (Studio Cataldi).

Infine, la **sentenza della Corte di Cassazione n. 42270/2017** ha chiarito ulteriormente l'importanza del **nesso di causalità** tra la condotta medica e l'evento fatale. La Corte ha sottolineato che non ci si può basare solo su



probabilità statistiche per determinare la colpevolezza, ma è necessario un **giudizio di alta probabilità logica**, che prenda in considerazione le circostanze specifiche del caso, come l'andamento della patologia e l'efficacia delle terapie somministrate (Studio Cataldi)(Studio Legale Magnarelli). Questo principio è calzante nel caso esaminato, dove le condotte mediche negligenti e imperite hanno avuto un ruolo evidente nel deterioramento delle condizioni della paziente.

Sebbene la **sentenza della Corte di Cassazione n. 42270/2017** faccia riferimento alla **Legge Gelli-Bianco** del 2017, che non era in vigore al momento del reato nel tuo caso, è possibile farne riferimento per le **interpretazioni giurisprudenziali** che essa offre. Questo perché la sentenza non introduce una nuova legge, ma chiarisce come applicare principi giuridici già esistenti, come il **nesso di causalità** e il concetto di **alta probabilità logica** nel contesto della responsabilità medica per omicidio colposo.

In particolare, le linee guida giurisprudenziali della sentenza, che riguardano il modo in cui valutare il nesso di causalità tra condotta medica e decesso, possono essere utilizzate anche nei procedimenti che si riferiscono a fatti precedenti all'entrata in vigore della Legge Gelli-Bianco. **La giurisprudenza** (cioè le interpretazioni date dai giudici) si applica retroattivamente ai procedimenti in corso, soprattutto quando riguarda l'interpretazione di norme di lunga durata, come il Codice Penale (Studio Cataldi)(Responsabile Civile).

Quindi, anche se la Legge Gelli-Bianco non si applica direttamente al nostro caso, si può fare riferimento a questa sentenza della Cassazione per sostenere argomentazioni sul **nesso causale** o per contestare l'approccio del giudice di merito rispetto alla responsabilità medica.

Prescrizione 10 anni?

Infine riportiamo quanto letto nel seguente articolo dello studio legale Magnarelli, attualmente in fase di analisi e approfondimenti:

“Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell’esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma”.

L’articolo 589 del Codice Penale disciplina l’omicidio colposo e, come recita la norma dell’articolo 590-sexies, di conseguenza anche l’omicidio colposo



*medico che viene punito con **la reclusione da sei mesi a cinque anni**. Trattandosi di omicidio colposo, il termine di prescrizione è decennale anziché di cinque anni." (Studio Legale Magnarelli).*

Nel caso in esame, il reato contestato è **omicidio colposo** in ambito medico, per il quale la pena massima prevista dal **Codice Penale** è di **5 anni**. Anche in assenza di aggravanti specifiche, il termine di prescrizione non può essere inferiore a **6 anni**, come stabilito dall'articolo **157 del Codice Penale**.

Tuttavia, in questo caso si applica il **principio del doppio della pena massima**, portando il termine di prescrizione a **10 anni**. Questo perché l'omicidio colposo è considerato un reato grave che comporta la morte di una persona, e quindi la legge prevede termini più lunghi per garantire la giustizia.

Inoltre, in presenza di **atti interruttivi** (come l'inizio delle indagini o il rinvio a giudizio), il termine di prescrizione può essere esteso fino a **7 anni e 6 mesi**. Tuttavia, nel caso specifico, il calcolo si basa sul doppio della pena massima, mantenendo il termine di **10 anni** per la prescrizione del reato (Avvocati Europei)(Studio Legale Magnarelli).

Imputati e reati

Si precisa che nell'elenco delle imputazioni seguenti non sono stati inseriti i seguenti capi di imputazione che non fanno parte di quelli originari ma che andrebbero integrati senza indugio:

- Falso in cartella sia per l'insorgenza dell'emorragia sia per quanto riguarda l'ora del decesso
- Reati connessi al consenso informato
- Reati connessi all'intervento di isterectomia privo di utilità terapeutica

Per i dettagli si rimanda ai relativi paragrafi.

Triolo Onofrio

Accuse legali:

- Omissione di un intervento tempestivo, nonostante la gravità della situazione, rifiutando di eseguire l'isterectomia immediatamente dopo l'inserimento del Bakri Balloon, nonostante il persistere dell'emorragia.
- Allontanamento dal reparto durante il periodo critico, lasciando la paziente sotto cure non adeguate.



- Partecipazione alla decisione di applicare il Bakri Balloon, trattamento non risolutivo nella situazione specifica, che ha ritardato l'isterectomia.
- Accusato di non aver sottoposto la paziente a infusione continua di NALADOR e ad altri presidi terapeutici nel post-operatorio del parto cesareo per prevenire l'atonia post partum.
- Accusato di non aver monitorato adeguatamente la paziente nel post-operatorio

Motivazioni tecnico-mediche: Triolo Onofrio oltre ad un ruolo operativo, in qualità di primario dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia, ricopriva un ruolo di garanzia per l'applicazione dei protocolli clinici, la gestione dei presidi terapeutici e l'assicurazione che il personale in servizio fosse qualificato e in grado di intervenire adeguatamente. Nonostante ciò, è accusato di aver omesso un intervento tempestivo e risolutivo, in particolare di aver ritardato l'isterectomia necessaria dopo l'inserimento del Bakri Balloon, nonostante il persistere dell'emorragia. Tale scelta ha rappresentato una grave mancanza di prudenza e tempestività, aggravata dall'allontanamento dal reparto durante un momento critico, lasciando la paziente sotto cure non adeguate. Triolo ha inoltre partecipato alla decisione di utilizzare il Bakri Balloon, un trattamento non risolutivo nella specifica situazione clinica, che ha ulteriormente ritardato l'intervento chirurgico d'urgenza. È accusato, inoltre, di non aver sottoposto la paziente a infusione continua di NALADOR e ad altri presidi terapeutici necessari nel post-operatorio del parto cesareo per prevenire l'atonia post partum, aggravando così la situazione. La mancanza di un adeguato monitoraggio delle condizioni della paziente nel post-operatorio è un ulteriore elemento di colpa, in quanto la gestione del rischio emorragico e delle complicanze era fondamentale per la salvaguardia della vita della paziente, responsabilità che ricade direttamente su Triolo nella sua veste di primario.

Denaro Antonio

Accuse legali:

- Omissione di somministrare farmaci appropriati come il Nalador e altri uterotonici nelle fasi immediatamente successive al parto cesareo.
- Mancata registrazione della quantità di sangue perso dalla paziente durante e dopo il parto cesareo.
- Decidere per un cesareo in "urgenza" quando non c'erano chiare indicazioni per un intervento urgente.



Motivazioni tecnico-mediche: La mancata somministrazione tempestiva del Nalador, farmaco fondamentale per prevenire l'atonia uterina, rappresenta un grave errore clinico, specialmente in un contesto di travaglio prolungato. L'utero era già compromesso, e il mancato monitoraggio continuo della contrazione uterina ha ulteriormente aggravato la situazione. Il taglio cesareo è stato eseguito in maniera affrettata, senza considerare un intervallo di riposo uterino adeguato per prevenire complicanze, che erano prevedibili viste le condizioni della paziente .

Tomasella Quattrocchi

Accusa legale:

- Imputata per cooperazione nel reato di omicidio colposo, in quanto coinvolta nell'intervento di taglio cesareo e nel successivo monitoraggio post-operatorio della paziente.
- Accusata di non aver somministrato tempestivamente farmaci uterotonici, come il Nalador, dopo il parto cesareo per prevenire l'atonia uterina.
- Responsabile, insieme agli altri medici, di non aver monitorato adeguatamente le condizioni della paziente nel periodo successivo al parto, non segnalando tempestivamente l'emorragia in atto.

Motivazione tecnico-medica: Dal punto di vista medico, l'assenza di somministrazione immediata di farmaci uterotonici più potenti per prevenire l'atonia uterina, specialmente in una paziente a rischio come Lavinia Marano, rappresenta una mancanza significativa. L'atonia uterina era prevedibile data l'età avanzata della paziente e le complicanze derivanti dall'induzione del travaglio. Il mancato monitoraggio attento dei segni di emorragia post-partum e la mancata adozione di misure correttive adeguate in tempo utile hanno contribuito al peggioramento del quadro clinico della paziente fino al suo decesso .

Palmara Vittorio

Accuse legali:

- Accusato insieme a Triolo di non aver sottoposto la paziente a infusione continua di NALADOR e altri presidi terapeutici nel post-operatorio per prevenire l'atonia post partum.



- Partecipazione alla decisione di applicare il Bakri Balloon nonostante il persistere dell'emorragia, senza procedere immediatamente all'isterectomia.
- Omissione di monitorare adeguatamente la paziente dopo l'intervento, in particolare la mancata esecuzione di esami ecografici per valutare l'emorragia.
- Ritardo nell'avvio della terapia emotrasfusionale, che ha contribuito allo shock ipovolemico della paziente.

Motivazioni tecnico-mediche: L'applicazione del Bakri Balloon, scelta condivisa con Triolo, non è stata una soluzione efficace per la paziente, il cui sanguinamento non era stato adeguatamente controllato. La terapia trasfusionale è stata avviata con ritardo, e Palmara ha scelto di non effettuare un'isterectomia immediata, esponendo la paziente a un rischio evitabile. Il mancato monitoraggio adeguato delle condizioni emorragiche post-intervento e l'allontanamento dal reparto, senza un follow-up adeguato, rappresentano una grave negligenza .

Granese Roberta

Accuse legali:

- Accusato insieme a Triolo di non aver sottoposto la paziente a infusione continua di NALADOR e altri presidi terapeutici nel post-operatorio per prevenire l'atonia post partum.
- Mancato monitoraggio continuo e tempestivo delle condizioni emorragiche della paziente dopo l'inserimento del Bakri Balloon.
- Omissione di eseguire un controllo ecografico fino a quando la situazione era già gravemente compromessa.
- Concorso nelle decisioni che hanno ritardato l'esecuzione dell'isterectomia.

Motivazioni tecnico-mediche: La gestione post-operatoria della paziente da parte di Granese è stata inadeguata. Il monitoraggio era passivo e non sufficientemente continuo, e l'ecografia che avrebbe potuto rilevare l'accumulo di sangue addominale è stata eseguita troppo tardi. La mancanza di una tempestiva isterectomia, nonostante la chiara necessità clinica, ha esposto la paziente a un rischio evitabile di emorragia e CID, contribuendo direttamente al decesso .



Pasquale Vazzana

Accusa legale:

- Imputato per omissione del monitoraggio costante e appropriato delle condizioni della paziente dopo l'intervento con il Bakri Balloon, avendo mancato di rilevare tempestivamente segni di peggioramento fino a quando la paziente era già in uno stato grave.
- Non ha eseguito i necessari controlli ecografici per verificare il miglioramento o il peggioramento della situazione emorragica.

Motivazione tecnico-medica: Dal punto di vista medico, il ruolo dell'anestesista è cruciale nel monitoraggio continuo delle condizioni emodinamiche della paziente. Sebbene Vazzana abbia somministrato la terapia trasfusionale e stabilizzato temporaneamente la paziente, non è stata eseguita una valutazione ecografica tempestiva che avrebbe potuto rivelare l'infarcimento emorragico addominale. Il mancato monitoraggio accurato ha ritardato un intervento chirurgico più risolutivo e ha permesso che la paziente degenerasse in uno stato di shock irreversibile. L'allontanamento dal reparto in una situazione di emergenza conclamata senza aver appurato l'arresto dell'emorragia seguendo le prescrizioni delle linee guida, rappresentano una grave negligenza .

Rosario D'Anna

Accusa legale:

- Accusato di aver deciso il ricovero della paziente e l'induzione del travaglio medico senza indicazioni assolute.
- Imputato per aver disposto l'induzione medica del travaglio di parto senza le necessarie indicazioni assolute, come previsto dalle linee guida per una gravidanza protratta oltre 41 settimane.
- Nonostante la decisione di avviare l'induzione, non ha monitorato in modo adeguato l'evoluzione del travaglio e non ha adeguato il trattamento alle specificità della paziente.

Motivazione tecnico-medica: La decisione di indurre il travaglio in una primipara di 44 anni, in assenza di indicazioni cliniche specifiche, è stata un errore medico significativo. L'induzione farmacologica in queste circostanze è



nota per essere associata a un maggiore rischio di fallimento e di complicanze come l'atonia uterina. Il monitoraggio inadeguato e la mancanza di tempestivi aggiustamenti terapeutici hanno aggravato la situazione.

Ulteriori valutazioni:

- **Ruolo di supervisione:** Anche se D'Anna non ha firmato direttamente, ha comunque avuto un ruolo decisionale e di supervisione nel decidere il ricovero della paziente e nell'avviare il processo di induzione del travaglio. Come medico responsabile, è tenuto a garantire che le procedure seguite siano conformi alle linee guida e che i rischi specifici della paziente siano valutati e mitigati.
- **Colpa organizzativa:** In quanto parte dell'equipe medica, la responsabilità di monitorare adeguatamente l'evoluzione del travaglio e di intervenire tempestivamente non può essere esclusa sulla base della mancanza di una firma. Il sistema medico e l'organizzazione dei turni potrebbero aver contribuito al mancato monitoraggio continuo e adeguato.
- **Errore nella valutazione iniziale:** D'Anna ha disposto il ricovero e l'induzione del travaglio in una paziente primipara di 44 anni, un'età avanzata che comporta rischi particolari, senza indicazioni assolute per l'induzione. Questo è un errore significativo di valutazione, aggravato dal fatto che non ha monitorato in modo continuo le condizioni della paziente dopo l'induzione.
- **Responsabilità per l'induzione inappropriata:** Anche se non è stato lui a praticare materialmente l'induzione, la sua decisione iniziale ha contribuito a esporre la paziente a rischi che potevano essere evitati. La mancanza di indicazioni assolute per l'induzione e la scelta di procedere comunque sono motivazioni forti per sostenere la colpa di D'Anna, anche senza la firma.

Russo Lacerna Angelina

Accusa legale:

- Accusata di non aver monitorato correttamente la paziente durante il post-operatorio e di non aver rilevato tempestivamente i segni di un'emorragia interna.



- Manca di aver effettuato controlli vitali regolari e di aver segnalato immediatamente i segni di complicanze post-operatorie.

Motivazione tecnico-medica: Dal punto di vista clinico, un'attenta valutazione dei parametri vitali e la tempestiva identificazione dei segni di emorragia post-partum avrebbero potuto evitare l'escalation della situazione. La mancata segnalazione di segni di peggioramento dell'emorragia ha ritardato l'intervento medico necessario, contribuendo al tragico esito. L'assenza di monitoraggio costante, incluso il controllo della diuresi e delle perdite ematiche, ha reso critico il quadro clinico della paziente .

Serafina Villari

Accusa legale:

- Accusata di non aver fornito assistenza adeguata alla paziente durante il suo turno di lavoro, contribuendo così al deterioramento delle condizioni della paziente.
- Non ha effettuato monitoraggio e controlli adeguati sui parametri vitali e non ha eseguito i dovuti rilievi diagnostici nel post-operatorio.

Motivazione tecnico-medica: La corretta gestione post-operatoria di una paziente con un rischio elevato di emorragia richiede un monitoraggio continuo e una valutazione tempestiva di qualsiasi anomalia. L'impegno di Villari in altre attività potrebbe aver ridotto l'attenzione alla paziente critica. La mancata esecuzione di controlli regolari sui parametri vitali e l'insufficienza nel segnalare segni di peggioramento hanno determinato una gestione inadeguata delle complicazioni post-partum .

Maria Grazia Pecoraro

Accusa legale:

- Imputata per non aver eseguito in modo corretto e puntuale i rilievi dei parametri vitali della paziente durante il post-operatorio.
- Non ha monitorato e segnalato i segni di un possibile peggioramento delle condizioni emodinamiche della paziente.

Motivazione tecnico-medica: Il ruolo dell'infermiere nel monitoraggio post-operatorio è essenziale per identificare segni precoci di emorragia interna o altre complicazioni. In questo caso, la mancata esecuzione dei controlli vitali e la mancata comunicazione tempestiva delle alterazioni hanno contribuito



alla degenerazione della situazione clinica. L'insufficiente monitoraggio delle condizioni emodinamiche e respiratorie della paziente ha impedito l'adozione di interventi rapidi ed efficaci .

Tutti gli imputati sono accusati di aver provocato il decesso della paziente Marano Lavinia per shock ipovolemico conseguente a un'emorragia post partum da atonia uterina.

Ricorso in cassazione: un suggerimento per il PG

Ricorso per Cassazione

Il presente ricorso per Cassazione è promosso avverso la sentenza emessa dalla Corte d'Appello di Messina, seconda sezione penale, in data 3 settembre 2024, N. 6553/16 R.G.N.R. N. 804/2023 R.G.A., con la quale è stata confermata in parte la sentenza di primo grado nei confronti degli imputati Onofrio Triolo, Antonio Denaro, Tomasella Quattrocchi, Vittorio Palmara, Roberta Granese, Pasquale Vazzana, Rosario D'Anna, Angelina Russo Lacerna, Serafina Villari, e Maria Grazia Pecoraro.

Il ricorso si basa sull'erronea valutazione della Corte d'Appello riguardo alla qualificazione delle condotte degli imputati, che ha portato a una errata classificazione delle stesse come **colpa lieve**, anziché **colpa grave**. Questa classificazione è in contrasto con le evidenze peritali e con i principi espressi nella **sentenza della Corte di Cassazione n. 42270/2017**, che impone di valutare il **nesso di causalità** con un giudizio di **alta probabilità logica** e non solo statistica. In particolare, la decisione appare affetta da vizi logici e giuridici, in quanto la condotta degli imputati si è discostata in modo marcato dalle **linee guida applicabili nel contesto italiano**, determinando un'evoluzione patologica negativa che avrebbe potuto essere evitata con un comportamento diligente e conforme agli standard previsti.

Alla luce delle considerazioni che verranno sviluppate nei successivi motivi di ricorso, si chiede l'annullamento della sentenza impugnata, con conseguente riconoscimento della responsabilità per **colpa grave** degli imputati, in ossequio ai principi di diritto applicabili in materia di responsabilità medica.



1. Errori nella qualificazione della colpa: dalla colpa lieve alla colpa grave

La sentenza di appello ha errato nel qualificare le condotte degli imputati come **colpa lieve**, anziché **colpa grave**, nonostante le evidenze presentate. La Corte non ha tenuto conto del **marcato scostamento dalle linee guida italiane**(AOGOI) e dei protocolli clinici di riferimento nella gestione dell'emergenza da emorragia post-partum (EPP). Inoltre, non ha applicato correttamente il **principio giurisprudenziale dell'alta probabilità logica**, che impone di valutare la colpa grave quando vi è un **nesso causale evidente** tra l'omissione e l'evento dannoso, come confermato dalla giurisprudenza della Cassazione.

Come evidenziato nella sentenza di primo grado: "Sussiste nel caso in esame una colpa grave dei sanitari predetti, trovandoci di fronte a una scelta medica, posta in essere oltre che in modo non conforme alle linee guida, del tutto inadeguata e marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia e alle condizioni del paziente". Il decesso della paziente, infatti, non è stato determinato da una patologia non prevedibile o da difficoltà oggettive nella diagnosi, ma dall'errata gestione del caso, configurando una "deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato", come previsto dalla giurisprudenza della Suprema Corte per qualificare la colpa come grave.

2. Mancato adeguamento alle peculiarità del caso: colpa grave

Nel contesto di una **diagnosi certa e rapida** di emorragia post-partum da atonia uterina, la condotta degli imputati è stata "marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia". L'atonia uterina è riconosciuta come la principale causa di emorragia post-partum (90%) e non presentava difficoltà nella diagnosi. Le **linee guida** prescrivono chiaramente che, in assenza di risultati positivi dopo l'inserimento del **Bakri Balloon**, si proceda rapidamente con un **intervento di isterectomia**, che è stato inspiegabilmente ritardato, aggravando la situazione clinica della paziente.

Questa omissione, che ha prolungato l'emorragia per ore senza intervenire tempestivamente, costituisce un esempio classico di **colpa grave** in ambito medico, dove l'evento dannoso era ampiamente prevedibile e gestibile attraverso un'azione tempestiva e appropriata. La morte per **shock**



ipovolemico era evitabile, come confermato dalla stessa perizia dei consulenti dei giudici di appello e dalla sentenza di primo grado.

3. Differenza tra colpa lieve e colpa grave: scostamento dalle linee guida

In base alla giurisprudenza, la colpa grave si verifica quando vi è "una deviazione ragguardevole rispetto al complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento", come accaduto nel caso di specie. Gli imputati non solo non hanno seguito le linee guida italiane, ma si sono allontanati da esse in modo macroscopico, come indicato dalle perizie e dalla sentenza di primo grado. Inoltre, alla luce dei principi stabiliti dalla Corte di Cassazione con la sentenza **n. 42270/2017**, il giudizio di **alta probabilità logica** rafforza la tesi del **nesso causale diretto** tra le omissioni e il decesso della paziente.

4. Conclusioni in contraddizione con le premesse

La sentenza di appello contiene gravi contraddizioni tra le conclusioni e la descrizione delle condotte degli imputati. Sebbene siano state descritte condotte censurabili, come l'assenza di un monitoraggio adeguato, il ritardo nell'intervento chirurgico e la mancata adozione di misure risolutive per fermare l'emorragia, la Corte ha qualificato tali condotte come **colpa lieve**. Questa qualificazione non tiene conto delle specificità del caso, dove l'azione tempestiva avrebbe potuto salvare la vita della paziente, come confermato dalle perizie e dalle linee guida applicabili.

5. Imperizia, imprudenza e negligenza: qualificazione della colpa

La condotta degli imputati è contraddistinta da imprudenza, imperizia e negligenza, qualificabili come **colpa grave**. Gli imputati non erano inesperti, ma medici con anni di esperienza che hanno commesso errori macroscopici. La mancata applicazione tempestiva dei presidi terapeutici e chirurgici disponibili, come il **Nalador** e l'**isterectomia**, non rientra in una condotta dettata da incertezza diagnostica, ma in una **grave trascuratezza** dei doveri professionali.



Conclusione

Alla luce di quanto esposto, si richiede l'annullamento della sentenza di appello per manifesta erroneità nella qualificazione delle condotte degli imputati e per difetto di motivazione. La **colpa grave** degli imputati è ampiamente dimostrata dalle prove, dalle perizie e dalle linee guida italiane. Inoltre, l'evento dannoso era prevedibile e prevenibile attraverso l'applicazione di standard medici consolidati.