



Sent. 296/2022

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE TERZA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

composta dai seguenti magistrati:

Giuseppina MAIO Presidente
Donatella SCANDURRA Consigliere
Igina MAIO Consigliere
Antonio DI STAZIO Consigliere relatore
Marco FRATINI Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA N. 296/2022

nel giudizio di appello in materia di responsabilità iscritto al n. 55589
del Ruolo generale, promosso da [REDACTED] c.f.
[REDACTED] rappresentato e
difeso dall'avv. [REDACTED]
[REDACTED] ed elettivamente domiciliato come da
mandato in atti;

appellante

Contro

. Procuratore generale della Corte dei conti;
. Procuratore regionale della Corte dei Conti presso la Sezione
Giurisdizionale per [REDACTED]

appellati

avverso e per la riforma della sentenza n. 368 del 2019 della Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per [REDACTED]

Visti tutti gli atti e documenti di causa;

Uditi nella pubblica udienza dell'8 giugno 2022 il relatore Consigliere Antonio Di Stazio, l'avv. [REDACTED] per l'appellante, il rappresentante della Procura Generale, in persona del V.P.G. Elena Tomassini;

FATTO

Con atto di citazione del 17.12.2018 il Procuratore della Corte di Conti per [REDACTED] ha convenuto in giudizio il dott. [REDACTED] medico chirurgo in servizio presso l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia [REDACTED] per vederlo condannare al pagamento, in favore di detta azienda ospedaliera, della somma di euro 140.000,00 oltre accessori di legge e spese di giustizia, per il danno erariale indiretto derivante dalla liquidazione in sede transattiva dei danni patrimoniali e non patrimoniali sofferti dalla sig.ra xx a seguito di un episodio di malpractice sanitaria intervenuto nella gestione di un parto prematuro conclusosi con il distacco della placenta, la morte del feto e l'isterectomia totale della paziente.

Con la sentenza n. 368 del 2019 la Sezione territoriale, dopo aver respinto l'eccezione di inammissibilità dell'azione erariale ex art. 13 L. n. 24/2017 perché non applicabile razione temporis ai fatti di causa e non ritenendo necessario l'espletamento di una consulenza tecnica d'ufficio, ha accolto la domanda della Procura regionale, riconoscendo

responsabile del danno cagionato all'azienda ospedaliera il dott. [REDACTED]

[REDACTED] per avere sottovalutato, con grave negligenza ed imperizia, la delicatezza della situazione, non procedendo immediatamente ad un esame ecografico approfondito, non sollecitando e ritardando di prendere visione delle analisi di routine e procrastinando per quasi due ore il taglio cesareo nonostante la partoriente manifestasse i sintomi della sindrome denominata HELLP, causando con ciò il danno risarcito dall'azienda ospedaliera.

Il [REDACTED] ha proposto appello avverso la sentenza di primo grado ritenendola affetta da vizi logici e di motivazione e deducendo plurime censure in rito e di merito.

Sul piano processuale, l'appellante ha riproposto l'eccezione di inammissibilità dell'azione di responsabilità per violazione dell'art. 13 della legge n. 24 del 2017 (cd. "Gelli-Bianco"), che impone alle strutture sanitarie e alle imprese assicurative di comunicare all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio di risarcimento del danno ovvero l'avvio di trattative stragiudiziali. Ha poi lamentato il fatto che il Collegio di primo grado ha preso in considerazione elementi probatori (e segnatamente le consulenze tecniche commissionate dall'azienda ospedaliera) in ordine ai quali l'odierno appellante non ha potuto contraddire. Lamenta inoltre il fatto che l'azienda ospedaliera, subito dopo aver risarcito il danno, ha esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'odierno appellante omettendo di evidenziare i profili di responsabilità diretta della stessa azienda per le omissioni che sarebbero la prima fonte di responsabilità per quanto

accaduto.

Sul piano del merito, l'appellante ha addotto l'infondatezza nel merito dei presupposti di fatto e di diritto della responsabilità per danno erariale e, segnatamente, l'insussistenza di una prova certa di tale responsabilità evidenziando, in primo luogo, l'avvenuta archiviazione del procedimento penale instaurato a seguito della denuncia-querela della sig.ra xx.

Ha poi contestato tutti gli elementi di prova posti dalla Corte territoriale a sostegno della decisione di condanna prospettando una diversa ricostruzione dell'intera vicenda.

Secondo l'appellante, la paziente sarebbe stata visitata due giorni prima del parto (4.11.2011) dal [REDACTED] il quale nell'occasione aveva consigliato il ricovero in ospedale per praticare la profilassi del distress respiratorio, ricovero che sarebbe stato rifiutato dalla paziente.

Il giorno successivo (5.11.2011) la paziente si sarebbe nuovamente recata presso il pronto soccorso e sarebbe stata visitata da un altro sanitario (il [REDACTED] che non rilevò alcuna anomalia. Il giorno del parto (6.11.2011) la gestante, subito dopo il ricovero, sarebbe stata immediatamente sottoposta all'esame ecografico (ore 8:10), che risultava regolare, e al tracciato cardiotocografico che avrebbe evidenziato un andamento regolare della gravidanza. Precisa che, per eccesso di prudenza, il [REDACTED] aveva richiesto, in via d'urgenza, esami ematochimici contravvenendo alle disposizioni aziendali che non consentivano di farle nei giorni festivi e domenicali se non in caso di accertata necessità ed urgenza. In ogni caso, il ritardo

nell'effettuazione degli esami (che avrebbero potuto essere disponibili dopo 15 - 20 minuti) sarebbe ascrivibile alla struttura che li ha trasmessi al laboratorio di analisi soltanto alle ore 10:15, il laboratorio li ha inviati al reparto alle ore 11:58 senza tuttavia segnalare anticipatamente alcunché. La situazione si sarebbe complicata poco prima delle ore 13:00, quando, dopo avere esaminato il referto delle analisi, il [REDACTED] si è immediatamente attivato per avviare le procedure per il parto cesareo avvertendo il primario del reparto per una sospetta sindrome di HELLP che esponeva la paziente ad un serio pericolo di vita. In effetti, la partorientente veniva sottoposta al taglio cesareo e all'isterectomia totale.

Viene altresì negata qualsiasi responsabilità del [REDACTED] nel ritardo del taglio cesareo, la cui esecuzione (effettuata da altri medici alle ore 14:55) imponeva, a suo dire, l'intervento del primario del reparto di ostetricia e ginecologia e la necessità di disporre di plasma fresco e di sacche di materiale ematico per prevenire il rischio di gravi emorragie alla partorientente. L'appellante precisa ancora che, trovandosi ad operare da solo nel reparto, in quella stessa mattinata aveva dovuto seguire altre tre pazienti che hanno poi partorito nella mattinata. Ha evidenziato di essersi comunque adoperato con tempestività allertando immediatamente il primario del reparto, i medici reperibili ed il centro trasfusionale richiedendo la consulenza ematologica. Ha lamentato poi gravi lacune nelle consulenze dei medici dell'assicurazione e dell'azienda sanitaria ed ha addotto l'assenza di prova del nesso eziologico tra il proprio operato e i successivi

avvenimenti (infarcimento dell'utero con conseguente isterectomia).

In ultimo, adducendo l'incompletezza e fallacità dell'istruttoria svolta dalla Procura regionale, il [REDACTED] ha lamentato la mancata effettuazione, da parte del giudice territoriale, della consulenza tecnica di ufficio -invocata dal convenuto e al cui espletamento non si era opposta la Procura regionale- insistendo affinché il giudice di appello disponga una consulenza medico legale d'ufficio volta a dimostrare l'insussistenza della responsabilità dell'appellante nella vicenda all'esame.

Ha quindi concluso per l'accoglimento del proposto gravame con il conseguente annullamento della sentenza di primo grado. In subordine, ha invocato la riduzione della condanna, facendo uso del potere riduttivo ovvero determinando la quota di responsabilità in relazione all'apporto causale di esso appellante nella produzione del danno, la illegittimità delle acquisizioni probatorie del giudizio di primo grado e la non utilizzabilità degli atti della procedura amministrativa conclusasi con la transazione.

La Difesa del [REDACTED] ha versato in atti copia della richiesta di archiviazione del procedimento penale a carico del [REDACTED] e di altri sei sanitari e del pedissequo decreto di archiviazione emesso dal G.I.P. presso il Tribunale di [REDACTED] in data 7 aprile 2019.

La Procura Generale, nelle conclusioni scritte, contesta la ricostruzione dei fatti proposta dall'appellante, conferma la correttezza della decisione di condanna dell'odierno appellante e chiede di respingere il gravame perché infondato in fatto e in diritto con condanna

dell'appellante alle spese del grado. In via subordinata, non si oppone all'esercizio del potere di riduzione dell'addebito.

3. All'udienza pubblica dell'8 giugno 2022 il difensore dell'appellante si riporta ai motivi di gravame, alle conclusioni ivi rassegnate ed insiste per il loro accoglimento. Il V.P.G. si riporta alle conclusioni scritte, chiede il rigetto dell'appello e la conferma dell'impugnata sentenza, con condanna dell'appellante alle spese del grado. In via meramente subordinata non si oppone all'esercizio del potere di riduzione dell'addebito.

La causa passa in decisione.

DIRITTO

4. Il presente giudizio attiene, come esposto in narrativa, al risarcimento del danno indiretto da malpractice medica.

Va prioritariamente delibata l'eccezione di inammissibilità dell'azione per violazione dell'art. 13 della legge n. 24 del 2017 (nota come legge Gelli-Bianco), già rigettata dal primo giudice.

L'eccezione è infondata.

La Corte di Cassazione, con la nota sentenza n. 28994/2019, ha posto fine al contrasto interpretativo insorto sul punto statuendo che, in assenza di una disposizione transitoria, deve trovare applicazione l'art. 11 delle preleggi sicché la legge Gelli-Bianco non ha efficacia retroattiva ma regola unicamente fattispecie verificatesi successivamente alla sua entrata in vigore.

Secondo la Suprema Corte sono due gli indici inequivocabilmente contrari alla retroattività della legge Gelli-Bianco. Il primo risiede nella

circostanza che l'applicazione retroattiva del regime di responsabilità extracontrattuale del sanitario inciderebbe sui singoli processi in corso in maniera tale da ledere un "valore fondamentale di civiltà giuridica" quale l'affidamento dei pazienti danneggiati in ordine alla natura contrattuale della responsabilità del sanitario al momento dell'avvio dell'azione giudiziaria.

Il secondo indice contrario è dato dalla circostanza che l'applicazione retroattiva inciderebbe sui singoli processi in corso in maniera diversificata a seconda della fase e del grado in cui si trovano, cosicché, "in base alla formazione o meno di preclusioni allegatorie e del giudicato interno, dovrebbe o meno operare la qualificazione ex lege del titolo di responsabilità, tanto da creare disparità di trattamento non solo tra i vari giudizi, ma anche all'interno dello stesso processo, con evidenti irragionevoli riflessi sul fisiologico esercizio della giurisdizione sulla materia".

Sulle orme di tale autorevole orientamento, confermato anche di recente (Cass. Civ., Sez. III, Ord. 12-05-2021, n. 12593), la giurisprudenza contabile ha evidenziato che la retroattività non è prevista da alcuna norma e che, diversamente opinando, "ne deriverebbe una ingiustificata sterilizzazione di tutte le azioni risarcitorie in cui le aziende ospedaliere non abbiano seguito, in assoluta buona fede, una procedura all'epoca non prevista e non richiesta né da previsioni di legge né tantomeno regolamentari" (Sez. I App., n. 114/2019; in termini, Sez. Lombardia, nn. 191/2017, 196/2017, 35/2018 e 234/2019; Sez. Abruzzo, n. 25/2018; Sez. Emilia-Romagna,

n. 296/2021; Sez. Lazio, n. 156/2022).

Nel merito, l'appello è fondato.

La documentazione versata agli atti di causa evidenzia l'assenza degli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa in capo all'appellante [REDACTED] e segnatamente dell'elemento soggettivo della colpa grave e del nesso di causalità tra la condotta del medesimo ed il danno cagionato alla sig.ra xx, risarcito dall'azienda ospedaliera.

La Corte territoriale ha affermato la responsabilità del dott. [REDACTED] a causa della condotta gravemente colposa dallo stesso tenuta nella gestione complessiva del parto prematuro della sig.ra xx contestatogli tra l'altro di aver lasciato "la paziente priva di assistenza dal momento del ricovero in reparto (ore 8:00 circa) fino alla lettura delle analisi chimico-fisiche (ore 13:00)- conclusasi con la morte del feto e l'asportazione chirurgica dell'utero".

La decisione non è condivisibile non rinvenendo il Collegio, nella dolorosa vicenda per cui è causa, sufficienti elementi di prova della colpa grave del [REDACTED] nella gestione della fase ante parto e del nesso di causalità tra la condotta del medesimo ed i successivi eventi dannosi: la morte del feto e l'isterectomia totale.

Questi i fatti di causa.

Il giorno 4.11.2011, presso il Pronto Soccorso [REDACTED] [REDACTED] il [REDACTED] visitava la sig.ra xx e ne disponeva il ricovero al fine di praticare, in via prudenziale, la profilassi del di-stress respiratorio. La paziente rifiutava per iscritto di ricoverarsi.

Il 5.11.2011 la sig.ra xx veniva (di nuovo) visitata presso il Pronto Soccorso dal dottor [REDACTED] il quale non rilevò alcuna anomalia nella gestazione, come non ne aveva rilevato il giorno prima il dottor [REDACTED]

Il 6.11.2011, dopo una veloce visita presso il Pronto Soccorso, la paziente veniva ricoverata poco prima delle ore 8.00 nel reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Dalla cartella clinica della sig.ra xx risultano effettuati i seguenti interventi terapeutici:

. all'accettazione (ore 8:10) nel reparto: il dott. [REDACTED] eseguiva l'esame ecografico e cardiotocografico, dai quali non emergeva alcuna anomalia;

. controllo del battito cardiaco del feto da parte dell'ostetrica [REDACTED] ripetuto più volte nella mattinata;

. terapia tocolitica per infusione endovena (Vasosuprina);

. ECG e rilievi della pressione arteriosa, ripetuti più volte;

. prelievi ematici disposti in via di urgenza dal dott. [REDACTED] e loro trasmissione in laboratorio (ore 10:15).

. fino alle 12:30, controllo della pressione arteriosa e frequenza cardiaca della partorientente; presenza di battito cardiaco del feto: nessuna anomalia.

In merito al livello di assistenza prestata in favore della partorientente il giudice di primo grado ha contestato al dott. [REDACTED]

a) l'omessa effettuazione, all'atto del ricovero, di un'ecografia ostetrica approfondita. Al riguardo il giudice ha ritenuto che l'annotazione "BCF e MAF ecografici regolari" contenuta nella cartella clinica non

costituisse prova sufficiente della effettiva esecuzione dell'esame e che fosse stata apposta in epoca successiva: ne sarebbe prova "l'apposizione dell'aggettivo "ecografici" in uno spazio più ristretto del normale sviluppo grafico del rigo, tale da sembrare più il frutto di una correzione posticcia, che non una veloce annotazione eseguita realmente nell'immediato";

. il mancato sollecito, da parte del [REDACTED] dell'esecuzione delle analisi di laboratorio;

. il notevole ritardo nella visione del referto delle analisi, effettuato dal [REDACTED] alle ore 13:00 e l'omessa immediata esecuzione del taglio cesareo.

Nel giudizio di primo grado il dott. [REDACTED] produceva la perizia di parte a firma del medico legale dott. [REDACTED] e adduceva a sua discolpa quanto segue:

. non era stata mai rilevata da nessun operatore del reparto né portata a conoscenza del dott. [REDACTED] la circostanza (riferita dalla parte offesa nell'atto di querela) che, appena dopo il ricovero, la paziente avesse avuto perdite ematiche dai genitali esterni e fosse svenuta in bagno;

. egli si era trovato a gestire, da solo, in quella mattinata del 6 novembre 2011, l'intera Struttura Operativa Complessa di Ginecologia ed Ostetricia effettuando anche l'attività di consulenza di Pronto Soccorso;

. il ritardo nella consegna degli esami di laboratorio non aveva destato alcuna preoccupazione sia in quanto le condizioni generali della paziente erano buone sia in considerazione della prassi, consolidata

presso l'ospedale, in base alla quale, nel caso in cui emergessero problemi nei risultati delle analisi, il Laboratorio di analisi preannunziava telefonicamente l'esito al medico interessato anticipandogli verbalmente le problematiche. Secondo la Difesa del convenuto, niente di tutto ciò avvenne quel giorno;

. a dimostrazione che la sig.ra xx non fu di certo abbandonata a se stessa depone il fatto che la stessa paziente, nell'atto di querela, afferma (a pag. 2): "intorno alle 12,00 mentre pranzavo è arrivato il dr. [REDACTED] che mi ha detto di smettere di pranzare in quanto dovevo essere portata in sala parto. Dopo poco è arrivata l'ostetrica di turno che mi ha portata in ambulatorio e qui il dr. [REDACTED] mi ha fatto la visita e l'ostetrica mi ha sottoposta a tracciato e mi ha detto che andava tutto bene".

Quindi, secondo l'appellante, è la stessa xx a confermare l'effettuazione degli esami clinici tra le 12.00 e le 12.30, ora, quest'ultima, dell'annotazione della presenza del battito cardiaco fetale. Alle 12.30, quindi, né le condizioni della partoriente (pressione arteriosa e frequenza cardiaca) né quelle del feto (presenza di battito cardiaco) potevano ingenerare preoccupazioni tali da far ritenere necessari ulteriori interventi;

. dopo appena mezz'ora e solo all'esito della seconda ecografia veniva riscontrata la morte del feto.

A conferma dell'adeguato livello di assistenza assicurata dal dott. [REDACTED] alla partoriente, il medico legale dott. [REDACTED] afferma che "la cardiocografia praticata la mattina del 6/11/11 non mostrava segni

patologici che necessitasse dell'intervento chirurgico o di un monitoraggio clinico più frequente".

Va inoltre rilevato che la stessa sig.ra xx nella querela depositata ha affermato che ricevuta la terapia, ella conversava con le altre degenti e la suocera sino al punto di accingersi a pranzare alle 12:00, e comunque sarebbe stata continuamente monitorata nell'arco temporale dalle 8:00 (ora del ricovero) alle 13:00 del 6.11.2011.

Sempre secondo l'appellante, la concausa di quanto avvenuto va individuata nel ritardo nella effettuazione degli esami sul sangue della paziente e nella mancata tempestiva segnalazione dei risultati da parte del Laboratorio di Analisi, cosa che avrebbe potuto anticipare anche i tempi dell'intervento.

Aggiunge il dott. [REDACTED] che, non appena ha avuto modo di esaminare il referto delle analisi, si è immediatamente prodigato per avviare le procedure per il parto cesareo avvertendo il proprio primario per il sospetto di sussistenza di una HELLP. Inoltre:

. prima delle ore 13:00 egli era impegnato in altre urgenze ed attività di reparto affidatogli quella domenica;

. appare eccessivo il lasso di tempo trascorso tra l'invio del sangue (10:15) e la risposta del laboratorio (11:58), tenuto conto del fatto che si trattava di esami richiesti in modalità di "urgenza";

. non si può incolpare il dottor [REDACTED] per non aver sollecitato la consegna dei risultati degli esami emato-chimici sia perché la paziente non presentava particolari patologie (alla visita, al tracciato e all'esame ecografico) sia perché lo stesso [REDACTED] era contemporaneamente

impegnato a disimpegnare altre urgenze;

. il distacco della placenta costituisce la causa dell'ematoma e non il suo effetto;

. la sindrome HELLP è un insieme di manifestazioni di una patologia della gravidanza, potenzialmente pericolosa per la vita e considerata spesso una variante o una complicanza della preeclampsia. Entrambe le patologie possono insorgere nelle fasi tardive della gravidanza e talvolta dopo il parto;

. anche ammettendo di aver potuto disporre degli esami ematochimici effettuati in urgenza, non si sarebbe potuta effettuare una diagnosi certa di HELLP in quanto della triade di segni ne era presente solo uno (basse piastrine). Peraltro, proprio il sospetto di tale sindrome costituisce la prova dell'attenzione mostrata nella vicenda dal dott. [REDACTED] il quale ha allertato l'intera macchina assistenziale chiedendo sia l'intervento del primario del reparto che la consulenza dell'ematologo (chiamato alle ore 14:40);

. proprio il dott. [REDACTED] ed il dott. [REDACTED] primario del reparto, reperibile dalle ore 13:00, avviarono la richiesta di sangue e di plasma, attesero che il quadro si stabilizzasse e la paziente fosse messa in condizione di sopportare meglio l'intervento di taglio cesareo considerati i notevoli rischi di anemizzazione e di conseguente shock che l'intervento avrebbe comportato con un valore di emoglobina di partenza pari a 6,6g\dl e con piastrinemia pari a 46.000;

. l'intervento venne eseguito non appena furono disponibili il plasma fresco congelato e i globuli rossi in condizioni di maggiore sicurezza;

. ritenere il Dott. [REDACTED] responsabile del ritardo nell'intervento di taglio cesare è contrario ai principi scientifici e medico-legali in quanto, in assenza del plasma, sarebbe stato molto pericoloso intervenire, come invece ritenuto dalla Procura regionale e dal giudice di primo grado;

. l'ematoma retro placentare non era presente all'esame ecografico effettuato dal dott. [REDACTED] alle ore 13:00 dovendosi ritenere che lo stesso si formò nel lasso di tempo che va dalle ore 13:00 fino al momento del taglio cesareo. A favore di tale ipotesi depone la clinica: "assenza di rilevante sintomatologia algica, relativo stato di benessere della donna fino a prima dell'esecuzione del taglio cesareo, assenza di contrattura uterina, assenza di perdite ematiche dai genitali esterni";

. dalle ore 13:50 in poi si è interessati del caso il primario del reparto, dott. [REDACTED] e dalle ore 14:00 anche il dott. [REDACTED] e la dott.ssa [REDACTED] subentrati nel turno di guardia. Nessuno dei tre medici risulta che abbia effettuato la diagnosi di distacco intempestivo di placenta.

Il giudice di prime cure ha contestato al dott. [REDACTED] di avere pesantemente sottovalutato la gravità della situazione fin dall'inizio, omettendo di effettuare con immediatezza un esame ecografico approfondito, di sollecitare le analisi (inviate alle 10:15), di averne preso visione in ritardo e di avere procrastinato l'intervento per quasi due ore, non già in attesa della stabilizzazione della paziente e dell'arrivo del plasma congelato ma perché riteneva che non vi fosse alcuna ragione per adoperarsi prima dell'arrivo del primario dott.

[REDACTED]
Quanto alla richiesta del plasma, il giudice ha osservato che il dott.

██████ non ha specificato da dove provenisse e per quali ragioni sarebbe stato necessario attendere quasi due ore e che, sul piano documentale, l'annotazione in cartella della richiesta del plasma non ne riporta l'orario esatto.

Secondo la Corte territoriale, la condotta tenuta dal dott. ██████ sarebbe caratterizzata da grave imperizia e da errore inescusabile consistenti nella mancata tempestiva diagnosi della sindrome HELLP "che aveva provocato il distacco intempestivo e quasi totale della placenta, con un grosso coagulo retro placentare e, di conseguenza, la morte del feto, con apoplezia utero-placentare, nonché l'infarcimento dell'utero; ne conseguiva l'atonia uterina, che determinava ulteriori perdite ematiche e la necessità di procedere all'isterectomia totale".

Ha quindi qualificato la colpa del ██████ "di indiscutibile gravità, sia perché non si può trascurare una paziente ricoverata con la diagnosi di "minaccia di parto prematuro" per un arco temporale così ampio (dalle 08:10 alle 13:00), sia perché non è ammissibile che, a fronte di una sospetta "HELLP", l'intervento venga differito per quasi due ore.". Ha quindi considerato "evidente, con altissima ragionevole probabilità scientifica (il corsivo è nostro), che non sarebbe mai stato necessario procedere all'isterectomia, qualora la patologia fosse stata diagnosticata tempestivamente subito dopo il ricovero (avvenuto alle 08:10), invece che dopo diverse ore (alle 13:00), nonché qualora il taglio cesareo fosse stato eseguito nell'immediato, invece che dopo quasi due ore (alle 14:55).".

La decisione impugnata non convince alla luce di un approfondito

esame del materiale probatorio in atti.

Non è condivisibile, in primo luogo, la valutazione concernente il primo esame ecografico riportato nella cartella clinica, atteso che il giudice ne ha messo in dubbio la veridicità solo perché i caratteri dell'aggettivo "ecografici", riferiti agli esami menzionati nel referto, sono leggermente più piccoli di quelli delle altre parole.

Osserva il Collegio che l'analisi del testo non conferma un siffatto giudizio atteso che la rilevata diversità nei caratteri grafici, che pure sussiste, è appena percettibile, al punto che i consulenti tecnici nominati dalla Procura penale e lo stesso Procuratore della Repubblica nulla hanno osservato al riguardo.

Quanto al complessivo addebito contestato al dott. [REDACTED] il giudice territoriale ha accolto integralmente la domanda attorea basandosi unicamente sugli elementi di prova attinti dalla Procura regionale dalla consulenza tecnica di parte redatta nel dicembre 2013 dal dott. [REDACTED] nell'interesse dell'azienda ospedaliera. Tutto ciò, senza tenere in alcun conto le contrarie e articolare argomentazioni del convenuto [REDACTED] impennate sulla consulenza tecnica redatta dal dott. [REDACTED] esperto in medicina legale e delle assicurazioni.

Non è condivisibile l'affermazione del primo giudice secondo cui "E' evidente, con altissima ragionevole probabilità scientifica (nostri il corsivo e la sottolineatura), che non sarebbe mai stato necessario procedere all'isterectomia, qualora la patologia fosse stata diagnosticata tempestivamente subito dopo il ricovero (avvenuto alle 08:10), invece che dopo diverse ore (alle 13:00), nonché qualora il taglio

cesareo fosse stato eseguito nell'immediato, invece che dopo quasi due ore (alle 14:55).".

Un giudizio siffatto mal si concilia, sul piano della realtà fenomenica, con l'accertamento dei fatti operato in sede penale e che hanno portato all'archiviazione di detto procedimento, sebbene non possa trovare applicazione, nel caso di specie, il principio di cui all'art. 652 c.p.p..

Il Collegio, fermo restando il principio di autonomia e separatezza del giudizio contabile rispetto a quello civile o penale, intende prestare adesione al consolidato indirizzo giurisprudenziale secondo il quale le risultanze documentali e gli elementi di prova assunti al fascicolo processuale e provenienti dagli atti di altri procedimenti - nel caso di specie, dal procedimento penale - possono essere utilizzati, come prove atipiche, in altro giudizio, ai fini del libero convincimento del giudice (ex multis, Cass. Civ., Sez. II, sent. 19 settembre 2000, n. 12422; id. Sez. III, sent. 2 aprile 2014, n. 7698; CdS, Sez. IV, sent. 17.5.2012, n. 2847).

Sebbene diversi sono gli angoli prospettici e le finalità del processo penale e quello di responsabilità amministrativo-contabile, ognuno dei quali è retto da regole proprie anche sul piano probatorio, le evidenze istruttorie che hanno condotto all'archiviazione del procedimento penale forniscono un quadro fattuale del tutto differente da quello prospettato dalla Procura regionale e fatto proprio dal giudice territoriale.

Il Procuratore della Repubblica, pur rilevando "condotte colpose ascrivibili ai sanitari (ostetriche, medici) che hanno avuto in cura la

sig.ra xx dalle ore 8,30 alle ore 13,00 circa, i quali avrebbero dovuto procedere alla pronta lettura degli esami ematochimici e al monitoraggio continuo del benessere fetale, dopo aver valutato nella sua giusta importanza lo stato clinico estremamente serio dovuto alle perdite ematiche dai genitali e allo stato di collasso", ha osservato come sia lo stesso CT (incaricato dalla stessa Procura, n.d.r.) a rilevare che "non può comunque essere affermato con criterio di certezza o di elevata probabilità ad essa prossima, che, se eliminassimo dal novero dei fatti accaduti la non corretta interpretazione dello stato clinico, la tardiva lettura degli esami ematochimici e l'omessa esecuzione del monitoraggio fetale, e sostituissimo le omissioni con un corretto approccio assistenziale, tutto ciò avrebbe consentito una manifestazione della patologia del distacco di placenta secondo modalità più lievi o avrebbe evitato il realizzarsi dell'exitus del feto e dell'apoplezia utero placentare (utero di "Couvellaire") con conseguente asportazione dell'utero" (il corsivo è nostro). Aggiunge il P.M. che "Gli esiti della consulenza tecnica, congiuntamente valutati ai restanti elementi di valutazione cristallizzati in atti, appaiono, allo stato, suffragare nel caso di specie per lo meno tre ordini di considerazioni sul versante della ipotizzata responsabilità penale degli indagati a titolo di cooperazione nel delitto colposo di omicidio, vale a dire: a) sotto il profilo materiale, sussistevano evidenze sintomatologiche tali da suggerire ai medici che ebbero in cura la paziente, già in astratto, di individuare l'insorgenza di un plausibile distacco intempestivo di placenta, sì da applicare i trattamenti

terapeutici, sia pure in via emergenziale, imposti dalle linee guida in casi del tipo di quello verificatosi in concreto; b) quale logico corollario, manifestatisi in concreto i fattori di rischio tipici della patologia/complicazione in questione, come supposti dalle *leges artis* pertinenti in materia, i medici disponevano, dunque, delle evidenze sintomatologiche necessarie e sufficienti ad apprestare una corretta diagnosi della situazione di rischio, sia pure in fieri, funzionale ad evitare, apprezzabilmente, l'evento infausto poi verificatosi. In altre parole, il giudizio normativo che attinge alla categoria della colpa, secondo i criteri cardine di prevedibilità e prevenibilità dell'evento che specificamente la regola cautelare recepisce (e tende a evitare), appare nella fattispecie soddisfatto. Esistono, pertanto, sicuri profili di colpa (sub specie di imperizia associata alla violazione delle suindicate linee guida) nell'ambito delle condotte serbate dai medici che ebbero in cura la paziente dalla ore 8,10 circa sino alle ore 13,00 circa presso l'U.O. di ostetricia dell'ospedale "██████████" di ██████████ c) nondimeno, a detrimento dell'esercizio dell'azione penale nella fattispecie, depone il giudizio formulato dallo stesso CT in merito alla impossibilità di affermare che con elevata probabilità, ovvero con pressoché certezza, l'exitus del feto, con correlata apoplezia dell'utero e conseguente isterectomia, sarebbero stati evitati da un corretto approccio assistenziale, quale quello imposto dalle suindicate linee guida in materia" (il corsivo è nostro). Ed ancora: "sul versante di una prognosi dibattimentale di colpevolezza, ciò appare 'dato' preclusivo all'esercizio dell'azione penale, giacché già in questa fase esso induce

un giudizio controfattuale 'negativo' sul coesenziale piano della c.d. 'causalità della colpa'; nel senso che, sostituendo idealmente la condotta doverosa a quella anti-doverosa posta in essere dai medici dalle ore 8,10 circa alle ore 13,00 circa, sullo sfondo delle richiamate linee guida, non può comunque sostenersi, attingendo sia pure, sufficientemente, a un criterio di elevata probabilità logico-razionale, che la morte intrauterina non si sarebbe verificata, ovvero, sarebbero apprezzabilmente aumentate le probabilità di un esito fausto" (il corsivo è nostro).

Osserva ancora il P.M.: "Il CTP muove dalla constatazione in base alla quale l'esame emocromocitometrico veniva letto solo alle ore 13,00, mentre il taglio cesareo veniva effettuato solo alle ore 14,55. A detta dello stesso, in un tale significativo lasso di tempo (tre ore circa, già a partire cioè dalle 11.58, orario di refertazione dell'esame anzidetto), il quadro ematochimico della paziente, già fortemente compromesso, "si è drammaticamente evoluto manifestandosi sotto forma di patologia di organo (utero fortemente infarcito obiettivato in sede di intervento chirurgico "l'utero appare totalmente infarcito, di colorito bluastro, non contrattile, atonico) che ha giustamente indotto l'equipe operatoria ad effettuare una isterectomia post-cesareo al fine di contenere il quadro ematologico scongiurando il verificarsi di una coagulopatia sistemica che avrebbe messo a repentaglio la vista stessa della paziente". Dal che, dunque, può desumersi che se l'intervento fosse stato effettuato subito dopo il rilievo dei valori ematici alle ore 11.58 o, al più tardi, alle ore 13,00, con elevata probabilità prossima alla certezza si sarebbe potuta

evitare l'asportazione chirurgica dell'utero con tutte le sue conseguenze in relazione alla perdita della capacità riproduttiva della donna." Nel prosieguo il P.M. osserva altresì che "i complessivi esiti cristallizzatisi in atti si mostrano cedevoli sul versante della prognosi di evitabilità, in concreto, dell'evento infausto, quello della morte intrauterina del feto [...]. Il che significa che mentalmente sostituita la condotta doverosa (esigibile) a quella omissiva in concreto riconosciuta nell'operato di medici e ostetrici che ebbero in cura la paziente dalle ore 8,10 circa alle ore 13,00 circa, nondimeno, difetterebbero in atti fattori di apprezzamento della vicenda clinica tali da suffragare, secondo un criterio di ragionevole certezza (non obliterabile in sede penale), un giudizio processuale di ascrivibilità a costoro, a titolo di colpa, del fatto-storico di reato: giudizio che non può non poggiare, accedendosi da ultimo al piano logico-normativo della c.d. 'causalità della colpa', su un consustanziale accertamento di evitabilità, in concreto, dell'evento finale infausto, ove posta in essere la condotta prescritta dalle linee guida. Ne deriva, in sintesi, come, allo stato, il compendio indiziario in atti consolidatosi e non più integrabile, non appare in grado di suffragare fondatamente l'esercizio dell'azione penale, avuto riguardo a una prognosi dibattimentale di colpevolezza, difettando solidi elementi in fatto sulla scorta dei quali sostenere l'accusa in giudizio, giustappunto, con specifico riferimento all'elemento psicologico del contestato reato [...]".

A non differenti conclusioni perviene il CTP dott. [REDACTED] secondo il quale:

. “la paziente non venne abbandonata ma seguita più accuratamente di una gravida in condizioni generali buone e priva, per quanto era a conoscenza del dottore [REDACTED] di particolari fattori di rischio, nonostante la presenza minaccia di parto pretermine per la quale venne instaurata opportuna terapia”:

. “dall'esame della cartella risulta che il dottore [REDACTED] seguì diligentemente la paziente con esami e accertamenti che andarono oltre le più qualificate linee guida in uso. Infatti il CTP (il dott. [REDACTED] CTP dell’Azienda ospedaliera, n.d.r.) omette di riportare:

- a) che la paziente non venne abbandonata;
- b) che venne eseguita ecografia all'ingresso con annotazione del rilievo dei movimenti fetali e del battito cardiaco fetale;
- c) che la cardiocografia eseguita alle ore 7,20 all'ingresso risultava assolutamente regolare;
- d) che venne eseguito elettrocardiogramma urgente alle ore 8,58, risultato regolare;
- e) che la pressione arteriosa venne misurata ripetutamente e risultava essere nel range fisiologico;
- f) che venne disposta (ed eseguita) terapia tocolitica come da linee-guida;
- g) che la frequenza del battito cardiaco materno misurata alle ore 11,30 era pari a 87 cicli\minuto;
- h) che il battito cardiaco fetale, rilevato alle ore 12,30, venne indicato come presente con annotazione sottoscritta dall'ostetrica di turno, signora [REDACTED] Il CTP sembra meravigliarsi del fatto che

il feto era vivo alle 8,10 e alle 13 era morto: chiunque abbia un minimo di conoscenza della Patologia Ostetrica (ma anche un quisque de populo) sa che per passare dalla vita alla morte, anche per cause naturali, non sono necessarie ore ma bastano pochi minuti; e ciò è ancora più vero per un feto che può andare incontro ad exitus nel giro di qualche minuto; e nel caso di specie, possiamo affermare con certezza che l'exitus del feto avvenne tra le ore 12,30 e le ore 13,00 (tra l'ascoltazione documentata del battito cardiaco fetale e il rilievo ecografico dell'assenza di battito cardiaco fetale)";

. "Le analisi "urgenti" giunsero alla valutazione del dottore [REDACTED] dopo ben due ore dall'invio quando la esecuzione degli stessi richiede un lasso di tempo inferiore alla mezzora...[...];

. "il distacco della placenta costituisce la causa dell'ematoma e non il suo effetto. A ogni modo la sindrome HELLP è un insieme di manifestazioni di una patologia della gravidanza, potenzialmente pericolosa per la vita e considerata spesso una variante o una complicanza della preeclampsia. Entrambe, infatti, possono insorgere nelle fasi tardive della gravidanza e talvolta dopo il parto";

. "E' evidente che nel caso in questione anche ammettendo di aver potuto disporre degli esami ematochimici effettuati in urgenza non si sarebbe potuta effettuare una diagnosi di hellp sindrome in quanto della triade di segni ne era presente solo uno (basse piastrine). Per tale motivo non si può fare una colpa al dottore [REDACTED] per non avere effettuato tale diagnosi che del resto non venne eseguita nemmeno dall'ematologo chiamato in consulenza ora 14,40 ("Presenza visione degli

esami: richiedere tre unità di plasma fresco congelato e due unità di globuli rossi concentrati da infondere subito. Dopo un'ora dalla fine dell'infusione ricontrollare emocromo, coagulazione, funzionalità epatica e renale. Dottoressa [REDACTED]. Il dottore sospettò la esistenza della sindrome ma non poteva eseguire una diagnosi di certezza che del resto non poté essere confermata dagli esami successivi, né erano presenti i segni clinici che caratterizzano il quadro della hellp sindrome (dolore a barra, edema, ipertensione, malessere generalizzato evidenti emorragie). Correttamente il dottore [REDACTED] ed il dottore [REDACTED] che venne chiamato in qualità di primario reperibile già alle ore 13,00 avviarono la richiesta di sangue e di plasma, non intervennero subito ma aspettarono che il quadro si stabilizzasse e la donna fosse messa in condizione di sopportare meglio intervento di taglio cesareo considerati i notevoli rischi di anemizzazione e di conseguente shock che l'intervento avrebbe comportato con un valore di emoglobina di partenza pari a 6,601 e con piastrinemia pari a 46.000. L'intervento venne eseguito non appena furono disponibili il plasma fresco congelato e i globuli rossi in condizioni di maggiore sicurezza";

. Per quanto riguarda l'ematoma retro placentare va detto che lo stesso non era presente all'esame ecografico delle ore 13,00 in occasione del quale il dottore [REDACTED] si premurò di annotare l'assenza dello stesso a conferma che tale patologia venne non solo sospettata ma anche ricercata, sia pure con esito negativo. Allora l'ipotesi più plausibile che può essere formulata è quella secondo cui l'ematoma si formò nel lasso di tempo che va dalle ore 13,00 fino al momento del taglio cesareo. A

favore di tale ipotesi depone la clinica: assenza di rilevante sintomatologia algica, relativo stato di benessere della donna fino a prima dell'esecuzione del taglio cesareo, assenza di contrattura uterina, assenza di perdite ematiche dai genitali esterni. Inoltre va rilevato che dalle ore 13,50 in poi era presente anche il dottore [REDACTED] primario del reparto, e dalle ore 14,00 erano presenti anche il dottore [REDACTED] e la dottoressa [REDACTED] subentrati nel turno di guardia, che vennero interessati tutti del caso: è possibile che nessuno dei tre abbia posto la diagnosi di distacco intempestivo di placenta normalmente inserita?"; ... i due valori dell'emocromo, sostanzialmente sovrapponibili (10,15 e 13,41), ci dicono che in questo intervallo di tempo non vi fu una rilevante perdita ematica e che quindi l'ematoma si formò (considerata la negatività dell'esame ecografico eseguito alle ore 13,00 e considerate le buone condizioni generali della paziente fino a prima dell'esecuzione del taglio cesareo), quasi certamente dopo le 13,40";

. "Le cause note di morte intrauterina del feto sono da riferirsi a tutta una serie di patologie tra cui: malattie congenite, infezioni, isoimmunizzazione materno-fetale e tutte quelle situazioni in cui ci sia mancato apporto di ossigenazione al feto, detta asfissia...[...] Sono stati identificati numerosi fattori di rischio quali l'età materna inferiore a 15 o superiore a 35 anni, la razza, una pregressa morte endouterina, il sesso maschile del feto, il ritardo di crescita, la gravidanza multipla, le basse condizioni socioeconomiche, il fumo, l'uso di sostanze, l'alcol, la trombofilia, patologie materne quali il diabete, l'ipertensione, le

nefropatie, le malattie autoimmuni. La loro individuazione in epoca preconcezionale o all'inizio della gravidanza, è importante per l'attuazione di programmi di prevenzione. Anche il Pescetto, il più autorevole Manuale di Ostetricia e Ginecologia italiano, conferma quanto sopra e afferma: "In un certo numero di casi la morte del feto avviene senza che sia possibile identificare alcuna causa specifica, se non al massimo, un generico sommarsi di fattori di rischio apparentemente privi di correlazione tra loro".

La conclusione del CTP è nel senso che: "Nel caso in questione la causa di morte non è ipotizzabile con certezza anche per il fatto che nonostante esplicito e pressante consiglio (per iscritto) del dottore [REDACTED] la paziente ed il coniuge si rifiutarono (per iscritto) di dare l'autorizzazione per l'esame autoptico del feto (la sottolineatura è nostra)".

Ebbene, emerge in tutta evidenza che la non univocità del quadro probatorio e la complessità dell'accertamento relativo al nesso di causalità tra la condotta di tutti i sanitari (non soltanto del dott. [REDACTED] coinvolti nella vicenda ed il danno patito dalla sig.ra xx avrebbero dovuto indurre il giudice di prime cure ad avvalersi della consulenza qualificata di un medico specializzato in medicina legale e di uno o più specialisti in ostetricia e ginecologia, come impone attualmente la Legge n. 14 del 2017 (art. 15).

Alla luce di quanto sopra osservato, il Collegio non ritiene sussistente, nella causazione del danno erariale all'esame, la responsabilità dell'appellante [REDACTED] valutata secondo la regola giurisprudenziale

della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non" (Cass. n. 12195 del 1998, id. Sez. III, n. 2150 del 2022), adottata anche dalla giurisprudenza contabile (ex multis, Corte dei Conti, Sez. III app., sent. 231/2018).

Né si rinvencono nella sentenza impugnata le ragioni della "altissima ragionevole probabilità scientifica" poste a fondamento del giudizio di grave colpevolezza dell'odierno appellante.

Al contrario, dalla documentazione in atti emerge chiaramente che il dott. [REDACTED]

i) ha visitato la paziente effettuando i prescritti esami strumentali, sia all'accettazione che nel corso della mattinata del 6.11.2011;

ii) ha richiesto gli esami ematochimici urgenti, inviati dal reparto al laboratorio alle ore 10:15 e refertati dall'analista alle ore 11:58;

iii) in quel giorno festivo (domenica) ha dovuto prendersi cura, da solo, almeno fino alle ore 14:00 (fine del proprio turno), di tutte le partorienti ricoverate nel reparto di Ginecologia e Ostetricia e dell'ospedale espletando anche attività di pronto soccorso: circostanze, queste, mai contestate dalla Procura regionale;

iv) dopo aver preso visione (alle 13:00) delle analisi della sig.ra xx, resosi conto della presenza dei sintomi di HELLIP si è immediatamente attivato avvertendo immediatamente il primario del reparto, dottor [REDACTED] e chiedendo la consegna urgente di sangue ed emoderivati necessari per stabilizzare la paziente prima di sottoporla ad intervento di taglio cesareo e non metterne a repentaglio la vita.

Tutte le condotte successive, dal taglio cesareo all'isterectomia, sono

state poste in essere dal primario e da altri medici né erano in concreto esigibili dal dott. [REDACTED] sia perché si tratta di interventi chirurgici la cui esecuzione richiede, secondo le linee guida, la presenza di almeno due medici sia perché il dott. [REDACTED] unico medico di guardia, si trovava da solo a gestire l'intero reparto e pure il Pronto Soccorso.

Tali fondamentali circostanze, se adeguatamente valutate, avrebbero potuto (e dovuto) indurre il giudice di prime cure ad assolvere da ogni addebito il dott. [REDACTED] e ad ipotizzare profili di responsabilità, per il danno patito dalla sig.ra xx, in capo alla dirigenza dell'azienda ospedaliera per avere lasciato il dott. [REDACTED] ad operare da solo, nel reparto di Ginecologia ed Ostetricia e presso il Pronto Soccorso, per di più in un giorno festivo, non predisponendo le necessarie misure organizzative idonee a fronteggiare eventuali ma possibili situazioni di emergenza sanitaria, come quella che purtroppo si è verificata nel caso di specie.

Per tutte le considerazioni sopra esposte, il Collegio ritiene meritevole di integrale accoglimento l'appello proposto dal dott. [REDACTED] [REDACTED] dovendosi, per l'effetto, annullare la gravata sentenza.

Le spese seguono la soccombenza vanno poste a carico dell'azienda ospedaliera [REDACTED]

P.Q.M.

la Corte dei conti - Sezione Terza Giurisdizionale Centrale d'Appello, disattesa ogni contraria istanza, eccezione o deduzione, accoglie l'appello e, per l'effetto, annulla la sentenza impugnata. Liquidata in favore dell'appellante, per gli oneri di difesa di entrambi i gradi di

giudizio, la somma di Euro 3.000,00 (tremila/00), oltre alle spese generali, Iva e CPA come per legge.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio dell'8 giugno 2022.

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

Antonio Di Stazio

Giuseppina Maio

F.to digitalmente

F.to digitalmente

Depositato in segreteria il 11/08/2022

Il dirigente

F.to digitalmente