



REPUBBLICA ITALIANA

Sent. n. 83/2024

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE SARDEGNA

composta dai seguenti magistrati:

Donata CABRAS	Presidente
Antonietta BUSSI	Consigliere relatore
Valeria MISTRETTA	Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio in materia di responsabilità, iscritto al n. 25989 del registro di segreteria, instaurato a istanza del Procuratore Regionale della Corte dei conti per la Regione Sardegna nei confronti di:

omissis

rappresentata e difesa dall'avv. Vania Cirese (pec: studiocirese@epec.it), con domicilio eletto come da procura in atti.

Visto l'atto di citazione depositato in data 4 luglio 2023;

esaminati gli ulteriori atti e documenti del giudizio;

uditi, all'udienza pubblica del 13 marzo 2024, con l'assistenza del segretario dott.ssa Annalisa Lombardini, il relatore consigliere Antonietta Bussi, il v.p.g. Elisabetta Usai, per il Pubblico Ministero, nonché l'avv. Vania Cirese, per la convenuta.

FATTO

Con atto di citazione, depositato in data 4 luglio 2023, la dottoressa XX, medico ginecologo in servizio presso l'Azienda ospedaliera "G. Brotzu"

(oggi ARNAS G. Brotzu) di Cagliari, è stata chiamata a rispondere del danno arrecato all'erario, in corrispondenza delle somme liquidate a titolo di franchigia – pari a 160.000,00 euro - dall'Amministrazione di appartenenza a favore della Compagnia assicurativa, che aveva a sua volta risarcito le lesioni permanenti subite da una nascita, a causa delle gravi conseguenze determinate dalla sofferenza fetale verificatasi durante il travaglio e prima del taglio cesareo, che sarebbe stato praticato in ritardo.

La Procura ha avviato il procedimento di responsabilità sulla base della documentazione acquisita presso il predetto Ente, dalla quale è emerso che i genitori della minore avevano agito per il ristoro del serio pregiudizio patito dalla propria figlia alla nascita, avvenuta il 4 settembre 2011, allegando una perizia medica, redatta in data 30 settembre 2015, a firma del dott. Salvatore Sorbello, nella quale si perveniva alla conclusione che l'operato del personale sanitario, che aveva assistito la partoriente, fosse stato caratterizzato da difficoltà clinico-assistenziali e che in esso fosse ravvisabile una condotta medica colposa.

Nella relazione era stato sottolineato come il “*momento critico dell'intera vicenda*” andasse individuato nell'analisi del tracciato cardiocografico, eseguito sulla gestante nel corso della notte precedente il parto, nel quale si sarebbero evidenziate anomalie - sin dalle ore 3:30 e con ulteriore concretezza a partire dalle ore 5:50 - che avrebbero dovuto indurre i professionisti dell'Azienda ad una condotta maggiormente prudente, considerando la necessità di procedere con un intervento d'urgenza.

Secondo quanto addotto dal Requirente, la stessa società di assicurazioni

dell'Ospedale, in merito alla richiesta risarcitoria, si era espressa sulla opportunità di addivenire a una transazione con i soggetti lesi, ritenendo che gli avvenimenti presentassero importanti margini di criticità e rilevando che i pareri resi da esperti, appositamente incaricati, dott. Gianluca Bellafante e prof. Domenico Arduini, specialisti in ginecologia e ostetricia, nonché dott. Luigi Orlando Molendini, medico-legale, convergessero con le valutazioni rassegnate nella consulenza di parte privata, posta dagli interessati a sostegno della pretesa.

Come sintetizzato nella citazione introduttiva, nelle relazioni predisposte dai detti periti della Compagnia assicuratrice sono stati messi in luce gli aspetti problematici che hanno riguardato lo snodarsi degli accadimenti durante le fasi del travaglio, con particolare riferimento all'interpretazione del tracciato cardiotocografico, che *...era da considerare francamente patologico a partire delle ore 6:00 circa. In quel momento vi era una chiara indicazione all'espletamento del parto in tempi brevi...* con esecuzione di taglio cesareo urgente. Per la Procura, anche in tali elaborati è stato posto in rilievo come vi fosse stato un ritardo di circa un'ora e mezza nell'attuazione dell'intervento e che ciò fosse indicativo di una condotta colposa dei sanitari, in guisa che una eventuale difesa della ginecologa – ovvero la dottoressa XX - che aveva seguito il travaglio dalle ore 3:30 sarebbe stata oggettivamente difficoltosa. È stato altresì rimarcato come in un contenzioso avrebbe potuto *prevalere una interpretazione dei tracciati a favore della presenza di una sofferenza fetale prolungata... che poteva consigliare l'effettuazione di un taglio cesareo già il giorno precedente*, rendendo ulteriormente critica la posizione dell'Ente.

Emergerebbe, inoltre, dagli atti che in una successiva comunicazione della stessa Assicurazione, con *mail* del 26 aprile 2017, il nosocomio sarebbe stato sollecitato a una composizione stragiudiziale della controversia. In tale occasione, sarebbe stato infatti confermato il quadro delineato dalle perizie rese dai consulenti nominati dalla società, sottolineando il rischio di una soccombenza certa in caso di contenzioso, con importante sentenza di condanna, alla luce di quanto rappresentato dal prof. Arduini, particolarmente qualificato in materia di ginecologia forense, il quale aveva per altro osservato che il monitoraggio della gestante aveva assunto caratteristiche patologiche sin dal suo ricovero.

Il Pubblico Ministero ha riferito altresì dell'avviso contrario espresso dai consulenti dell'Azienda, che avrebbero invece stimato come ineccepibile la condotta della dottoressa X, mettendo in risalto la particolarità della situazione patologica della paziente, che rivelava la sussistenza di fattori preesistenti, come documentati in cartella clinica (*placenta e funicolo ipoplasici e malformati, alterazione flussimetrica a carico dell'aorta fetale, ipotiroidismo materno associato a celiachia associata ad intolleranza al lattosio, procidenza di funicolo*) e della impossibilità di una efficace diagnosi precoce, con un non evidente tracciato carditocografico *francamente* anomalo durante il travaglio.

In particolare, secondo il perito designato dall'Ente ospedaliero, dott. Giovanni Paolo Maietta, il comportamento dei sanitari sarebbe stato *aderente alle linee guida ed ai protocolli delle principali società scientifiche ostetrico-ginecologiche*, rimanendo *...scientificamente difficile sostenere che – con*

criterio del più probabile che non - l'orario dell'espletamento del taglio cesareo sia stato determinante nell'insorgenza del danno ...al nascituro.

L'Amministrazione sanitaria, condividendo comunque le valutazioni espresse dalla Compagnia assicuratrice, ha riconosciuto il diritto al risarcimento a favore dei genitori della minore, con conseguente liquidazione della somma di euro 1.500.000,00, comprese le spese legali, che ai sensi dell'art. 31 della polizza in essere con la Amtrust Europe Limited, hanno gravato sul pubblico erario limitatamente all'importo stabilito a titolo di franchigia, pari a euro 160.000,00, oggetto della pretesa azionata nel presente giudizio.

La Procura regionale ha ritenuto che di tale pregiudizio dovesse essere chiamata a rispondere l'odierna convenuta la quale, nonostante l'allarmante quadro clinico descritto nelle concordi consulenze rese per conto dell'Assicurazione, non avrebbe proceduto a disporre, con atteggiamento gravemente colposo, il parto cesareo con tempestività; da ciò sarebbe derivato lo stato morbosso del neonato e la successiva permanente invalidità.

Tali conclusioni, secondo il Requirente, non sarebbero state inficiate dalla difforme prospettiva offerta nella relazione del dott. Maietta, su incarico dell'Ospedale, da cui emergerebbe una condotta della professionista conforme alle linee guida in materia. Rispetto a tale affermazione è stato evidenziato che l'addotta osservanza a dette indicazioni non sarebbe dirimente ai fini della determinazione delle responsabilità, posto che esse costituirebbero, per uniforme giurisprudenza richiamata, istruzioni "di massima", da vagliare alla stregua delle specificità del singolo caso, tenendo

conto della regola probatoria valevole nel processo civile, improntata sul canone del “*più probabile che non*”.

Infine, sul versante soggettivo, l’azione del medico sarebbe stata connotata da grave colpevolezza, in ragione dell’esiguità dei controlli attivati nonostante gli inequivocabili segnali anomali già dal giorno prima del parto, e ciò sotto il profilo sia dell’imprudenza, sia dell’imperizia, a fronte delle tempistiche riscontrate nella vicenda e dell’interpretazione dei dati clinici disponibili.

Per gli accadimenti descritti, pertanto, l’Ente ospedaliero, sulla base di un’istruttoria specialistica approfondita, avrebbe correttamente agito, nel decidere di porre fine al contenzioso attraverso la transazione stragiudiziale, onde evitare il rischio di una onerosa soccombenza processuale, con relativo inutile aggravio di costi.

In relazione ai fatti, è stato notificato alla dottoressa X invito a dedurre ex art. 67 c.g.c., rispetto al quale, oltre a essere stata sentita personalmente a sua richiesta, ha depositato le proprie controdeduzioni scritte, contrapponendo alle conclusioni peritali, poste a sostegno della scelta aziendale, il parere del Prof. Trojano e del dottor Giovanni Di Vagno, dalla medesima nominati, dal quale emergerebbe una macroscopica carenza probatoria sulle reali cause della patologia della neonata e, pertanto, sul nesso causale della fattispecie azionata. Nello specifico, infatti, sarebbe stato necessario eseguire l’esame del sangue arterioso ombelicale nell’immediatezza del parto, che avrebbe potuto condurre alla più attendibile diagnosi, tenuto conto dei rilevati fattori potenzialmente aggravanti della patologia (tra cui le condizioni predisponenti

proprie della gestante o legate alla gravidanza). È stato rimarcato come il tracciato fosse divenuto poco rassicurante alle ore 5:50 e francamente anormale alle ore 7:18, orario nel quale l'*équipe* ha deciso di procedere al taglio cesareo d'urgenza. Infine, nel rilevare la necessità di rinnovare gli accertamenti peritali, è stato concluso per l'assenza della colpa grave in capo al medico, posto che, come confermato dalla stessa interessata, nel corso dell'audizione, la situazione non sarebbe cambiata neppure anticipando le operazioni del parto, alla luce di una possibile sofferenza cronica fetale, non identificabile con le procedure normalmente utilizzate durante la gravidanza.

In sede di citazione, le argomentazioni svolte dalla prevenuta non sono state ritenute idonee dal Pubblico Ministero a superare le prospettazioni accusatorie, a fronte delle evidenze in atti, che sono state puntualizzate nei termini che seguono.

Nel richiamare le univoche ricostruzioni elaborate dai professionisti incaricati dalla società assicuratrice, la cui linearità e completezza avrebbe determinato la stessa Azienda sanitaria a evitare il futuro giudizio, attivando la polizza in via transattiva, è stato escluso che le discordanti valutazioni rese nelle consulenze utilizzate dalla convenuta, per altro limitate ai profili di colpevolezza, siano sufficienti a confutare la conclusione secondo cui il medico avrebbe dovuto adottare la soluzione meno rischiosa, optando per l'esecuzione di un sollecito taglio cesareo.

In tal senso non potrebbe deporre la ricostruzione alternativa offerta dalla dottoressa X, circa la sussistenza di elementi sconosciuti e non verificabili durante la prestazione, per far ritenere corretto il proprio operato, alla luce

della giurisprudenza di questa Corte, richiamata nella citazione, secondo la quale, nella disamina del profilo psicologico, non potrebbe prescindersi dal contesto in cui si è svolta l'azione e dal valore del bene da preservare.

Nessuna rilevanza, secondo il Requirente, potrebbe essere riconosciuta alle più recenti scoperte scientifiche, evocate a discolpa da controparte, che avrebbero fatto emergere una differente eziopatogenesi per eventi quali quello in trattazione, potendo essere determinati da cause preesistenti e non necessariamente associate alle complicità del travaglio o del parto. Difatti, la professionalità dell'interessata avrebbe comunque dovuto indurla a effettuare un taglio cesareo - maggiormente prudenziale – con tempestività, onde evitare le conseguenze avverse che, pure secondo le acquisizioni dottrinali più “datate”, avrebbero potuto prodursi.

Infine, in ordine ai dati risultanti dal tracciato, che secondo le perizie di parte convenuta sarebbero divenuti tali da determinare l'urgenza alle ore 7:07, è stato rimarcato come gli stessi, esaminati nel loro insieme, avrebbero comunque suggerito una scelta di più elevata accortezza, senza considerare che i minuti trascorsi per la preparazione dell'intervento chirurgico, ovvero trentotto dalla relativa decisione, costituirebbero un lasso temporale di cui il medico avrebbe dovuto tenere conto, costituendo variabili note.

In conclusione, nell'opporsi alla consulenza tecnica domandata dalla professionista, è stata confermata la pretesa erariale per cui è stata chiesta la condanna della medesima, a favore dell'Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”, per l'importo di 160.000,00 euro o di quella diversa risultante all'esito del giudizio, oltre alla rivalutazione monetaria, agli interessi legali e alle spese di

giustizia.

In data 04.02.2024, si è costituita in giudizio la convenuta, a ministero di avvocato, contrastando le avverse imputazioni sulla base delle argomentazioni di seguito riepilogate:

1) la condotta nella vicenda clinica in oggetto sarebbe stata improntata a correttezza, mentre non sarebbero state, in alcuna sede, approfondite le ricostruzioni medico-legali specialistiche sulla reale genesi dell'evento occorso, non essendo stata analizzata l'incidenza di concause preesistenti - ovvero le documentate forme morbose della nascita - ai fini della assoluta impossibilità di una efficace diagnosi precoce della patologia funicolo-placentare. Ciò sarebbe confermato dall'assenza di meconio anomalo nel liquido amniotico, che dimostrerebbe la mancanza di sofferenza fetale acuta *peripartum*, potendo invece ravvisarsi una condizione sub cronica pregressa, non prevedibile né prevenibile da parte dei sanitari;

- invero, secondo l'interessata, il tracciato sarebbe divenuto poco rassicurante alle ore 5:50 e francamente anormale alle ore 7:18, in cui l'*equipe* avrebbe deciso di procedere al taglio cesareo in urgenza;

- inoltre, indagini epidemiologiche più recenti avrebbero individuato altre cause di encefalopatia neonatale rispetto alla asfissia, mentre al momento dei fatti non vi era alcun metodo per la diagnosi prenatale di una patologia funicolare mediante ecografie o studi flussimetrici;

- oltretutto, i consulenti di parte hanno messo in evidenza come non potrebbe esistere un danno ipossicoischemico neonatale, senza un'alterazione dell'equilibrio acido basico corrispondente (EGA cordonale alla nascita)

retrospettivo nelle ultime tre ore, come nel caso in oggetto, in cui non sono stati registrati significativi scostamenti dai principali parametri di riferimento. Questo dato, da solo, darebbe certezza della circostanza che il feto-neonato non avrebbe avuto alcuno stress metabolico nel predetto arco temporale antecedente al parto;

2) difatti non sarebbe stata esaminata, per essere esclusa, l'interferenza di fattori eziologici alternativi, al fine di valutare l'efficienza causale del comportamento del medico, rispetto all'evento. A tale scopo sarebbe necessario disporre una consulenza tecnica d'ufficio, per verificare siffatto profilo;

- trattandosi di fatto omissivo, non potrebbe prescindersi dall'identificazione del dovere normativo di agire in capo al soggetto qualificato, posto in una posizione di garanzia e di tutela a fronte dell'obbligo di protezione del bene-salute del paziente e di impedimento dell'avvenimento sfavorevole;

- sul piano giuridico, dovrebbe pertanto accertarsi la corretta applicazione della regola di comando, incombente sul medesimo agente, da cui deriverebbe l'onere di una condotta tipica, nonché su quello materiale, la sua concreta possibilità di attuazione, quale presupposto implicito dell'omissione imputata;

- secondo la prospettazione difensiva questa essenziale operazione ermeneutica sarebbe stata totalmente trascurata dall'Azienda ospedaliera, pervenuta a transazione, e tralasciata dal Procuratore regionale;

3) quanto all'aspetto soggettivo, è stata eccepita l'assenza della colpa grave, rilevabile unicamente in presenza di errori non scusabili per la loro

grossolanità o per la carenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione medica, ovvero laddove sia accertato il difetto di quel minimo di perizia tecnica, che nel caso di specie non sarebbero affatto emersi;

- nel richiamare gli orientamenti uniformi delle Corte dei conti sull'essenza dell'elemento psicologico in esame, costantemente descritto quale *sprezzante trascuratezza dei propri doveri, di negligenza massima, nonché nell'agire senza il rispetto delle comuni regole di comportamento*, è stato rimarcato come simili qualificazioni non si attaglierebbero alla condotta della professionista;

- in particolare, non potrebbe, secondo tali canoni, essere individuata la gravità della colpa in un comportamento non perfettamente rispondente alle regole della scienza e dell'esperienza, occorrendo una inescusabile scriteriatezza e approssimazione nello svolgimento dell'attività medica, come descritte nei precedenti giurisprudenziali richiamati nella memoria, che nella fattispecie sarebbero del tutto assenti;

4) in sostanza, per verificare che nella vicenda sia ravvisabile un contegno colposo della convenuta, nel grado necessario per affermare la relativa responsabilità, sarebbe indispensabile disporre un accertamento tecnico specialistico per la reale ricostruzione dei fatti, atteso che in materia di *malpractice* medica detto strumento sarebbe essenziale per verificare sia il nesso eziologico tra l'atteggiamento colpevole e l'evento e sia l'elemento soggettivo, come riconosciuto dalla giurisprudenza, anche della Corte di Cassazione, a questo fine citata;

- a cospetto di un avvenimento tanto complesso, che non è mai stato oggetto

di indagine giudiziale, la nomina di un collegio peritale, ai sensi del codice di giustizia contabile, includendo tra i CTU uno specialista in ostetricia e ginecologia esperto nelle problematiche afferenti alla materia, un genetista e un neonatologo, consentirebbe di delineare esattamente i termini del caso clinico, la conformità alle linee guida e alle buone pratiche, l'origine del danno e la sua presagibilità;

5) in punto di nesso causale, difetterebbe ogni correlazione tra il comportamento della convenuta e le affezioni della neonata. In proposito, la disamina della prevedibilità e dell'evitabilità dell'evento ex ante, ai fini dell'individuazione della responsabilità colpevole, sarebbe stata infatti influenzata da ragionamenti erronei, in quanto non si sarebbe tenuto conto che dovrebbe potersi rimproverare alla professionista, attraverso un giudizio controfattuale, di non aver posto in essere l'impedimento attivo dovuto, in forza di un obbligo giuridico di azione interruttiva, in concreto attuabile. Con riguardo alle omissioni, nell'esercizio dell'attività medica, infatti dovrebbe considerarsi che il compimento dell'azione comandata presuppone in realtà che il soggetto abbia la "possibilità di agire" nel senso normativamente richiesto, la quale potrebbe essere esclusa sia dall'assenza delle necessarie attitudini psicofisiche, sia dalla mancanza delle condizioni esterne indispensabili per compiere l'atto doveroso. Nel richiamare recenti pronunce della Corte di Cassazione, è stato pertanto posto in risalto che per la configurazione del nesso eziologico non potrebbero difettare la capacità soggettiva dell'agente di attenersi alla regola cautelare, nonché la concreta possibilità di pretendere l'osservanza della stessa; di converso, non potrebbe

ravvisarsi alcun collegamento quando (anche) una condotta appropriata (il cd comportamento alternativo lecito) non avrebbe comunque scongiurato il danno. In definitiva, secondo gli insegnamenti della Suprema Corte, l'attività istruttoria del giudice dovrebbe essere diretta non solo alla conferma o meno dell'esistenza di fattori causali ipotizzati ma anche di quelli alternativi che possono costituire elementi di smentita della ricostruzione, circostanze queste in alcun modo analizzate ai presenti fini;

6) per quanto attiene all'applicazione del "potere riduttivo", che costituisce parte integrante e caratterizzante della disciplina della responsabilità erariale, è stato rilevato come l'art. 83 del r.d. n. 2440 del 1923 detti la regola fondamentale secondo la quale la *Corte dei conti, ...valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto*. È stato quindi sottolineato come con la sentenza della Corte costituzionale n. 371 del 1998 sia stato chiarito il senso della disposizione, in quanto rispondente *alla finalità di determinare quanto del rischio dell'attività debba restare a carico dell'apparato e quanto a carico del dipendente, nella ricerca di un punto di equilibrio tale da rendere, per i dipendenti ed amministratori pubblici, la prospettiva della responsabilità ragione di stimolo, e non di disincentivo*. Ciò sarebbe particolarmente evidente nella materia trattata, affinché proprio l'aspetto deterrente operi per arginare il fenomeno della medicina difensiva con oneri di assistenza maggiori per le casse pubbliche.

In conclusione, è stato chiesto, in via principale, di respingere la domanda nei confronti della dottoressa XX perché infondata in fatto ed in diritto,

assolvendola da ogni contestazione. Con vittoria di compensi, inclusivi di IVA, CPA e rimborso forfettario delle spese generali in misura pari al 15%. In subordine, salvo gravame, di rideterminare il danno erariale in applicazione del massimo potere riduttivo, in considerazione delle specifiche circostanze, ivi comprese la correttezza processuale e l'inesistenza di prevedibilità e di evitabilità dell'evento, attesa l'incidenza sullo stesso delle singole prestazioni professionali.

In via istruttoria, è stato infine domandato affinché si disponga CTU medico legale e specialistica, per l'accertamento dei profili come sopra delineati, nominando quali periti di parte il Prof. Vito Trojano e il Dott. Giovanni Di Vagno e producendo nota tecnica difensiva.

All'udienza del 13 marzo 2024, le parti hanno ribadito le posizioni in atti. In particolare, il Pubblico Ministero si è opposto all'acquisizione di ulteriori consulenze, ritenendo sufficienti quelle versate nel fascicolo di causa, e ha insistito per l'accoglimento delle conclusioni formulate nella citazione introduttiva nel *quantum* ivi definito. Per la convenuta, l'avv. Cirese, con rinvio agli scritti difensivi, ha ripercorso la vicenda, sottolineando che l'evento lesivo potrebbe essere stato determinato da altre cause, che dovrebbero essere indagate. Ha altresì ribadito che la paziente è stata monitorata con continuità, il liquido amniotico è sempre rimasto limpido e il tracciato si è svolto nella norma, senza alcun segnale di allarme, fino a quando, a seguito di una decelerazione del battito non seguita da una ripresa, è stato deciso immediatamente per il taglio cesareo d'urgenza. Inoltre, dalla stessa cartella clinica si evincerebbe una condizione patologica funicolo-

placentare, correlata alla gestazione, non rilevabile strumentalmente. Ha dunque concluso per l'assoluzione da ogni addebito o, in subordine, che sia nominato un Consulente Tecnico d'Ufficio, esperto in materia, che faccia luce sugli eventuali dubbi che dovessero residuare, data la delicatezza del caso di specie.

DIRITTO

L'azione esercitata dalla Procura contabile ha a oggetto le conseguenze sfavorevoli per l'erario, cagionate nell'esercizio delle funzioni di medico ginecologo dalla convenuta, in servizio presso l'Azienda ospedaliera "G. Brotzu", a seguito del risarcimento disposto dall'Ente per le menomazioni permanenti subite da un neonato in occasione del parto, come descritte in narrativa, per la quota non coperta dalla polizza assicurativa.

In assenza di questioni pregiudiziali e preliminari, proposte dalle parti o rilevabili d'ufficio, ai sensi dell'art. 101 c.g.c., il Collegio può procedere direttamente a trattare il merito del giudizio.

La Sezione ritiene che la pretesa avanzata ai fini della reintegrazione del danno sia parzialmente fondata e debba essere accolta nei termini che seguono.

Le articolate e approfondite difese svolte dall'interessata possono, infatti, reputarsi idonee a mitigare i profili di responsabilità contestati, senza tuttavia escluderli, restando inalterati i presupposti essenziali su cui è imperniata la richiesta di condanna, entro i limiti appresso precisati.

Alla luce del quadro emerso dalle molteplici consulenze mediche intervenute per conto dei diversi soggetti coinvolti nella vicenda, non è

dubitabile, infatti, che il ristoro deliberato in via transattiva dall'Amministrazione a favore del danneggiato sia stato determinato dal pregiudizio sofferto dal nascituro anche a causa di disfunzioni e ritardi riscontrati nella conduzione del travaglio.

A fronte di tale premessa, occorre pertanto darsi carico di verificare l'entità dell'apporto causale ricollegabile al comportamento della convenuta, che è risultata avere in carico la gestante nell'arco temporale interessato da detta fase e fino al parto, essendo in turno presso il reparto di ginecologia e ostetricia, nel quale la paziente era stata ricoverata dal giorno precedente.

Ciò comporta che, nell'individuazione del contributo eziologico ascrivibile al medico, debba tenersi necessariamente conto della coesistenza di fattori che hanno concorso al realizzarsi dell'evento avverso a carico del neonato, che non possono essere del tutto imputati alla medesima, trattandosi di elementi non dipendenti dalla propria azione, ma potenzialmente riferibili a carenze o inefficienze della struttura o ad altri componenti. Cionondimeno, non può essere tralasciato che tali concomitanze, almeno in parte, avrebbero dovuto essere tenute in considerazione dalla professionista, giacché note o conoscibili, al fine di evitare o, quantomeno, limitare l'evoluzione negativa alla quale si è assistito a causa dell'eccessivo protrarsi dei tempi di intervento.

Ai suddetti fini, appaiono risolutive le risultanze medico-legali, rassegnate nelle varie perizie entrate nell'odierno processo e caratterizzate dalla convergenza su un punto - che non è contestato - ovvero che al momento in cui, alle ore 7:48, è stato effettuato il taglio cesareo fosse trascorso un consistente lasso di tempo da quando si erano manifestati i primi

segni clinici di una sofferenza fetale, rilevati attraverso il tracciato cardiotocografico.

Risulta, pertanto, dirimente vagliare se tale ultimo aspetto, che costituisce il fulcro dell'azione di responsabilità, possa dirsi provato, quantomeno secondo il criterio del *più probabile che non*, anche allo scopo di soppesare il grado di colpevolezza che connota un approccio inappropriato rispetto al contesto, da parte della convenuta, per non avere rapidamente optato per il percorso chirurgico, ai fini della pronta soluzione del caso clinico.

In proposito, tuttavia, ad avviso del Collegio, deve escludersi la necessità di disporre una consulenza tecnica d'ufficio, non dando seguito pertanto alla richiesta in tale senso avanzata dalla difesa dell'interessata, in ragione della evidente completezza delle documentate informazioni riportate nei pareri redatti dai vari specialisti, tutti altamente qualificati nella specifica materia; dette perizie, infatti, rese per conto delle distinte parti che hanno nominato i professionisti di rispettiva fiducia per analizzare tecnicamente la vicenda, contribuiscono, ciascuna con la propria visuale, a ricostruire la sequela degli accadimenti in modo del tutto esauriente e compiuto ai fini decisori.

Vero è che per costante giurisprudenza della Corte di cassazione, la consulenza di parte – categoria nella quale si annoverano le relazioni in parola - costituisce una semplice allegazione difensiva a contenuto settoriale, priva di autonomo valore probatorio (Cass. n. 4833/2012); nondimeno, nel caso di specie, deve osservarsi che gli stessi periti nominati dalla Compagnia assicuratrice pervengono a un risultato non favorevole alla posizione del soggetto da cui hanno ricevuto l'incarico, riconoscendo la responsabilità

dell'assicurato – ovvero l'Azienda sanitaria – e quindi l'obbligo, per conto del proprio cliente, di rifondere il danno cagionato a terzi.

È di palmare evidenza che la valutazione, da parte della predetta società, di un elevato rischio di soccombenza, con *un'importante sentenza di condanna* in un giudizio risarcitorio, che ha portato alla scelta di definire la controversia in via transattiva, scaturisse dalla considerazione che gli esiti consulenziali non potessero essere agevolmente contraddetti e che dunque fosse più conveniente addivenire a un accordo stragiudiziale.

D'altro canto, lo stesso Ente ospedaliero, pur avendo separatamente individuato un proprio consulente, Dott. Giovanni Paolo Maietta, che aveva concluso in termini differenti rispetto a quelli rassegnati per l'organismo assicurativo, aveva da parte sua comunicato, *dopo l'esame della documentazione ricevuta* e sulla base di un giudizio basato sul criterio del “*più probabile che non*”, come risultante dalle varie perizie esaminate, di aderire alla scelta di comporre la vertenza, evitando che sfociasse in una lite giudiziaria.

In particolare, nella stessa consulenza appena citata, l'esperto incaricato, nel rispondere al quesito se la gravissima ipossia cui la neonata era andata incontro in epoca perinatale fosse correlabile a una condotta medica censurabile, pur ritenendo che i sanitari che ebbero in cura la gestante avessero agito in modo sostanzialmente conforme alle linee guida (*Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida nazionali di riferimento*. 2004) ed ai protocolli delle principali società scientifiche ostetrico-ginecologiche, aveva comunque puntualizzato come *il dato maggiormente*

rilevante ai fini della decisione sulla natura acuta intrapartum della lesione – da ricondurre causalmente alla negligente e/o imprudente assistenza ostetrico-ginecologica prestata alla paziente – [fosse] rappresentato solo ed esclusivamente dal tracciato cardiotocografico che dalle ore 6 è considerato patologico, e, quindi, indicativo di sofferenza fetale.

Sul punto, dunque, seppure con la precisazione che ...*l'uso della CTG per identificare la compromissione fetale è caratterizzata da bassa specificità e da un alto tasso di falsi positivi...* non risulta efficacemente contraddetta la circostanza, riscontrata nei vari elaborati peritali, che dall'ora sopra indicata (ovvero intorno alle 6 del mattino) le rilevazioni strumentali presentassero evidenti anomalie, che avrebbero dovuto indurre a un rapido intervento.

Non così, ovviamente, secondo la perizia redatta a favore della stessa dottoressa X, nella quale il Dott. Di Vagno e il Prof. Trojano, pur riconoscendo la sussistenza di una sofferenza fetale acuta a carico del nascituro, hanno ritenuto che questa fosse insorta su una sofferenza cronica basata su numerose co-morbilità e fattori di rischio preesistenti materno-fetali. Da tale presupposto hanno fatto discendere l'ineccepibilità del comportamento del medico, reputando che non fosse possibile una efficace diagnosi precoce della patologia funicolo placentare rilevata a carico della gestante, atteso che il tracciato era divenuto preoccupante alle ore 7.18 del 04.09.2011.

Tale esito, tuttavia, non è idoneo, per i motivi di seguito precisati, a scalfire le convergenti ricostruzioni fattuali consegnate dai concordi pareri acquisiti dall'Assicurazione e, in parte, dalla stessa Azienda. In ordine alla

loro attendibilità, non può che rimarcarsi come gli stessi siano stati formulati per conto di soggetti che non possono di certo dirsi portatori di un interesse a riconoscere una propria responsabilità se non sussistente o, comunque, ragionevolmente dubbia, tanto da potere essere contrastata in un processo risarcitorio, alla luce della irreparabilità delle lesioni subite dalla paziente e delle consistenti ripercussioni sulla persona che presentava la vicenda, senza tralasciare i rilevanti risvolti sul piano economico. Inoltre, l'eshaustività delle relazioni redatte dai predetti professionisti rende del tutto superfluo procedere all'assunzione di un ulteriore parere medico legale, che ben poco potrebbe aggiungere rispetto ai diversi punti di vista dai quali è stato approfonditamente scandagliato l'episodio.

In linea generale, preme soltanto ribadire che la consulenza tecnica costituisce uno strumento di ausilio del giudice e può essere da questi disposta discrezionalmente, come sancito dall'art. 94 c.g.c., che ricalca l'art. 61 c.p.c., oppure motivatamente negata, in caso di richiesta della parte, se in possesso dei criteri tecnici per risolvere la questione; si è dato già conto delle ragioni per le quali questo Collegio, nella fattispecie esaminata, non reputi necessario dare corso all'istanza formulata della convenuta, ritenendo del tutto adeguati, secondo il proprio prudente apprezzamento, il quadro probatorio e le allegazioni in atti, al fine di assumere ogni utile valutazione.

Tanto precisato, può quindi procedersi a delibare la condotta oggetto di imputazione, sia sotto il profilo causale, sia dal lato della colpevolezza, onde accertare non solo se l'evento sia effettivamente riconducibile all'azione od omissione della dottoressa X, ma anche che lo stesso fosse, date le

circostanze, prevedibile ed evitabile, osservando il comportamento più appropriato, che la medesima era tenuta ad assumere in rapporto alla contingenza da affrontare, in forza della posizione di garanzia rivestita nei confronti della paziente e della relazione terapeutica con la stessa instaurata.

Sul primo punto, è innegabile il nesso di consequenzialità necessaria riscontrabile tra le tempistiche nella gestione della fase finale del travaglio da parte della ginecologa, contrassegnate dalla mancata attivazione di una sollecita iniziativa per accelerare i tempi di estrazione del feto, e l'evento irreparabile che ha colpito la neonata, quantomeno a causa della maggiore gravità che il ritardo nell'esecuzione del taglio cesareo ha indubbiamente determinato. Infatti, come già rilevato nelle varie consulenze confluite agli atti, non esclusa quella prodotta dalla stessa convenuta, è incontestato che si sia verificata una situazione di sofferenza acuta perinatale per il nascituro, sebbene la si inquadri, nei diversi elaborati peritali, in un differente contesto nosologico.

Sulla base delle coordinate ermeneutiche elaborate dalla giurisprudenza nel campo della responsabilità medica, che sul piano civilistico predilige il criterio probabilistico, sopra ricordato, occorre pertanto scrutinare l'opera del clinico per accertare che, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare che il danno si realizzasse o che si producesse con una minore intensità lesiva (Cass. n. 867 del 2008). In buona sostanza, nel caso di specie, è necessario che, dalle emergenze in atti, possa dedursi come altamente verosimile che il comportamento attivo dell'interessata, verso la scelta di intervenire chirurgicamente, laddove attuato

con maggiore tempestività, cogliendo i segnali che progressivamente rivelavano un rischio sempre più marcato, e dunque percepibile, di un'evoluzione anomala del parto rispetto all'andamento standard, avrebbe impedito l'avversarsi dell'evento o ne avrebbe attenuato le conseguenze irrimediabili infine prodotte.

Ad avviso della Sezione, le plurime circostanze, individuate nelle consulenze tecniche rese per conto della società assicuratrice, chiaramente sintomatiche di un caso che fuoriusciva dai parametri di normalità, avrebbero dovuto portare il medico, a prescindere dai non meglio specificati criteri fissati in linee guida, caratterizzati da necessaria genericità, ad adattare rapidamente la propria azione alle evenienze visibilmente critiche che, nello specifico, andavano mano a mano aumentando, al fine di ridurre al massimo il pericolo di un avvenimento avverso quale quello verificatosi, che, come riconosciuto, non raramente, è legato alla ritardata esecuzione del parto (e ciò, anche sulla base della letteratura scientifica risalente all'epoca dei fatti, come osservato nella stessa perizia di parte, con riferimento alle complicanze ostetriche).

È lampante la sottovalutazione di numerosi indici che si erano manifestati, quanto meno dopo la preparazione per l'analgesia epidurale (alle ore 5:20) e che denotavano l'aggravamento del quadro clinico, in particolare dalle ore 5:50 circa, quando era stata effettuata la visita, tanto che non potevano essere superati contando esclusivamente sulla rilevazione di un liquido amniotico chiaro, invocato a propria difesa dalla convenuta.

Depone nella direzione delineata quanto riscontrato dai periti incaricati

dalla predetta Compagnia di assicurazione, i quali hanno concluso per la sussistenza di una inequivoca indicazione affinché fosse eseguito il taglio cesareo con urgenza a partire dalle ore 6.00, in quanto in quella fase del travaglio non ci si poteva più attendere che il parto procedesse per vie naturali (*...malgrado la dilatazione completa raggiunta...non si assiste ad alcuna progressione della parte presentata* – relazione prof. Arduini).

E ancora, come sottolineato in particolare dal dott. Bellafante, alle ore 5:20, il tracciato aveva registrato decelerazioni variabili lievi, mentre era divenuto *poco rassicurante e francamente patologico poco dopo le ore 6.10...* Secondo lo specialista, quanto appena rilevato e *...la tempistica del parto prevedibile in tale situazione avrebbero dovuto consigliare un più veloce ricorso al taglio cesareo*, senza attendere oltre un'ora dopo la comparsa delle anomalie. Ciò per giungere a qualificare il caso come difficilmente difendibile.

Pertanto, considerato che già alle ore 4:00 e 4:10 era stata censita una perdita di segnale del tracciato cardiocografico, per cui era stato avvisato il medico di guardia (come risulta appuntato sulla stampa della relativa fascia oraria), sebbene superata con un cambio di posizione della gestante, il fenomeno si era ripetuto molteplici volte nel ridotto arco di tempo successivo, e precisamente alle ore 5:50, nonché tra le 6:00 e le 6:10, alle ore 6:20, alle 6:30, alle 6:40, finché in corrispondenza delle ore 7:10 è stata apposta l'annotazione, a firma della dottoressa X “si decide per T.C. in urgenza”. Il dato è riportato anche nella sezione ostetrica della cartella clinica della partoriente, per la quale il Dott. Molendini ha osservato come... *nella pagina*

di diario in cui sono annotate le visite si rileva una sovrapposizione della annotazione delle ore 7:10 del 4.9 ad una annotazione redatta in data successiva.

In definitiva, condividendo quanto concluso nella perizia del predetto professionista, intorno alle 6:00 si erano poste tutte le condizioni perché fosse allertata la struttura e attivato quanto necessario, a fronte della prevedibile esigenza di espletare in tempi brevi un taglio cesareo, non essendo ipotizzabile oltre una evoluzione naturale del parto, e ciò al fine di agevolare l'immediata esecuzione dell'intervento, al persistere dei segni patologici chiaramente non rassicuranti del tracciato cardiotocografico.

La stessa analisi medico legale della vicenda, come sopra richiamata, svela notevoli criticità proprio nell'interpretazione delle predette rilevazioni strumentali, da parte del sanitario, rispetto all'andamento del travaglio (relazione del Prof. Arduini); infatti, pur essendo la convenuta stata informata della perdita di segnale e pur avendo effettuato una visita alle 5:50 circa (indicata nella stampa del tracciato), in cui si era ripetuta l'assenza di misurazioni ed erano state registrate ripetute e profonde decelerazioni – confermate nella cartella clinica della neonata - è trascorsa un'ulteriore ora e mezza, prima di assumere una condotta risolutiva, che appariva sin da quel momento indispensabile, mentre il proprio indugio nella decisione di procedere con taglio cesareo, poi eseguito per sofferenza fetale – come da cartella neonatale - risulta essere stato determinante, sotto il profilo causale, quanto meno nel peggioramento delle condizioni altamente critiche da cui sono derivate le severe invalidità della neonata.

Per quanto si evince dalla relazione stilata dalla Dottoressa Luciana Pibiri, responsabile del reparto di Neonatologia, la bambina era apparsa subito in una situazione di gravità, per assenza di respiro spontaneo, ipotono generalizzato, mancanza di reattività e bradicardia, con indice APGAR – utilizzato per descrivere lo stato di salute nei primi istanti di vita - a 1 minuto pari a 2 (secondo le annotazioni sulla cartella clinica del parto pari a 4 alla nascita), comunque, significativo di una elevata compromissione (come da cartella clinica della neonata), con necessità di intervento medico immediato.

Detto indice, è asceso a 5 dopo 5 minuti dal parto, a seguito delle manovre di rianimazione primaria praticate.

Inoltre, dall'emogasanalisi da prelievo capillare, effettuata dopo circa 20 minuti di vita, è risultata, sempre secondo il referto della neonatologa, *un'acidosi metabolica marcata*, con pH pari a 7,19, con HCO_3 a 12,5 e un eccesso di basi pari a -15,8 (con scarsa ossigenazione del feto). La lettura diagnostica dei dati non collima del tutto con quanto affermato dalla difesa della convenuta, la quale, per altro facendo riferimento all'esame cordonale – e non a quello capillare effettuato – ha addotto la mancanza di significative alterazioni rispetto ai limiti normali, senza però esplicitarne le ragioni. Tuttavia, nella stessa perizia prodotta in allegato alla memoria, per tale aspetto, è stato precisato che gli esiti del prelievo denotano un quadro di Acidosi Metabolica testimoniata dal livello delle Basi in Eccesso e dei Bicarbonati (HCO_3), pur specificando che detti valori fuori *range* ... *potrebbero essere associati ad una condizione prenatale*.

Avvalora comunque quanto indicato dalla predetta neonatologa anche la

spiegazione fornita dal dott. Bellafante, già citato, che, nella propria relazione, ha osservato come la misurazione dell'indice di APGAR (2 a un minuto e 5 a cinque minuti) e del pH a 7,19 (eseguito peraltro 21 minuti dopo il parto) facevano propendere per una sofferenza fetale in utero.

In definitiva, le risultanze cliniche rilevate, assieme alle disfunzioni neurologiche obiettivamente riscontrate nella bambina appena nata e al quadro di spasticità dei quattro arti, sono stati ritenuti dai consulenti della società assicuratrice idonei a indirizzare la diagnosi verso una *ipossia intra partum*. Ciò ha fatto concludere il medico legale, dott. Molendini, che *...un più tempestivo taglio cesareo...avrebbe consentito di ridurre l'insulto ipossico sui tessuti cerebrali...*, senza tuttavia poter fornire risposte dirimenti in merito alla reversibilità, parziale o totale, dell'affezione nel caso che la soluzione chirurgica fosse stata anticipata di 60/90 minuti.

Il Collegio intende aderire a tale ricostruzione, ritenendo che gli elementi offerti per un vaglio tecnico degli avvenimenti siano del tutto adeguati e diano una lettura integrale e attendibile dei fatti, che trovano corrispondenza nella documentazione in atti, per affermare la responsabilità, quanto meno parziale, della convenuta.

Nell'individuazione dell'entità del contributo causale riferibile alla condotta del medico non può, tuttavia, non tenersi conto dello stato patologico materno-fetale segnalato sia dal Dott. Maietta, incaricato dall'Azienda, sia dal Prof. Trojano e dal Dott. Di Vagno, nominati nell'interesse della parte citata. Tali fattori, pur non potendo essere esclusi, anche per le plausibili ragioni illustrate nelle predette consulenze, nondimeno

non possono essere ritenuti sufficienti per elidere il sicuro collegamento causale tra la condizione di sofferenza acuta determinatasi per il nascituro e l'aver perseverato nel travaglio anche dopo le ore 5:50.

Per altro, l'operatore sanitario, proprio avvedendosi o dovendo acquisire i dati anamnestici della partoriente, riportati nella cartella clinica, nella quale si dà conto di patologie ritenute, nella stessa perizia prodotta dalla convenuta, rilevanti per gli sviluppi negativi della vicenda clinica, *a fortiori*, avrebbe dovuto attivarsi senza ritardo per evitare ogni rischio a essi ricollegabile.

Su detto versante eziologico, non può che farsi riferimento a quanto disposto dall'art. 41 del c.p., volto a regolare, nell'ambito della sfera penale, il rapporto di causalità tra comportamento ed evento, in caso di concorso di cause, ritenuto pacificamente applicabile ai giudizi erariali.

In particolare, per il comma 1 del citato articolo, l'operatività di elementi concorrenti, preesistenti o simultanei, come nel caso di specie, non elimina l'imputabilità del fatto all'agente. Tuttavia, ai fini della responsabilità per danni, essi devono essere valutati ai fini dell'individuazione del *quantum* risarcibile da porre a carico della convenuta, poiché la condanna deve essere commisurata all'entità dell'apporto causale ascrivibile alla relativa azione od omissione, rispetto all'accadimento lesivo.

Non senza ribadire, ancora una volta, che occorre tenere conto della conoscenza o della conoscibilità di dette concomitanze da parte del medico – e ciò anche sul piano psicologico - e della necessità che fossero vagliate ai fini dell'assunzione delle più confacenti determinazioni.

In altri termini, nella specie, si trattava di condizioni che, laddove

attentamente valutate e inquadrate nel contesto di criticità, avrebbero dovuto condurre la ginecologa a provvedere senza ritardo a disporre il taglio cesareo, sin dai primi segnali di anomalia consegnati dal tracciato.

Per quanto sin qui rappresentato, il Collegio ritiene, quindi, che la condotta medica tenuta dalla convenuta abbia con efficienza causale autonoma e concorrente contribuito, nella misura di seguito individuata, a creare i presupposti per il verificarsi degli eventi produttivi del danno patrimoniale subito dall'Azienda ospedaliera, tenuta a soddisfare, seppure nel ridotto importo della franchigia assicurativa, la pretesa vantata a ristoro del pregiudizio sofferto dalla paziente, lesa dalla prestazione sanitaria.

Accertato tale requisito, rimane ora da delibare il piano soggettivo dell'azione posta in essere dalla dottoressa X, che si reputa connotata da non scusabile negligenza e dunque gravemente colposa.

In campo medico, il tema del grado della colpa – che in generale rappresenta un aspetto tipico della responsabilità erariale - ha costituito un diffuso argomento di indagine anche in ambito penale, laddove la normativa di settore intervenuta nel tempo (in particolare cd. Legge Balduzzi n. 189 del 2012, sostituita con modifiche dalla Legge Gelli-Bianco n. 24 del 2017) ha dapprima escluso la responsabilità da reato degli esercenti la professione sanitaria nei casi di colpa lieve (art. 3 della l. 189 del 2012) e, successivamente, nelle ipotesi di imperizia caratterizzate dall'osservanza delle linee guida e delle buone prassi accreditate (art. 6 della l. n. 24 del 2017).

La Corte di Cassazione ha, in ogni modo, progressivamente delineato il

quadro valutativo in cui deve muoversi il giudice per stabilire l'effettiva imputabilità soggettiva dei fatti accertati, fissando i diversi aspetti sui quali soffermarsi onde pervenire a un giudizio di colpevolezza nella misura richiesta dalla legge (sentenza n. 18347 del 2021).

In tale ultimo arresto, con riguardo alla materia esaminata, è stato chiarito che ... *si può parlare di colpa grave solo quando si sia in presenza di una deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato...*, tenuto conto del parametro dato dal complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento, ovvero quando ... *il gesto tecnico risulti marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia ed alle condizioni del paziente.*

Richiamando quanto già osservato dalla giurisprudenza di legittimità, è stata altresì enucleata una serie di indicatori, da ponderarsi nel corso del giudizio al fine di esprimere il conclusivo apprezzamento sul rango della colpa, costituiti dalle specifiche condizioni del soggetto agente e dal suo livello di specializzazione, dalla situazione ambientale, di particolare difficoltà, in cui si è trovato ad operare, dall'accuratezza nell'effettuazione del gesto medico, dalle eventuali ragioni di urgenza, dall'oscurità del quadro patologico, dalla difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche, dal grado di atipicità o di novità del contesto dato, ponendo altresì in bilanciamento fattori anche di segno contrario, che ben possono coesistere nella fattispecie esaminata, non dissimilmente da quanto avviene in tema di concorso di circostanze (in proposito, anche Cass. sentenza n. 22281 del 2014).

Il Collegio intende procedere a scrutinare la vicenda sulla base delle tracciate linee direttrici le quali, sebbene dettate nella sfera penalistica, sono suscettibili di applicazione anche nell'ambito in trattazione, sia per il carattere di universalità dei concetti normativi evocati, sia perché consegnano una rigorosa metodologia di analisi fattuale, atta a pervenire, con elevati margini di attendibilità – sufficienti ai fini dell'accertamento della responsabilità erariale – alla qualificazione della colpa in termini di gravità rispetto all'evento di danno verificatosi.

Punto di partenza non può che essere costituito dall'individuazione della regola cautelare – e dunque del comportamento dovuto - che nel caso di specie non ha trovato compimento da parte del medico che aveva in cura la paziente, sebbene fosse esigibile in capo al medesimo di provvedere nella direzione raccomandata dal contesto – ovvero disporre prontamente il taglio cesareo – alla stregua dell'inequivocabile quadro clinico generale della gestante e del feto, che andava aggravandosi con il trascorrere delle ore, dopo che i primi segnali di criticità erano stati registrati dal tracciato alle ore 3:30 circa. Orbene, pur non volendo ritenersi che da quel momento fosse impellente la scelta di intervenire chirurgicamente, per quanto il prof. Arduini abbia evidenziato che erano presenti anomalie nelle rilevazioni cardiotocografiche, in cui comparivano decelerazioni, addirittura sin dal ricovero e dunque dal giorno prima, sicuramente la situazione avrebbe imposto una più assidua sorveglianza, per giungere a una rapida decisione e senza attendere il precipitare degli eventi, dopo le ore 5:50, in cui il tracciato è stato definito francamente patologico.

Pur volendo tenere conto, in sintonia con gli indirizzi della Corte di Cassazione, sopra ricordati, che in materia di colpa per attività sanitaria le regole cautelari non sempre sono rigidamente determinate, ma hanno un carattere elastico che rende più difficoltoso il giudizio di prevedibilità da effettuare ex ante, nel caso di specie, è sufficiente osservare che un'attenta interpretazione da parte della ginecologa dei parametri irregolari che le rilevazioni strumentali restituivano ripetutamente, incluse le continue perdite di segnale, intorno alle ore 6:00, avrebbe dovuto indurre a un'azione risolutiva - ovvero praticare il taglio cesareo – agevolmente percorribile, che ponesse prontamente termine alla condizione di compromissione riscontrabile.

Il non solerte atteggiamento assunto dalla convenuta denota dunque un rilevante scostamento dallo standard di diligenza professionale richiesto dall'evenienza concreta.

Le molteplici declinazioni delle tecniche di accertamento di tale componente soggettiva della responsabilità erariale, elaborate nel tempo anche da questa Corte, trovano sintesi nell'affermazione, condivisa da questo Collegio, che *...il sanitario che, avendo in cura il paziente ... ometta di approfondire le condizioni cliniche generali dell'assistito e di assumere le necessarie iniziative ... è responsabile per le prevedibili conseguenze lesive derivate dalla patologia medesima* (ex multis, Cass. n. 1846 del 2016).

Cionondimeno, deve premettersi che in capo al medico incombe un'obbligazione “di mezzi” e non “di risultato”, sicché la gravità della eventuale colpa non può farsi discendere dalla sola deviazione rispetto

all'esito atteso, sul piano meramente oggettivo; è dunque indispensabile che la disamina della sequela degli accadimenti restituisca un contegno di inescusabile leggerezza in cui sia incorso l'agente, in guisa che possa essere mosso un giudizio di rimproverabilità rispetto alla condotta che avrebbe dovuto tenere a protezione della paziente dall'episodio lesivo. Nel caso di specie, per quanto sinora rappresentato, tale frangente risulta essersi concretizzato per avere la convenuta interpretato erroneamente o anche sottovalutato la gravità della situazione clinica, quanto meno, a partire dal tracciato delle ore 5:20 (*...nel quale iniziano a comparire decelerazioni...*), che non deponeva certo per un'evoluzione naturale del parto e che rivelava segni di sofferenza sempre più pericolosi per la salute del feto (relazione Prof. Arduini), a maggior ragione, dovendo tenersi altresì conto delle condizioni di co-morbilità preesistenti nella gestante, invocate a difesa dalla stessa dottoressa X, che risultavano dall'anamnesi e, dunque, note.

Alla stessa stregua deve concludersi per quanto attiene alle problematiche relative all'associazione funicolare, di cui è riferito nella cartella clinica, per le quali tuttavia, da parte dell'interessata, non sono state specificate le eccezionali circostanze per le quali non sarebbero state rilevabili, né direttamente tramite la visita effettuata, né attraverso la strumentazione diagnostica.

Riguardo alla fattispecie in esame, costituisce un dato di comune esperienza nella scienza medica che l'indugio frapposto alla celere soluzione delle criticità insorte ai fini del parto naturale incide negativamente sul rischio

di danni al feto, come risulta dalle stesse Linee guida, richiamate nella relazione del dott. Maietta e sopra citate. Tale evenienza appare riscontrabile, secondo le consulenze rese alla società assicuratrice, in termini di elevata probabilità, non smentita efficacemente dalle prospettazioni della ginecologa, essenzialmente incentrate su una concorrenza di fattori preesistenti, determinanti uno stato di sofferenza cronica, in cui si sarebbe innestata la sofferenza acuta, costituiti da una malformazione funicolare non diagnosticabile, dal valore del Ph del sangue prelevato dal neonato non inferiore a 7 e dal colore chiaro del liquido amniotico. Siffatti indici, in tesi difensiva, deporrebbero per una valutazione in termini di normalità della situazione, non esclusa dal tracciato CT, che sarebbe divenuto patologico solo intorno alle ore 7:10, in cui la convenuta ha preso la decisione di intervenire chirurgicamente in urgenza.

In relazione a tali punti, per i quali sono stati per lo più riportati diversi studi di settore (in particolare, sulla patologia funicolare), per dedurne la preponderanza o l'esclusività causale rispetto all'evento, deve sottolinearsi come dello snodarsi degli accadimenti non possa darsi una lettura atomistica e parcellizzata, quale quella proposta, in quanto non idonea a cogliere la progressiva manifestazione di segnali sempre più convergenti, nel loro insieme, verso l'utilizzo di un approccio diagnostico-terapeutico diverso da quello impiegato dall'operatore sanitario e che fornisce la misura dello scostamento dalle buone pratiche al medesimo attribuibile.

Le ipotesi avanzate dalla parte, infatti, ad avviso del Collegio, non potrebbero assumere il carattere esimente voluto, poiché dalla ricostruzione

complessiva del caso concreto emerge chiaramente la confluenza di ulteriori e non marginali circostanze che conducono verso una direzione opposta rispetto a quella indicata dall'interessata, dando conferma della sussistenza con elevato grado di verosimiglianza di profili di grave violazione di norme basilari di prudenza e di diligenza nel comportamento, e ciò a cagione della mancata rilevazione dei fattori di rischio e di allarme che si erano ripetutamente manifestati, da ritenersi decisivi ai fini dell'adozione di più sollecite iniziative, volte a interrompere il progredire della situazione patologica. Come affermato dal medico legale, dott. Molendino, con il quale il Collegio intende concordare, ... *un più tempestivo taglio cesareo ... avrebbe consentito di ridurre l'insulto ipossico sui tessuti cerebrali*, che ha costituito la fonte del danno oggetto di risarcimento.

D'altro canto, *i markers identificati e studiati per porre una diagnosi affidabile, corretta e tempestiva di asfissia intra partum*, come elencati dagli stessi consulenti della dottoressa X, con la precisazione che individualmente considerati hanno tutti una bassa sensibilità e specificità, ovvero *alterazioni della frequenza cardiaca fetale, passaggio di meconio, punteggio di APGAR, pH, deficit di basi, inizio dell'attività respiratoria, necessità di rianimazione, encefalopatia neonatale, disfunzioni multiorgano, dosaggi enzimatici, presenza di eritroblasti, alterazioni elettrofisiologiche, indagini neuroradiologiche, ecc.*, sono stati riscontrati in misura rilevante nelle condizioni del feto, prima, e del neonato, poi. Ciò avvalorare le conclusioni sin qui raggiunte e di cui si è dato conto, alla stregua delle risultanze delle diverse perizie e relazioni allegate agli atti, essendo stati individuati alla

nascita molti di quegli stessi parametri, quali le alterazioni del battito fetale, il basso indice di APGAR, la presenza di acidosi metabolica, la mancanza di respiro spontaneo, la necessità di rianimazione, l'encefalopatia neonatale.

Per quanto premesso e considerato, può ora procedersi alla determinazione del *quantum* del pregiudizio azionato sia imputabile, sotto il profilo causale e soggettivo, alla convenuta.

Tenuto conto dei fattori concorrenti e della contingenza strutturale in cui il medico ha agito, non esclusi dagli stessi elaborati peritali della Compagnia assicuratrice, tra cui la situazione di criticità rilevabile sin dal ricovero della partoriente, in uno con le condizioni di co-morbilità legate alla gestazione, segnalate nelle perizie di parte, il Collegio reputa rispondente a parametri di proporzionalità circoscrivere la relativa responsabilità a una quota pari al 40% della pretesa erariale avanzata con l'atto di citazione.

Ad avviso della Sezione siffatta determinazione del danno soddisfa altresì l'istanza di riduzione dell'addebito, formulata nella memoria difensiva, essendo state anche le circostanze oggettive (contesto operativo) e soggettive (profilo personale e psicologico) – di norma considerate a tale finalità - del caso concreto ampiamente valorizzate ai fini della stessa quantificazione della parte di nocumento erariale da porre a carico del medico, poiché allo stesso riconducibile.

In conclusione, alla luce di quanto precisato, in parziale accoglimento dell'azione promossa dalla Procura regionale, deve essere pronunciata condanna nei confronti della dottoressa XX, per l'importo di euro 64.000,00, comprensivo di rivalutazione monetaria, a favore dell'Azienda ospedaliera

“G. Brotzu”.

Sulla somma come sopra individuata, dalla data di pubblicazione della presente sentenza e sino al soddisfacimento del credito sono dovuti gli interessi nella misura del saggio legale.

Le spese seguono la soccombenza, ai sensi dell’art. 31, comma 1, del codice della giustizia contabile, approvato con d.lgs. n. 174 del 2016, e sono liquidate in dispositivo.

P.Q.M.

La Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Sardegna, definitivamente pronunciando, in parziale accoglimento della domanda proposta dalla Procura regionale, condanna XX a risarcire il danno in favore della dell’Azienda ospedaliera “G. Brotzu” (oggi ARNAS G. Brotzu), per l’importo di euro 64.000,00 (euro sessantaquattromila), comprensivo di rivalutazione monetaria, oltre agli interessi legali calcolati dalla pubblicazione della sentenza sino al soddisfo.

Condanna altresì la convenuta al pagamento, a favore dello Stato, delle spese processuali del presente grado di giudizio, che si liquidano nell’importo di euro 74,47 (euro settantaquattro/47).

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza

Così deciso in Cagliari, all’esito della camera di consiglio del 13 e del 25 marzo 2024.

IL CONSIGLIERE ESTENSORE

Antonietta Bussi

(f.to digitalmente)

IL PRESIDENTE

Donata Cabras

(f.to digitalmente)

DEPOSITATA IN SEGRETERIA IL 24/04/2024

IL DIRIGENTE

Paolo Carrus

f.to digitalmente

DECRETO

Ravvisati gli estremi di cui al combinato disposto dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice della privacy), e dell'art. 22, comma 1, del decreto legislativo n. 101/2018, SI DISPONE che in caso di riproduzione della presente sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi della convenuta e dei soggetti interessati in essa riportati.

A tal fine, la Segreteria della Sezione applicherà la disposizione di cui al comma 3 dello stesso art. 52 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della privacy).

Il Presidente

Donata Cabras

f.to digitalmente

Il Dirigente

Paolo Carrus

f.to digitalmente