REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE UMBRIA

composta dai magistrati:

Dott. Giuseppe DE ROSA Presidente

Dott. Giuseppe VICANOLO Componente

Dott.ssa Iole GENUA Componente relatore

pronuncia la seguente

SENTENZA

nel giudizio, in materia di responsabilità amministrativa, iscritto al n. 13694 del Registro di Segreteria, promosso dalla Procura regionale della Corte dei conti per la regione Umbria nei confronti di:

- ***[OMISSIS] [Omissis] [Omissis]*** (*C.F.: [OMISSIS]*), nato a *[Omissis]* (*[OMISSIS]*) il *[omissis].[omissis].[omissis]* e residente a *[Omissis]*, in via *[Omissis] [Omissis]*, n. *[omissis]*;

- ***[OMISSIS] [Omissis]*** (*C.F.: [OMISSIS]*), nata a *[Omissis] [omissis] [Omissis]* (*[OMISSIS]*) il *[omissis].[omissis].[omissis]* e residente a *[Omissis]*, in *[Omissis] [Omissis] [omissis] [Omissis]*, n. *[omissis]*;

rappresentati e difesi, giuste procure depositate all'atto della costituzione in giudizio, dall'Avvocato Luigi Arbia (*C.F. RBALGU75S13H501O; P.E.C.: luigiarbia@pec.ordineavvocatitreviso.it*) presso lo Studio del quale sono elettivamente domiciliati a Treviso, in viale Giuseppe Verdi, n. 21.

Ha dispiegato intervento adesivo dipendente alla pretesa della Procura regionale, la Regione Umbria (*C.F. 80000130544*) in persona della Presidente della Giunta Regionale *pro-tempore*, rappresentata e difesa dagli Avvocati Luca Benci (*C.F.: BNCLCU64M30C319W – PEC: avv.lucabenci@pec.it*) e Luciano Ricci (*CF: RCCLCN61R11D279B; PEC: luciano.ricci@avvocatiperugiapec.it)*), elettivamente domiciliata presso il Servizio Avvocatura e Gestione del Contenzioso della Regione Umbria a Perugia, in Corso Vannucci n. 96 (*domicilio digitale: avv.lucabenci@pec.it luciano.ricci@avvocatiperugiapec.it*).

VISTO l'atto di citazione.

VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.

UDITI, nella pubblica udienza del giorno 19 marzo 2025, svoltasi con l'assistenza del Segretario Dott.ssa Marida Amodio Mancino, il Relatore Ref. Iole Genua, il Pubblico Ministero, in persona del S.P.G. Stefania Gambardella, e l'Avvocato Luigi Arbia per i convenuti; non comparsi i patrocinatori della Regione Umbria.

Ritenuto in

FATTO

I. - Con atto di citazione depositato in data 30/09/2024, la Procura regionale ha convenuto in giudizio i Dirigenti medici neurochirurghi *[Omissis] [Omissis] [Omissis]* e *[Omissis] [Omissis]*, dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (*nel prosieguo "Azienda"*), per sentirli condannare al risarcimento del danno erariale indiretto dell'ammontare di euro 800.000,00 arrecato alla Regione Umbria in conseguenza di un sinistro catastrofale, comunicato dall'Azienda alla Procura regionale con

informativa erariale cumulativa del 24/08/2018, concernente l'*exitus* avvenuto in data 01/07/2014 di una paziente portatrice, sin dall'età infantile, di derivazione liquorale ventricolo-peritoneale (*DLVP*) a seguito di patologia originata al momento della nascita per parto distocico.

II.a. – Dalla documentazione versata in atti risulta quanto segue:

i) il 13/06/2014, la giovane si rivolgeva al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Perugia a seguito del persistere di cefalea, cervicalgia, disturbi visivi ed episodi di improvvisa perdita di coscienza; dalla TAC cerebrale, alla quale veniva sottoposta, emergeva una "*condizione di dilatazione idrocefalica delle cavità ventricolari sovratentoriali, in particolare delle sezioni temporo-occipitali, senza chiari segni di TC attuali di riassorbimento transependimale di liquor (verosimile condizione di idrocefalo ostruttivo in un precedente esame RM eseguito in altra sede il 17.01.2013* (n.d.r.: consegnato all'ingresso ospedaliero dall'interessata)*, rispetto al quale non sembrano apprezzarsi grossolane modificazioni delle dimensioni delle cavità ventricolari)*". La paziente veniva anche sottoposta a controllo radiologico delle derivazioni liquorali, dal quale altresì risultava: "*l'esame radiologico del cranio non mostra lesioni ossee a focolaio né segni indiretti di ipertensione endocranica*"; a seguito del ricovero quindi operato presso il Reparto di Neurochirurgia, nel diario assistenziale integrato alle ore 15:15 dello stesso 13/06/2014, si riportava: "*Entra dal P. Soccorso x cefalea e vomito in pz operata x idrocefalo*"; nella parte della cartella clinica dedicata alla anamnesi patologica prossima, veniva annotato: "*Da circa 1 mese cervicalgia a tratti. Da lunedì vertigini con episodi di vomito e scotomi*

scintillanti";

ii) il 14/06/2014, veniva sottoposta a risonanza magnetica del cranio con studio della dinamica liquorale dal quale risultava: "*Dilatazione di tipo idrocefalico delle cavità ventricolari sovratentoriali, (…), in assenza di segni di riassorbimento transependimale del liquor. La condizione idrocefalica è sostenuta da un'ostruzione a livello dell'acquedotto di Silvio, struttura che appare francamente ipoplasica* (n.d.r.: più piccola del dovuto) *e a carico della quale non è dimostrabile il segnale di flusso nello studio dinamico*"; il referto non poneva gli esiti in comparazione con quelli della risonanza magnetica del 17/01/2013, *precit.*; in data 14/06/2014 veniva inoltre eseguita una consulenza oculistica da parte di un medico specialista in Oftalmologia (*rif.: cartella clinica del ricovero del 13/06/2014, p. 11*) dalla quale emergeva la presenza di dischi ottici edematosi (*n.d.r.: rilievo ponente il dubbio di un papilledema, vale a dire il rigonfiamento del disco ottico zona dove il nervo ottico entra nell'occhio, causato da un aumento della pressione all'interno del cranio*);

iii) il 17/06/2014, si riservava di decidere sulla proposta, risultante dalla cartella clinica, di rimozione del sistema di derivazione liquorale che appariva dislocato e, perciò, non più funzionante; in pari data, alle ore 16:00, veniva quindi dimessa con lettera firmata dalla Dott.ssa *[Omissis]*, recante la diagnosi: "*Episodi di cervicalgia in paziente plurioperata per Idrocefalo secondario ad emorragia cerebrale e portatrice di DLVP dislocata*" e la seguente annotazione: "*il 14.6.14 la paziente ha eseguito RMN cerebrale con studio della dinamica liquorale che ha mostrato una dilatazione ventricolare da stenosi dell'acquedotto senza segni di*

riassorbimento transependimale. (…) Considerata anche la clinica della paziente, non vi è indicazione ad un intervento di derivazione liquorale. È stato proposto alla paziente la rimozione del sistema di DLVP dislocato e quindi non funzionante"; dalla lettera di dimissioni, infine, risulta la seguente prescrizione: "*RMN cerebrale di controllo (con studio della dinamica liquorale) tra sei mesi, s.c.* (n.d.r. "salvo complicazioni") – *Rivalutazione Nch* (n.d.r.: neurologica) *ambulatoriale ad RMN eseguita*";

iv) il 24/06/2014, persistendo una condizione di mal di testa e dolore al collo con limitazione dei movimenti, effettuava una risonanza magnetica del rachide cervicale;

v) la sera del 28/06/2014, in stato di coma a seguito di un arresto cardiaco verificatosi presso il proprio domicilio, giungeva nuovamente al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Perugia dove veniva sottoposta a ventricolostomia con posizionamento di derivazione liquorale esterna in urgenza (*n.d.r.: intervento finalizzato a drenare il liquor, dai ventricoli cerebrali all'esterno del corpo*) e a vari accertamenti strumentali, tra cui una risonanza magnetica evidenziante la persistenza di una "*condizione di dilatazione idrocefalica delle cavità ventricolari sovratentoriali* (n.d.r.: di idrocefalo)*, tuttora prevalente per le sezioni temporo-occipitali e senza franchi segni di riassorbimento transependimale"* (n.d.r.: senza il riassorbimento del liquor, dovuto alla pressione dallo stesso esercitata, attraverso l'empedima che tappezza i ventricoli cerebrali; ciò presumibilmente denotando la sufficienza e la funzionalità delle vie di deflusso); risultava in condizioni cliniche stazionarie, intubata e connessa al ventilatore meccanico in totale assenza di respiro spontaneo;

vi) nei giorni successivi la situazione permaneva nelle stesse condizioni; ***vii)*** il 01/07/2014, alle ore 12:00, veniva sottoposta ad angioTC cerebrale che confermava l'assenza di flusso ematico intracranico; alle ore 14:00 veniva annotata l'opportunità di richiedere l'accertamento diagnostico, al quale i genitori si opponevano; alle ore 20:00, la competente Commissione ne certificava il decesso.

II.b. - In data 08/09/2015 gli eredi avanzavano richiesta, in via stragiudiziale - nei confronti della Azienda nonché dei neurochirurghi *[Omissis] [Omissis] [Omissis]*, *[Omissis] [Omissis]* e *[Omissis] [Omissis]* - di risarcimento dei danni quantificato oltre due milioni di euro; ciò, sulla base della Consulenza medico-legale del 02/09/2015 dal Dott. Sergio Scalise Pantuso, che contestava il mancato posizionamento di un nuovo sistema di deflusso liquorale in occasione del ricovero del 13/06/2014; al riguardo si sosteneva che il quadro clinico, nel cui ambito era avvenuto il decesso, era quello di un idrocefalo (*accumulo di liquido cefalorachidiano a livello dei ventricoli cerebrali, che si dilatano*) ingravescente non trattato (*n.d.r.: il trattamento risulta finalizzato a mantenere a livelli normali la pressione all'interno del cranio*).

La Relazione medico-legale, *precit.*, ricollegava causalmente l'*exitus* alla graduale compromissione delle strutture cerebrali, derivata dalla ipertensione endocranica, e del conseguente malfunzionamento della derivazione ventricolo-peritoneale; la condotta dei sanitari del Reparto di Neurochirurgia veniva ritenuta "*oggettivamente incongrua*" per avere sottovalutato "*i disturbi, sintomi e segni presenti (…) fortemente suggestivi di un quadro di ipertensione endocranica*"; nella perizia, inoltre, si

stigmatizzava "*la superficialità con la quale il caso venne approcciato, non correlando la patologia di fondo con il quadro neuroradiologico e con i disturbi lamentati di cui, peraltro, emerge la sola cervicalgia di cui non venne dato alcun chiarimento, quasi che la stessa fosse idiopatica e comunque del tutto indipendente dal quadro sottostante*"; nella relazione medico-legale si concludeva: "*la pronta sostituzione del drenaggio di derivazione ventricolo-peritoneale con uno correttamente funzionante avrebbe certamente evitato il decesso della giovane*".

II.c. – A seguito di segnalazione del 18/09/2015, da parte dell'Azienda, la richiesta risarcitoria veniva presa in carico dalla Compagnia di assicurazioni "Am Trust" che la rubricava al n. 2015/UMB/0097.

Alla relazione del Perito degli eredi replicava il Dott. *[Omissis]*, Direttore della S.C. di Neurochirurgia dell'Azienda, che osservava:

i) "*l'idrocefalo può arrestarsi e trovare compenso nel corso degli anni e non necessitare più del drenaggio liquorale (… una definizione più appropriata è idrocefalo compensato). Ciò sembra essersi verificato nel caso in questione in cui l'accrescimento corporeo ha dislocato il drenaggio stesso consentendo, tuttavia, alla giovane di vivere con i suoi ventricoli larghi senza bisogno di derivazione. È stato consigliato l'intervento di rimozione della derivazione dislocata perché la sua posizione nel collo poteva essere la causa della cervicalgia e comunque creava un disagio psicologico nella ragazza. D'altra parte, i genitori riferivano alla dr.ssa [Omissis] che altri neurochirurghi in altra sede, avevano proposto la rimozione del sistema di derivazione dislocato* (*n.d.r.: si riportavano indicazioni bibliografiche al riguardo*)";

ii) quanto alla presunta sottovalutazione di disturbi, sintomi e segni

presenti: "*Chi conosce la fisiopatologia liquorale e la clinica dell'idrocefalo riconosce le manifestazioni cliniche dell'ipertensione endocranica che sono ingravescenti* (n.d.r.: che divengono via via più gravi) *e consistono in cefalea, sonnolenza, sopore, coma, vomito, paralisi dei movimenti oculari, disturbi della marcia, incontinenza urinaria e via dicendo. Durante il ricovero nella S.C. di Neurochirurgia la sintomatologia era rappresentata esclusivamente da cervicalgia nel punto in cui era dislocata la derivazione liquorale. È stata somministrata un'unica compressa di paracetamolo il 16.06.2014 alle ore 20.3*";

iii) in ordine alla asserita ignorata considerazione delle progressive modificazioni neuroradiologiche, che da tale quadro conseguivano: "*Non vi è un solo referto che parli di modificazioni neuroradiologiche*";

iv) in relazione alla censura per la quale "*Il tempestivo trattamento avrebbe evitato l'aumento inesorabile dell'ipertensione endocranica e dunque la compromissione irreversibile a carico delle strutture che conduceva alla morte*":

"*La ragazza ha avuto una lipotimia* (n.d.r.: pre-sincope) *o una sincope seguita da arresto cardiaco e respiratorio. Un episodio di perdita di coscienza viene riferito già il 25.06.2014… ed è stato stranamente e forse colpevolmente sottovalutato. Le cause possono essere molteplici: di sicuro l'idrocefalo, anche scompensato con ipertensione endocranica NON è tra le cause di sincope e quest'ultima non fa parte del quadro sintomatologico dell'idrocefalo. L'ipertensione endocranica da idrocefalo ha una sequenza sintomatologica ben definita (….). D'altra parte si legge nel referto TC cerebrale del 28.06.14: "Rispetto al precedente esame TC del 13.06.2014 non sono al momento apprezzabili modificazioni dei reperti TC già noti (…)". "E infatti il drenaggio*

liquorale esterno effettuato in urgenza non ha modificato il quadro clinico, anzi ha "solo" fatto spazio all'edema cerebrale conseguente all'arresto cardiaco. (…) Il drenaggio di liquor risulta essere stato di circa 150 ml nella prima giornata, in pratica quello contenuto nei ventricoli, per poi interrompersi del tutto non essendoci secrezione attiva. Infatti una consulenza neurochirurgica del 29.06.2014 rilevava (…) La DLE (n.d.r.: Deficit di Legame dell'Efferente) funziona nessuna tensione liquoreale. (…)".

La relazione concludeva sottolineando che la causa di morte non veniva accertata.

II.d. - Il 22/04/2016 perveniva all'Azienda l'istanza di mediazione dell'Organismo "*In Mediazione S.r.l.*" di Perugia, per gli eredi della defunta, avente a oggetto la richiesta di un risarcimento quantificato in euro 3.746.435,99.

II.e. - Il sinistro veniva sottoposto al Co.Ge.SI. aziendale che procedeva a un primo esame, nella riunione del 02/03/2017, delle relazioni medico-legali elaborate dai medici fiduciari della Compagnia "AmTrust" (*Giulio Rossi, Luciano Morini e Umberto Genovese*), in parte riportate nei verbali delle sedute del Comitato medesimo e altra parte depositate dalla Procura regionale (*cfr. infra*):

i) secondo il Dott. Giulio Rossi: "*Da segnalare che l'obiettività neurologica di tutto questo ricovero* (n.d.r.: dal 13 al 17 giugno 2014) *fu negativa, che la cefalea non era segnalata già dopo due giorni di ricovero e che anche la cervicalgia diminuì fino a scomparire dopo 3 giorni e che l'unica terapia somministrata fu una compressa di Paracetamolo. La paziente risultò sempre autonoma in tutte le attività senza alcuna compromissione delle funzioni*

psichiche né motorie. Con tale premessa i sanitari proposero un intervento di rimozione del sistema di derivazione encefalo liquorale, considerato sostanzialmente inutile perché l'idrocefalo poteva considerarsi ormai "arrestato", intervento che la paziente e familiari decidevano di procrastinare pur confermando che gli era stato proposto anche in altre sedi ospedaliere. Fu rinviata al domicilio con follow up a 6 mesi con RMN con studio della dinamica liquorale e successiva visita neurochirurgica. In questo contesto giunse "quasi" a ciel sereno l'improvvisa perdita di conoscenza con arresto cardiaco della sera del 28/06/2014 ove il "quasi" diviene obbligatorio laddove si apprende, dall'anamnesi raccolta in occasione di tale secondo ricovero…. "Nei giorni precedenti, a domicilio, i familiari riferiscono una sintomatologia caratterizzata da temporanea perdita di coscienza e movimenti tonico-clonici degli arti; crisi che si risolvevano spontaneamente". Di tale situazione non era stata data notizia alcuna ai sanitari ospedalieri né la paziente era stata condotta in pronto soccorso…. Dirimente ed essenziale il dato della TC encefalo all'ingresso, anche in questa seconda circostanza, che conferma l'assenza di modificazioni rispetto alla condizione nota…. Pertanto, non si può non convenire con TUTTE le considerazioni svolte dal Dr [OMISSIS] che sono assolutamente sottoscritte anche da me…In conclusione non si rilevano criticità nell'operato dei sanitari della clinica di neurologia né di altri sanitari dell'Azienda ospedaliera di Perugia che ebbero ad intervenire nel corso della vicenda appena discussa" (*rif.: perizia allegato 3, alla delib. del Direttore dell'A.O. n. 1163 del 05/06/2018*);

ii) il Dott. Morini, invece, reputava "*identificabili nel comportamento dei sanitari elementi di colpa, essenzialmente per imprudenza per non aver indagato in modo adeguato, in termini di diagnosi differenziale, la causa della*

sintomatologia di recente esordio presentata dalla paziente", considerando al riguardo "*del tutto probabile (…) che la paziente sia stata nei giorni successivi sintomatica e che vi sia stata una sottostima della gravità del quadro sintomatologico (…) culminato nell'arresto cardiorespiratorio, da parte di chi nell'ambito delle due settimane successive con ogni probabilità è stato consultato dalla paziente o dai suoi congiunti. Ma di ciò non siamo in grado di fornire alcuna prova. Va detto che se fosse stata riconosciuta per tempo l'ipertensione endocranica, si sarebbe potuto procedere ad una derivazione liquorale che avrebbe evitato il decesso*" (*rif.: perizia non allegata; i riferimenti sono quelli riportati nel testo del verbale del Co.Ge.Si. della seduta del 02/03/2017, allegato 1 alla delib. del Direttore dell'AO n. 1163 del 05/06/2018*);

iii) il Dott. Genovese, con relazione in data 21/01/2017, incorporando il parere di uno specialista neuroradiologo, censurava che (*rif.: considerazioni riportate nel verbale del Co.Ge.Si. del 02/3/2017*) "*… il decesso appare, nella sostanza, correlabile alla condotta oggettivamente incongrua dei sanitari … che ebbero in cura la giovane dal 13 al 17 giugno 2014: non disponevano sin da subito, un intervento chirurgico di posizionamento di un nuovo sistema di deflusso liquorale; essi approcciarono in modo assolutamente inadeguato pur conoscendo la patologia di fondo della paziente ovvero l'impossibilità che la stessa potesse evolvere spontaneamente in senso favorevole. I sanitari, infatti, sottovalutarono i disturbi, sintomi e segni presenti, seppur fossero fortemente suggestivi di un quadro di ipertensione endocranica, ed ignorarono le progressive modificazioni neuroradiologiche che da tale quadro conseguivano. La condotta fu altresì inappropriata avendo suggerito, a fronte di segni clinici e neuroradiologici propri di un*

peggioramento del quadro idrocefalico, la rimozione della derivazione ventricolo-liquorale malfunzionante, non indicando fin da subito e come correttamente sarebbe stato, un intervento chirurgico di riposizionamento del drenaggio"; si riportava nelle considerazioni finali della relazione (*rif.: perizia allegato 4, alla delib. 1163 del 05/06/20218*) quanto segue: "*Così come autorizzato il caso è stato valutato preliminarmente dal nostro neurochirurgo fiduciario, Dott. Romanazzi il quale evidenzia insidiose criticità riguardanti il comportamento dei Sanitari durante il ricovero presso il nostro nosocomio dal 13 al 17/06/2014. Ciò detto, si deve ammettere che non si hanno dati oggettivi sulla causa della morte. I genitori si opposero al riscontro autoptico (che, in ogni caso, però, poteva essere eseguito…). Credo sia comunque difficile sostenere la mancanza di una correlazione con quanto in discussione, come anche d'altra parte, una sicura correlazione.*";

Il Co.Ge.Si. decideva quindi di attendere, per la definizione del sinistro, la C.T.M. (*Consulenza Tecnica di Mediazione*) affidata al Prof. Massimo Lancia (*Medico Chirurgo, Specialista in Medicina Legale; Prof. Associato Università di Perugia*).

II.f. – Il Prof. Lancia predisponeva la C.T.M. in data 09/10/2017, con l'ausilio di uno Specialista in Radiodiagnostica e Immagini (*la Dott.ssa Alessia Catalucci della UOC di Neurologia di L'Aquila*); si legge al riguardo nella relazione: "*Lo scrivente ha ritenuto utile sottoporre a rivalutazione i seguenti esami neurologici: 1. RM encefalo del 17/01/2013; 2. TC encefalo del 13/06/2014; 3. RM encefalo del 14/06/2014; 4. RM rachide cervicale del 20/06/2014; 5. TC encefalo del 28/06/2014; 6. Angio-TC intracranico del 30/06/2014; 7. Angio-TC intracranico del 01/07/2014. Consulenti delle parti*

non si sono opposti". Risultava, dalla disamina attuata dalla Dott.ssa Catalucci, quanto segue:

i) dall'esame TC encefalo del 13/06/2014: "*…i ventricoli laterali appaiono ulteriormente dilatati rispetto al precedente esame RM del 17/01/2013 con maggior dilatazione anche del terzo ventricolo, ulteriore riduzione degli spazi subaracnoidei della volta e della base e discesa delle strutture sottotentoriali*";

ii) dall'esame RM dell'encefalo del 14/06/2014: "*le dimensioni dei ventricoli sopratentoriali e l'ampiezza degli spazi liquorali extracerebrali appaiono sovrapponibili al precedente esame TC del 13/06/2014… Dalle sequenze PC eseguite per lo studio della dinamica liquorale non si apprezza segnale di flusso in corrispondenza dell'acquedotto di Silvio* (n.d.r.: il canale che collega il terzo e il quarto ventricolo del cervello), *reperto compatibile con stenosi acqueduttale*";

iii) nell'esame TC dell'encefalo del 28/06/2014: "*dal confronto con il precedente TC del 13/06/2014, si apprezza una tendenza ad ulteriore lieve dilatazione dei ventricoli sovratentoriali con riduzione di ampiezza del quarto ventricolo*" (n.d.r.: la riduzione dell'ampiezza del quarto ventricolo conosce tra le sue cause l'ostruzione al normale flusso del liquido cerebrospinale);

iv) Nell'esame TC dell'encefalo del 28/06/2014, dal confronto con il precedente esame TC del 13/06/2014 "*si apprezza una tendenza ad ulteriore lieve dilatazione dei ventricoli sovrantentoriali con riduzione di ampiezza del quarto ventricolo*";

v) Nell'esame angio-TC del 30/06/2014, in ambito intracranico: "*… Si documenta la presenza di un catetere di derivazione ventricolare con accesso*

frontale destro ed apice presumibilmente in corrispondenza del terzo ventricolo, con significativa riduzione di ampiezza dei ventricoli sovratensoriali";

II.g. – in ordine ai quesiti, il Perito corrispondeva quindi come segue:

i) con riferimento ai primi due quesiti ("*Il consulente accerti e valuti se la condotta dei sanitari in occasione del ricovero… in data 13 giugno 2014 fu conforme alle linee guida o comunque alle buone pratiche mediche. Accerti il consulente se la diagnosi fu corretta e tempestiva e se le terapie e gli interventi attuati siano stati adeguati, tenuto conto delle condizioni della paziente*") il C.T., previamente riconoscendo che la paziente veniva sottoposta agli opportuni accertamenti clinico-strumentali nonché alla consulenza oculistica osservava che "*la condotta dei sanitari appare invece censurabile e sinceramente poco comprensibile nelle fasi successive in merito all'interpretazione degli esami strumentali e alle scelte terapeutiche. I due esami strumentali mostravano, infatti, un incremento delle dimensioni ventricolari rispetto a quanto rilevato nella risonanza del gennaio 2013 con discesa del tronco encefalico, spianamento della convessità pontina anteriore adagiata sul clivus ed impegno delle tonsille cerebellari nel forame magno. Inoltre, la TC del 13 giugno e la RMN del 14 giugno mostravano l'assenza di riassorbimento transependimale di liquori. Tali dati non furono esaminati con la dovuta attenzione. I sanitari sottovalutarono, infatti, l'aggravamento dello stato d'idrocefalo che emergeva dalla comparazione degli esami strumentali e addirittura proposero la rimozione della derivazione ventricolo-peritoneale, ritenendola non più necessaria, quando la buona pratica clinica avrebbe suggerito la sua sostituzione*". Il Consulente, inoltre, rilevava che il mal posizionamento della derivazione ventricolo-peritoneale veniva

riscontrato già nel gennaio 2013 allorquando si refertava "*la presenza di un catetere di derivazione che discende lungo il sottocutaneo della regione nucale: di questo non se ne identifica un estremo prossimale all'interno delle cavità ventricolari*"; osservava, inoltre, che nonostante la condizione di compenso clinico fino al giugno 2014 ("*la paziente non mostrò segni clinici, né deficit neurologici di rilievo*") - posto "*che un paziente portatore di stenosi dell'acquedotto di Silvio (*n.d.r.: restringimento del canale che collega il terzo e il quarto ventricolo cerebrale, in grado di causare l'idrocefalo; la stenosi può essere congenita o acquisita) *ha assoluta necessità di un sistema di derivazione*" - si manifestava "*poco comprensibile (…) la scelta operata dai sanitari di rimuovere la derivazione ventricolo-peritoneale invece di sostituirla come la buona pratica clinica avrebbe suggerito, anche considerando la relativa semplicità dell'intervento di sostituzione della derivazione stessa*".

In risposta ai primi due quesiti, il Perito così concludeva: "*se i sanitari effettivamente decisero di non sostituire la derivazione, ma di rimuoverla al fine di verificare le reazioni cliniche della paziente, non può considerarsi in alcun modo corretta la decisione di dimetterla con una valutazione programmata a distanza di ben sei mesi. Rispondendo quindi ai primi due quesiti, considerando che non esistono Linee Guida applicabili concretamente al caso di specie, è possibile affermare che la condotta dei sanitari in occasione del ricovero (….) in data 13 giugno 2014 non fu conforme alle buone pratiche mediche; l'orientamento diagnostico non fu corretto e le terapie e gli interventi attuati non furono adeguati*" (*C.T.M. allegata alla delib. n. 1163, precit.*).

ii) con riferimento al terzo quesito ("*Dica il consulente accerti se l'evento morte sia o meno riconducibile alla condotta colposa dei sanitari, specificando i*

criteri medico legali utilizzati per l'accertamento delle cause"), il C.T., considerando che: **a)** non risultavano anamnesi di patologie diverse dall'idrocefalo ostruttivo; **b)** la consulenza specialistica cardiologica effettuata in occasione del secondo ricovero aveva escluso esplicitamente la presenza di patologie cardiache primitive; **c)** l'intervento di derivazione liquorale esterno del secondo ricovero aveva rilevato una pressione endocranica molto superiore alla norma, concludeva come segue: "*Tali dati seppur di non univoca interpretazione, indicano secondo la logica del più probabile che non " che l'ipertensione endocranica, non adeguatamente trattata nel corso del ricovero del 13-17 giugno, abbia giocato un ruolo nel determinismo del decesso… essendo verosimilmente causa di una compressione delle strutture encefaliche alla base delle crisi comiziali (di cui abbiamo notizia solamente nell'anamnesi patologica del secondo ricovero, così come riferite dai familiari della paziente) e dell'arresto cardiaco*".

II.g. – Alla "bozza" della C.T.M. replicava il Dott. Giulio Rossi, C.T. della Compagnia assicurativa e dell'Azienda ospedaliera, affermando che la Specialista in Radiodiagnostica Dott.sa Catalucci aveva stravolto completamente la lettura dei neuroradiologi di Perugia, offrendo un quadro completamente differente; al riguardo, sottolineava che i rilevati aspetti non erano minimamente emersi durante il procedimento di mediazione del 03/05/2017 svoltosi a Terni, impedendo di fatto un qualsiasi confronto nel merito; la letteratura, in proposito, offriva esempi di come, nella sua storia naturale, un idrocefalo poteva arrestarsi e trovare compenso nel corso degli anni e non necessitare più del

drenaggio liquorale; inoltre, alla paziente veniva proposta la rimozione del sistema di derivazione, ma la paziente non accettava, laddove in tale sede si sarebbe potuta misurare la pressione intracranica in maniera poco invasiva.

Il Prof. Lancia, nella relazione definitiva, respingeva le osservazioni del Dott. Rossi specificando che gli studi internazionali citati dal medesimo mostravano che l'arresto ed il compenso dell'idrocefalo avveniva in percentuali statisticamente trascurabili *(1% dei casi)* e, in merito alle scelte terapeutiche, che la rimozione della derivazione appariva errata per le motivazioni esplicitate nella C.T.M. .

II.h. – Il Co.Ge.Si., nella riunione del 16/11/2017, all'esito dell'esame del materiale istruttorio, riteneva emergere dai pareri e dalla C.T.M. una altissima probabilità di responsabilità della Struttura sanitaria con prevedibile entità risarcitoria superiore alla S.I.R. (*relazione Dott. Palazzi*); stabiliva quindi, all'unanimità, di mettere a disposizione della Compagnia assicurativa l'intero importo della S.I.R. pari a euro 800.000,00.

II.i. - Il predetto importo, omnicomprensivo e a tacitazione di ogni pretesa, veniva accettato dagli eredi. Pertanto, con la deliberazione n. 1163 del 06/06/2018, il Direttore Generale dell'Azienda formalizzava l'atto di transazione e quietanza del 20/04/2018 e liquidava la somma di euro 800.000,00 che veniva corrisposta agli eredi con tre mandati di pagamento emessi in data 14/06/2018 (*nn. 4005706, 4005707 e 4005708*).

I.l. - Successivamente l'Azienda, con la nota prot. n. 2018/46660 del 24/08/2018, avanzava richiesta cumulativa di rimborso dell'importo

precitato nei confronti della Regione Umbria che, conseguentemente, provvedeva (*rif.: la reversale di incasso cumulativa n. 3000479 del 02/04/2019*). Va al riguardo richiamato che nell'ordinamento regionale, a partire dal 27/10/2013, entrava in vigore il progetto sperimentale di "*Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali*" (*rif.: la D.G.R. n. 1775 del 27/12/2012, la legge regionale n. 8 del 09/04/2013 e la D.G.R.U. n. 438 del 13/05/2013*), strutturato su tre fasce, ridefinite dal 27/10/2016, che per i sinistri di II e III fascia - sino al valore di S.I.R. (*Self Insurance Retention*), pari a euro 800.000,00 - venivano posti a carico del Fondo di Auto-ritenzione Regionale, costituito con la DGR n. 438/2013, *precit.* .

Ne conseguiva che il danno oggetto del presente giudizio gravava sulle finanze regionali.

III. - Con riferimento a tutto quanto sopra esposto, la Procura regionale destinava un invito a dedurre a quattro sanitari (*[Omissis], [Omissis], [Omissis] e [Omissis]*), imputando loro condotte gravemente colpose ritenute aver determinato il decesso della paziente.

III.1. – Nella sede istruttoria, l'invitato *[Omissis]*:

i) depositava la relazione medico legale dei Prof.ri Salvati e Bacci, successivamente riprodotta nel giudizio (*cfr. infra, il punto* ***V.2.***);

ii) udito in data 16/07/2024 dalla Procura regionale, dichiarava quanto segue: **a)** all'epoca dei fatti, in qualità di facente funzione, era il Responsabile del S.C. Neurochirurgia dell'A.O. di Perugia; **b)** aveva ripreso servizio il giorno lunedì 16/06/2014; la paziente veniva ricoverata il 13/06/2014; **c)** in detta occasione prendeva visione "*di*

quello che avevano fatto i miei collaboratori e la proposta di dimissione"; **d)** mancando il referto della R.M., disponeva il trattenimento della giovane; **e)** in data 17/06/2014, una volta acquisito e valutato il referto, disponeva le dimissioni in considerazione dell'assenza di sintomatologia e della valutazione che in quel momento non c'era nessuna indicazione ad impiantare una nuova derivazione liquorale; **f)** al momento delle dimissioni la Dott.ssa *[Omissis]* aveva fornito il proprio numero di telefono nel caso di necessità, dicendo loro di essere disponibile per qualsiasi evenienza o chiarimento; **g)** all'epoca nel reparto v'era una equipe di dieci medici oltre agli infermieri con turno continuativo, con personale anche specializzato nel trattamento dell'idrocefalo: "*Ritengo che non sia possibile che tutti abbiamo sbagliato*"; **h)** non c'era sintomatologia e i referti degli esami strumentali non mostravano variazioni rispetto a una risonanza dell'encefalo del gennaio 2013; **i)** la mancanza di segni di riassorbimento transependimale di liquor era un chiaro segno di assenza di ipertensione liquorale, motivo per il quale rimaneva sorpreso dall'affermazione del Prof. Lancia: "*Inoltre la TC del 13 giugno e la RM del 14 giugno mostravano l'assenza di riassorbimento transependimale di liquor. Tali dati non furono esaminati con la dovuta attenzione*"; **l)** contraddittorie si sostenevano anche le seguenti affermazioni del Prof. Lancia: "*il mal posizionamento della derivazione liquorale apparve evidente già dal gennaio 2013, ciononostante, all'epoca la paziente non mostrò segni clinici né deficit neurologici di rilievo*" e "*lo scrivente ritiene che sebbene non posizionata bene correttamente, la derivazione liquorale ventricolo-peritoneale abbia svolto "in*

qualche modo" il proprio compito almeno fino al giugno 2014"; **m)** dal momento delle dimissioni non si aveva più alcun contatto con la ragazza e la famiglia e nessuna notizia del decorso successivo sino al momento del secondo ricovero, **n)** "*Non capisco inoltre perché siamo stati chiamati solo in quattro, di tutto il personale che ha gestito il ricovero.. tra medici e infermieri (c'erano anche i neuroradiologi che hanno refertato gli esami)*"; **o)** sotto il profilo medico legale la causa della morte era rimasta ignota.

III.2. - La Procura regionale, in detta sede, perveniva all'archiviazione delle posizioni di due sanitari, sulla base delle seguenti considerazioni:

i) - il mancato coinvolgimento del Dott. *[Omissis]*, in quanto assente per quota buona parte del periodo di ricovero della giovane e, comunque, per non aver avuto lo stesso contatti diretti con la paziente e per non aver partecipato alle correlate decisioni sanitarie;

ii) - la non imputabilità del Dott. *[Omissis]*, per avere questi provveduto diligentemente a disporre gli accertamenti necessari, rispetto alla concreta situazione nell'unico giorno del 13/06/2014 nel quale il medico predetto risultava in servizio, in costanza del primo ricovero della paziente, avendo poi fruito di un periodo di ferie (*dal 14 al 22/06/2014*).

IV. – con atto di citazione depositato il 30/09/2024 (*riproducente nel relativo FATTO le complete trascrizioni di plurimi atti, ivi incluse le relazioni medico-legali sinteticamente riportate ai punti che precedono*), la Procura regionale conveniva in giudizio i neurochirurghi *[Omissis]* e *[Omissis]*, contestando loro la responsabilità del decesso della paziente,

segnatamente sostenendo (*n.d.r.: altresì con rinvio a contenuti non espressi nel testo delle relazioni medico-legali acquisite, tuttavia riscontrati risultare nei verbali del Co.Ge.Si.; opzione originante perplessità, per il mancato deposito di documenti probatori nella loro integralità*):

i) la condizione idrocefalica non transitoria della patologia neurologica, in quanto "cronica" pertanto non spontaneamente risolvibile (*in quanto i casi di compenso risultavano, in letteratura, dell'ordine dell'1%*), caratterizzante in termini di imprudenza la decisione di non sostituire il sistema di derivazione (*rif.: affermazioni C.T.M.*);

ii) che la sintomatologia indicata all'atto del ricovero - pur non acclarando con certezza una sindrome da ipertensione endocranica - necessitava comunque di una diagnosi che ne attribuisse ad altra patologia la causa (*rif.: affermazione "Co.Ge.Si." riferita alla perizia del Dott. Genovese*);

iii) le dimensioni del sistema ventricolare, rilevate in sede di secondo ricovero, apparivano sostanzialmente invariate rispetto a quelle riscontrate durante il ricovero precedente (*rif.: affermazione "Co.Ge.Si." riferita alla perizia del Dott. Genovese*);

iv) dall'esame della documentazione non risultavano emergere nella paziente comorbilità in grado di correlare il decesso ad altre patologie (*rif.: affermazione "Co.Ge.Si." riferita alla perizia del Dott. Genovese*);

v) il difetto ostruttivo persisteva e da esso derivava un quadro ipertensivo endocranico a cui si correlavano disturbi clinici ingravescenti e alterazioni neurologiche, motivo per il quale i sanitari avrebbero dovuto procedere a sostituzione del drenaggio non più

funzionante, garantendo il regolare deflusso del liquido liquorale (*rif.: affermazione "Co.Ge.Si." riferita alla perizia del Dott. Genovese*);

vi) nel diario clinico del giorno 15/06/2014, risultavano annotate sintomatologie ulteriori riferite dalla paziente (*episodi di acufeni in concomitanza con la cervicalgia*); dall'anamnesi del ricovero risultavano da circa un mese episodi di vomito e scotomi scintillanti;

vii) le osservazioni del Dott. Genovese avevano escluso che l'aumento della pressione liquorale fosse da attribuire ad edema cerebrale verificatosi a seguito dell'arresto respiratorio e cardiaco;

viii) per tutto quanto sopra, il danno indiretto subito dall'Azienda si sosteneva oggettivamente ascrivibile sia al Dott. *[Omissis]*, in quanto Responsabile della S.C. competente, sia alla Dott.ssa *[Omissis]*, considerato che - come espressamente dal primo dichiarato in sede di audizione - la seconda aveva con il medesimo condiviso la proposta di dimissione della paziente (*n.d.r.: così nell'atto di citazione*);

ix) con riferimento alle funzioni attribuite ai due medici, veniva richiamata la disciplina organizzativa e funzionale di cui agli articoli 7 del d.P.R. n. 128 del 1969, 63 del d.P.R. n. 761 del 1979 e 15 del d.l.vo n. 502 del 1999;

x) con riferimento all'elemento soggettivo, si affermava in citazione: "*da quanto esposto in precedenza si rileva che il comportamento dei convenuti è connotato dalla violazione di norme elementari di prudenza e diligenza, del tutto note e basilari nella scienza medica di settore, che non potevano essere ignorate all'epoca dei fatti*";

xi) con riferimento al nesso di causalità, tra le condotte e il danno, si

sosteneva l'applicabilità in fattispecie del principio del "*più probabile che non*" o di probabilità prevalente (*rif.: la giurisprudenza espressamente richiamata dalla Procura regionale*).

Il danno indiretto veniva quindi integralmente ascritto - *pro quota* parziaria - in parti eguali (*nella misura di euro 400.000 ciascuno*):

- al Dott. *[Omissis]*, all'epoca dei fatti Responsabile della Struttura Complessa di Neurochirurgia;

- alla Dott.ssa *[Omissis]*, firmataria della dimissione della paziente.

V. - Con memoria depositata il 27/02/2025 si costituivano in giudizio entrambi i convenuti, domandando il rigetto delle domande, previamente formulando l'eccezione di nullità dell'azione erariale per asserita violazione dell'articolo 5, comma 1, del decreto-legge n. 453 del 1993, convertito dalla legge n. 19 del 1994, in quanto la Procura regionale non aveva considerato quanto replicato a seguito dell'invito a dedurre (*rif.: Corte dei conti, Sez. Puglia, n. 1194 del 2013*).

Nel merito, la difesa dei convenuti eccepiva:

i) che ai sanitari dell'Azienda in nessuna delle documentazioni medico-legale in atti veniva censurata la colpa grave;

ii) il mancato accertamento medico-legale della causa del decesso della paziente, non essendo stato effettuato nel caso un esame autoptico, pertanto da ritenersi non comprovata in atti; considerato, oltretutto, che il decesso avveniva a distanza di giorni 14 dalle dimissioni ospedaliere;

ii) dopo la dimissione del 17/06/2016, il mancato ricorso all'Ospedale nonostante la manifestazione di sintomi riconducibili all'aggravamento della patologia; ciò, nonostante la paziente e i famigliari fossero stati

istruiti sull'opportunità di mettersi in contatto con i relativi sanitari in caso di manifestazione di ulteriore sintomatologia;

iii) la non attribuibilità della causa dell'arresto cardiaco all'aumento pressorio endocranico (*rif.: la relazione medico-legale Salvati-Bacci, cfr. infra, il punto* ***V.2.***); la riferibilità dell'aumento pressorio endo-cranico, rilevato a seguito del secondo ricovero, all'arresto cardiaco (*rif.: la relazione medico-legale Salvati-Bacci, precit.*);

iv) l'assenza di nesso di causalità tra l'*exitus* e le condizioni cliniche manifestate in occasione del primo ricovero, considerati: **a)** la sussistenza di un quadro sintomatologico del tutto privo di criticità; **b)** gli esiti degli accertamenti diagnostici effettuati, finalizzati ad indagare eventuali scompensi attribuibili all'idrocefalo sofferto dalla nascita, che avevano escluso ogni segno indicativo della condizione di idrocefalo iperteso; al riguardo si sosteneva che le diverse valutazioni della Dott.ssa Catalucci, affermate mai oggettivate da indici e misurazioni, venivano contraddette dai referti degli esami svolti e dalla negativa obiettività neurologica (*n.d.r.: la rivendicata assenza di sintomatologia specifica nei giorni di ricovero*); **c)** ove il quadro clinico fosse dipeso dal difettoso drenaggio, sarebbero comparsi molteplici sintomi sempre più gravi (*vomito, cefalee, vertigini, nausea fino allo stato comatoso*), nessuno dei quali veniva osservato durante il ricovero; **d)** pertanto, la determinazione di dimissione era del tutto giustificata nella prospettiva *ex-ante*;

v) l'insussistenza di errori o colpe, tanto meno di connotazione grave, considerate le corrette decisioni assunte in via *ex-ante* e l'assenza di

violazioni di Linee-Guida; al riguardo si richiamava giurisprudenza delle Sezioni contabili (*rif.: Sez. III, n. 601 del 2004; Sez. Emilia-Romagna n. 100 del 2017*);

vi) l'incongruità sia della decisione aziendale di disporre il pagamento del risarcimento per i fatti contestati, considerata l'asserita insussistenza di responsabilità dell'Azienda ospedaliera, sia del *quantum* al riguardo determinato ed erogato la cui scelta non poteva pertanto gravare sui convenuti

V.1. – Quanto al ruolo svolto da ciascuno dei convenuti in occasione del primo ricovero, escludendo espressamente la colpa grave (*rif., ulteriormente: Corte dei conti, Sez. Emilia-Romagna n. 49/2016; Sez. Calabria, n. 368/2019; Sez. Toscana, n. 290/2021 e n. 16/2025; Sez. III, n. 662/2005; Sez. Lombardia n. 107/2018 e Sez. Lazio n. 883/2021*), la difesa allegava che:

i) il Dott. *[Omissis]*, all'epoca dei fatti Primario del Reparto di Neurochirurgia, era intervenuto nella gestione del caso nella fase della dimissione, la cui lettera veniva predisposta dal personale del Reparto e redatta dalla Dott.ssa *[Omissis]*; il Primario, assente sia al momento del ricovero che durante i due giorni successivi, aveva ripreso servizio lunedì 16/06/2014, giorno in cui aveva esaminato il diario clinico, nel quale non erano riferiti sintomi, e i referti degli accertamenti strumentali che non deponevano per la configurabilità di una ipotesi di idrocefalo acuto;

ii) la Dott.ssa *[Omissis]* aveva effettuato, il 17/06/2014, un turno di servizio pomeridiano (*dalle 14:00 alle 20:00*); all'ingresso in servizio le veniva riferito dai colleghi del Reparto che la paziente aveva sollecitato la

lettera di dimissione e che, unitamente ai genitori, era stata informata dal Primario sia della dimissione sia del successivo *follow-up* clinico e neuroradiologico; aveva quindi redatto la lettera riportando le indicazioni e le informazioni ricevute verbalmente dai colleghi, durante il colloquio mattutino con la paziente e i suoi genitori.

V.2. - A sostegno delle tesi difensive veniva innanzitutto riprodotta la relazione medico-legale di parte, a firma dei Professori Maurizio Salvati e Mauro Bacci, già depositata in ambito istruttorio sostenente:

i) che le conclusioni della Procura regionale non apparivano chiaramente derivabili dall'esame della vicenda assistenziale; in ogni caso, si sosteneva che l'asserita colpa grave non risultava qualificata negli elaborati tecnici posti alla base delle contestazioni;

ii) che "*l'indicazione alla rimozione della valvola di derivazione risultava coerente con il mancato funzionamento della stessa, in ragione della sua certa dislocazione prossimale (…), oltre che con l'esito degli accertamenti neuroradiologici effettuati prima e durante il ricovero nonché con le valutazioni cliniche sia mediche che infermieristiche*";

iii) la correttezza delle prescrizioni formulate in occasione della dimissione del 17/06/2014, in quanto basate sugli "*standard di follow-up concernente l'evoluzione clinica dell'idrocefalo*";

iv) che "*le indicazioni della dimissione valevano "salvo modificazioni" del quadro clinico*";

v) la RM del 14/06/2014 aveva confermato l'assenza di segni di riassorbimento transependimale del liquor, mentre la dilatazione dei ventricoli concerneva una condizione cronica in quanto sostenuta dalla

stenosi "*dell'acquedotto di Silvio*", come riportato dal refertante;

vi) che dissonante risultava la lettura eseguita dalla neuroradiologa Alessia Catalucci, ritenuta "*ampiamente sovradimensionata nel suo apprezzamento ed evidentemente influenzata dalla conoscenza degli eventi che sarebbero in seguito accaduti*", mentre nessuna segnalazione veniva data nella C.T.M. con riferimento all'assenza di riassorbimento ependimale confermativa dell'assenza di ipertensione liquorale (*dato ritenuto dirimente nella valutazione anche prospettica della evoluzione clinica*); pertanto, la valutazione della Dott.ssa Catalucci non trovava conferma in alcun corrispettivo clinico, considerato che la condizione della paziente risultava in buon compenso e che la stessa, durante tutto il tempo del ricovero, appariva "*sveglia, lucida, si alza e si alimenta.. non ha cefalea… non deficit di lato e così via*";

vii) nella denuncia effettuata dai genitori e nella consulenza del Dott. Scalise si confermava che, alla data del 25/06/2014 si manifestavano episodi di perdita di conoscenza che ("*incredibilmente*") non esitavano in una richiesta di cure mediche urgenti; inoltre, la perdita di conoscenza repentina di alcuni giorni dopo si riteneva legata all'arresto cardiaco e non correlata a scompenso acuto cronico dell'idrocefalo, come attestato dal referto della RM attuata in sede di ricovero d'urgenza e, con riferimento a ciò, si osservava che un incremento della pressione intracranica conseguente ad infarto appariva normale;

viii) la mancanza di riscontri diagnostici nel periodo dei dodici giorni successivi alla dimissione del 17/06/2014, asserita avvenire in perfetto equilibrio clinico e senza elementi predittivi della drammatica

evoluzione, non consentiva di comprendere cosa fosse avvenuto; la contraria affermazione della C.T.M., poggiante sulla logica del "*più probabile che non*", non poteva essere dunque condivisa, non trovando inoltre alcun riscontro negli accertamenti di neuroimmagine effettuati;

viii) l'operato dei neurochirurghi si era ispirato alle buone pratiche cliniche ("*gold-standard" diagnostico-terapeutici*); la valutazione *ex-ante* della vicenda assistenziale escludeva l'integrazione di condotte sanitarie incongrue, in un caso che offriva numerosi elementi di dubbio e di ipotesi di sottovalutate manifestazioni nel periodo di permanenza domiciliare, nonostante le indicazioni poste al momento della dimissione: in ogni caso, con tali margini di incertezza, l'ipotesi di una colpa grave si sosteneva priva di ogni motivazione scientificamente motivata e in base ai relativi principi definitori.

La relazione altresì concludeva sottolineando che la causa del decesso non aveva trovato alcun riscontro anatomo patologico oggettivo, permanendo pertanto dubbi sulle cause del prolungato arresto cardiaco domiciliare conducente all'*exitus*.

V.3. - Alla comparsa di costituzione venivano allegate anche due relazioni redatte dai convenuti:

i) la relazione del 22/11/2024 a firma del convenuto *[Omissis]*, ricostruente i fatti e sottolineante che: "*Non c'erano linee guida per il caso. Quello che conta è il quadro clinico da correlare con gli esami strumentali. Con riferimento al quadro clinico, nei quattro giorni di ricovero la paziente non ha presentato sintomatologia riferibile ad un quadro di ipertensione endocranica secondario a idrocefalo. Con riferimento agli esami strumentali (…) gli esami*

eseguiti durante il ricovero non mostravano segni di ipertensione endocranica ed erano invariati rispetto ad una RMN encefalo eseguita nel gennaio 2013 (…). Nei referti della TAC e della Risonanza si dice che non si evidenziano segni di riassorbimento transependimale. La mancanza di segni di riassorbimento ... è chiaro segno di assenza di ipertensione liquorale; il liquor in questi casi per l'aumento della pressione endoventricolare trasuda attraverso l'ependima che riveste le pareti ventricolari nel tessuto cerebrale. Dal momento della dimissione non siamo più stati contattati né dalla ragazza né dai familiari e nulla abbiamo saputo del decorso successivo alla dimissione fino al momento del secondo ricovero in rianimazione";

ii) - la Relazione/dichiarazione della Dott.ssa *[Omissis]*, senza data, nella quale si riferivano le circostanze nel cui ambito maturavano le dimissioni ospedaliere: "*Il 17/06/2014, all'ingresso in servizio mi veniva riferito che la paziente …. sollecitava la lettera di dimissioni che i colleghi della mattina non erano riusciti a compilare e che la paziente era stata già informata della dimissione e del follow-up clinico e neuro-radiologico post-dimissioni. Redigevo dunque la lettera di dimissione riportando le indicazioni e le informazioni fornite verbalmente dai colleghi… annotavo in cartella: "Paziente sveglia, lucida, orientata, non riferisce cefalea né disturbi visivi. Viene proposta la rimozione del sistema di derivazione liquorale, ma la Paziente si riserva di decidere. Dimissione in osservazione". Dopo la dimissione non ho avuto ulteriori contatti, né in presenza né telefonici, con la Paziente o con i suoi genitori*".

VI. - La Regione Umbria, con memoria notificata ai convenuti e depositata il 10/03/2025, dispiegava intervento adesivo dipendente ai

sensi dell'art. 85 del C.G.C. - richiamando che la Procura regionale aveva addebitato ai convenuti di avere omesso di "*disporre un intervento chirurgico di posizionamento di un nuovo sistema di deflusso liquorale così approcciando il caso in modo assolutamente inadeguato pur conoscendo la patologia di fondo della paziente ovvero l'impossibilità che la stessa potesse evolvere spontaneamente in senso favorevole*" - e concludeva per l'accoglimento delle azionate domande erariali.

VII. - Nell'udienza del 19/03/2025, non comparsa la Regione Umbria, il P.M. e la difesa dei convenuti insistevano per l'accoglimento delle rispettive conclusioni rassegnate agli atti.

VII.1. - Il Pubblico Ministero, in particolare, rimarcava in via preliminare l'infondatezza delle eccezioni contenute nella comparsa di costituzione e di risposta, asserite concernenti (*n.d.r.: così nel verbale dell'udienza*) sia l'inopponibilità della decisione dell'Azienda di addivenire a una transazione sia l'inutilizzabilità delle consulenze tecniche acquisite al di fuori del giudizio di responsabilità erariale, sul rinvio al riguardo attuato alla giurisprudenza delle Sezioni contabili; a dimostrazione della ragionevolezza della transazione conclusa dall'Azienda evidenziava che la richiesta risarcitoria degli eredi, inizialmente avanzata sia *iure proprio* sia *iure hereditario*, superava i due milioni di euro. Nel merito, quindi, sottolineava che:

i) la sintomatologia che aveva determinato il ricovero, regredita nel corso della degenza ospedaliera – ma non del tutto scomparsa, registrandosi nel diario medico il 15 giugno "*episodi di acufeni in concomitanza con la cervicalgia*" - era riconducibile a probabile genesi

cerebrale, le cui cause si sarebbero dovute indagare;

ii) sempre con riferimento ai sintomi osservati durante il ricovero, era possibile riscontrare, dalle annotazioni in cartella clinica, che il paracetamolo veniva somministrato alle ore 20 del 16/06/ 2014, mentre all'interno del diario medico, in corrispondenza di tale data, ma senza indicazione oraria, risultava come unica dicitura "*sveglia, orientata e non cefalea*"; contrariamente rispetto il giorno precedente, nel quale non venivano somministrati farmaci e veniva annotato "*riferisce episodi di acufeni in concomitanza con la cervicalgia*" [*supra, punto* ***i)***];

iii) come sostenuto nella consulenza del Dott. Genovese, la mancanza di evidenza di riassorbimento transependimale e la sostanziale stazionarietà delle dimensioni del sistema ventricolare non escludevano con certezza che la pressione liquorale potesse essere maggiore rispetto alla norma; ciò, in quanto nei pazienti affetti da dilatazione cronica del sistema ventricolare, già portatori di sistemi di derivazione, poteva verificarsi una perdita di elasticità del tessuto cerebrale.

VII.2. - L'Avvocato Arbia, per i convenuti, nel sottolineare il ruolo non imparziale dei Periti assicurativi, rimarcava che non esisteva un'autopsia sulla causa della morte della paziente e che la Relazione del Prof. Lancia si era fondata su quella del Dott. Genovese (*asserita "andata un po' più in là"*) omettente comunque alcune analisi preliminari; in particolare, il Difensore rilevava che:

i) non era stato differenziato il tipo di patologia di cui era affetta la paziente, non tenendosi pertanto conto che - trattandosi di idrocefalo di origine traumatica neonatale – tale patologia, per definizione medico

legale, risultava soggetta a variazioni estreme, anche a regresso totale;

ii) l'analisi delle attività dei convenuti era priva di clinica, invece al riguardo asserita fondamentale, posto che il Dott. Genovese aveva fondato le sue considerazioni sull'anamnesi (*le dichiarazioni della paziente*) e su valutazioni *ex post*, ponendosi pertanto in posizione diversa rispetto quella in cui si erano trovati i convenuti;

iii) contrariamente a quanto affermato dal Dott. Genovese e ripreso dalla Procura regionale - posto che la causa delle patologie e dei disturbi lamentati dalla paziente consisteva nel mal posizionamento del condotto di drenaggio, collocato in età infantile - era perfettamente noto che la patologia di idrocefalo non trovava gestione nel sistema di drenaggio e che, ciò nonostante, non presentava in quel momento alcuna complicazione;

iv) la sintomatologia della paziente derivava, a parere del Primario *[Omissis]*, dal mal posizionamento della cannula nella zona cervicale e per questo doveva essere tolta; i due sanitari convenuti avevano proposto la rimozione del sistema di drenaggio e la sua ricollocazione laddove necessario, ma nessuno degli altri Consulenti aveva sostenuto che il riposizionamento dei drenaggi, ovvero quello nuovo, fossero necessari; tutti, invece, ritenevano opportuno intervenire a seguito della rivalutazione del caso; al riguardo il sistema di drenaggio, poiché non fondamentale, poteva essere la causa della sintomatologia;

v) tutti gli accertamenti effettuati avevano escluso si potesse ipotizzare un esito nefasto a distanza di giorni 14 dalla dimissione; la paziente era stata dimessa da un Reparto che la conosceva bene e, ciò nonostante, nei

successivi dodici giorni, fino al manifestarsi delle gravi patologie, non vi fu alcun contatto con l'Ospedale (*n.d.r.: i genitori si rivolsero al medico di base che prescriveva la somministrazione di paracetamolo*); in quei dodici giorni nessuno aveva informato i convenuti della situazione che si era radicalmente modificata; inoltre, l'assenza di un'autopsia per l'accertamento della morte era determinante, perché - come evidenziato dalla relazione del Prof. Bacci depositata dai convenuti - il rilevato aumento della pressione cranica, in sede di emergenza del giorno 22 (*n.d.r.: così il Difensore*) giugno 2014, era imputabile all'arresto cardiaco, ma non ne era stata la causa e neppure il Dott. Genovese aveva la minima contezza della causa, non avendo valutato gli elementi in maniera corretta e completa;

vi) sussisteva una molteplice serie di interruzioni del nesso causale e un'assoluta carenza di prova, per cui la scelta di liquidare il risarcimento nell'importo di euro 800.000,00, non appariva ragionevole, posto che le richieste degli eredi immancabilmente risultavano stratosferiche e che la scelta della Compagnia assicurativa (*n.d.r.: di liquidare il danno nell'importo della S.I.R.*) era stata dettata dallo scopo di non sborsare un euro;

vii) nell'ambito della responsabilità civile, la quantificazione del danno parentale avveniva sulla base di tabelle di elaborazione giurisprudenziale consideranti molteplici fattori, anche le speranze di sopravvivenza delle quali, nel caso, non si era tenuto conto nonostante la distanza temporale tra la dimissione ospedaliera e il decesso della paziente;

viii) neppure i consulenti assicurativi avevano ipotizzato la colpa grave dei sanitari.

A seguito dei predetti interventi, la causa veniva trattenuta in decisione.

Considerato in

DIRITTO

1. – Preliminarmente deve il Collegio:

i) ammettere l'intervento adesivo dipendente della Regione Umbria, nella qualità di Amministrazione danneggiata, in quanto risultante conforme, la relativa istanza, ai dettami dell'articolo 85 del C.G.C., (*cfr., supra in FATTO, il punto* ***II.f.***);

ii) disattendere l'eccezione di nullità sollevata dalla difesa dai convenuti - (*n.d.r.: alla pagina 3 della comparsa di risposta*) con espresso riferimento all'articolo 5, comma 1, del d.l. n. 453, convertito nella legge n. 19 del 1994 e articolo 163 c.p.c. - per la quale la Procura regionale non avrebbe tenuto in considerazione alcuna le difese depositate dai due professionisti in sede di replica all'invito a dedurre. Al riguardo occorre richiamare che la normativa invocata (così recitante: "*Il procuratore regionale, prima di emettere l'atto di citazione in giudizio, invita il presunto responsabile del danno a depositare, entro un termine non inferiore a trenta giorni dalla notifica della relativa comunicazione, le proprie deduzioni ed eventuali documenti*"), pur ritenuta da giurisprudenza risalente recare una previsione di nullità, veniva abrogata dal decreto legislativo n. 174 del 2016 (*il nuovo Codice di Giustizia contabile*); inoltre, deve osservarsi che la novella procedurale, *precit.*, all'articolo 86, individua le fattispecie di nullità dell'atto di citazione, tra le quali non risulta quella sollevata

dai convenuti; segnatamente dovendosi pertanto riportare al piano probatorio, di merito, la questione comunque introdotta dalla Difesa dei convenuti (cfr. infra, il capo…….).

L'eccezione di nullità dell'atto di citazione deve essere pertanto rigettata.

2. - Nel merito, la domanda proposta dalla Procura regionale non può essere accolta per le ragioni di successiva motivazione.

2.a. – Va innanzitutto premesso che nessun dubbio residua, ad avviso del Collegio, in ordine alla responsabilità nella vicenda della Struttura sanitaria, attesa la sussistenza dei requisiti della responsabilità civilistica da contatto sociale dell'Azienda, manifestandosi pertanto infondata la tesi difensiva per la quale l'Ente pubblico avrebbe errato nell'addivenire alla stipula della transazione dalla quale traeva origine il danno indiretto di cui trattasi.

In particolare deve osservarsi che, siccome sostenuto dalla Procura regionale sulla scorta di plurimi e conformi avvisi tecnici medico-legali acquisiti agli atti del giudizio [*Consulenze medico-legali: del Dott. Sergio Scalise Pantuso, rif. supra, in FATTO, il punto* ***II.c.iv)***; *del Dott. Morini, rif. supra, in FATTO, il punto* ***II.e.ii)***; *del Dott. Genovese, rif. supra, in FATTO, il punto* ***II.e.ii)***; *del Prof. Lancia, rif. supra, in FATTO, il punto* ***II.g.i)***], il tragico evento si configurava verosimilmente evitabile attraverso la sostituzione del sistema di drenaggio del liquor, dispositivo certamente dislocato e non funzionale; peraltro, anche ove ciò non fosse stato [*considerato il residuale dubbio sollevato dalle difese dei convenuti - con le relazioni medico-legali del Dott. [Omissis], rif. supra in FATTO, il punto*

II.c.iv) *e dei Prof.ri Salvati e Bacci, rif. supra in FATTO, il punto* ***V.II.vii)*** *- con riferimento alle cause del decesso, non accertate; dubbio tuttavia nella prospettiva legale da ritenersi infondato in applicazione del consolidato principio giurisprudenziale del "più probabile che non"*] l'intervento di sostituzione (*ove attuato*) avrebbe in termini altrettanto verosimili evitato sia l'esborso a titolo di risarcimento danni di cospicue risorse pubbliche - diversamente destinabili, utilmente, al finanziamento del Servizio sanitario regionale - sia il coinvolgimento dell'Azienda ospedaliera in una significativa vicenda di *malpractice* sanitaria.

In detta prospettiva, pertanto, indubbiamente rilevando le posizioni soggettive di tutti i medici del Reparto che - come ritenuto anche dagli odierni convenuti [*direttamente in sede di audizione dal Dott. [Omissis], rif. supra, in FATTO, il punto* ***III.1.ii) lett. m)*** *nonché indirettamente nella propria relazione/dichiarazione dalla Dott.ssa [Omissis], rif. supra, in FATTO, il punto* ***V.1.ii)***] - causalmente compartecipavano alle determinazioni imprudentemente assunte, in data 17/06/2014, nei confronti della povera ragazza successivamente deceduta.

Il Collegio deve ulteriormente rilevare, con riferimento all'elemento soggettivo, che le incertezze emergenti dalla approfondita discussione tecnico-medico-legale del caso clinico all'esame, avrebbero dovuto indurre nei sanitari un atteggiamento prudenziale, non apprestato in fattispecie; rivestendo tuttavia detto profilo valenza differenziata nella prospettiva civilistica e in quella dell'odierno giudizio di responsabilità amministrativa (*fr. infra, i capi successivi*).

2.b. - Sul piano dell'illecito erariale, per cui v'è causa, si deve

fondamentalmente constatare che risultano comprovati in atti:

i) pacificamente, il rapporto di servizio tra i convenuti e l'Ente pubblico (*l'Azienda Ospedaliera di Perugia*), trovando nel caso applicazione il comma 4, dell'articolo 1, della legge n. 20 del 1994, a mente del quale il dipendente pubblico risponde innanzi alla Corte dei conti, a titolo di responsabilità amministrativa, del pregiudizio erariale cagionato anche laddove il danno sia stato arrecato ad Amministrazione o Ente diverso da quello di appartenenza;

ii) l'antigiuridicità delle condotte contestate - irrilevante, nell'indicata prospettiva, oggettiva, la valutazione *ex-ante* ovvero *ex-post* dei sottostanti fatti - in quanto non sussumibili nell'alveo della buona pratica medica si configurano le determinazioni assunte nei riguardi della paziente in data 17/06/2014, con riferimento a pluralità di circostanze evidenziate nel giudizio, in particolare afferenti al primo ricovero ospedaliero:

a) l'interpretazione degli esami strumentali effettuati i giorni 13 e 14/06/2014; al riguardo la specialista in Radiodiagnostica e Immagini ha congruamente evidenziato (*nell'ambito della C.T.M. del 09/10/2017; rif., supra in FATTO, il punto* ***II.f.***), in base alla lettura delle immagini degli esami TC e RM, la sussistenza di una progressiva tendenza della dilatazione dei ventricoli non rilevata, in particolare, nei referti TC del giorno 13/6/2014 e RM del 14/06/2014 (*n.d.r.: referto non risultante della cartella clinica del primo ricovero, bensì in quella del secondo, p. 34 del relativo file*); la rivalutazione delle immagini attuata in sede accertativa nonché la specializzazione rivestita dall'ausiliaria del C.T. Prof. Lancia,

conferiscono attendibilità alla predetta valutazione consulenziale, deponente per la non piena rispondenza dei referti formulati nell'ambito del ricovero predetto, peraltro tra loro apparentemente contraddittori, alla realtà indagata (*referto TC encefalo del 13/06/2014, rispetto a esame RM del 17/01/2013: "non sembrano apprezzarsi grossolane modificazioni delle dimensioni delle cavità ventricolari*"; *referto RM encefalo del 14/06/2014: "Dilatazione di tipo idrocefalico delle cavità ventricolari sovratentoriali…. La condizione idrocefalica è sostenuta da un'ostruzione a livello dell'acquedotto di Silvio…"*); non risultando pertanto persuasive le affermazioni contenute nelle relazioni del Dott. *[Omissis]* e dei Prof.ri Salvati e Bacci sostenenti la cronicità della patologia (*rectius: la stazionarietà, in quanto asserita in buon compenso*) e neppure trovando oggettivo riscontro la tesi della ritenuta incongruità delle valutazioni della predetta specialista in radioneurologia - che si era espressa nell'ambito della C.T.M. del Prof. Lancia del 09/07/2017 - rispetto alle evidenze cliniche, in corso di primo ricovero, a disposizione dei convenuti [*cfr. infra, il punto* ***c)***];

b) alla non decisiva esclusione della sussistenza di una ipertensione endocranica "in atto", attestata dal referto TC del 13/06/2014 (*per il quale non sussistevano* ***chiari*** *segni TC attuali di riassorbimento transependimale di liquor*); tanto più che il referto RM del 14/06/2014 riportava [*secondo quanto indicato nella C.T.M. del 09/10/2017; cfr. supra in FATTO, il punto* ***II.f.ii)***] che non era dimostrabile il segnale di flusso nello studio dinamico concernente l'acquedotto di Silvio, reperto compatibile con la stenosi dello stesso, tendenzialmente fonte di

idrocefalo; tanto più - aspetto peraltro non rilevato nelle relazioni medico-legali depositate agli atti del processo, né menzionato dalla Procura regionale ed evidentemente non emerso dalle difese dei convenuti - qui si osserva che l'accertamento oculistico del 14/06/2014 rilevava la presenza di "*dischi ottici edematosi*" segno inducente il dubbio di un papilledema, espressivo di innalzamento della pressione endocranica; non configurandosi pertanto decisive le affermazioni - contenute nelle relazioni del Dott. *[Omissis]* e dei Prof.ri Salvati e Bacci - nell'ottica della dimostrazione dell'insussistenza di una condizione, invece presumibile, di ipertensione endocranica;

c) alla sussistenza di sintomatologia specifica di data recente, in effetti già rappresentata al momento del ricovero ("*Entra dal P. Soccorso x cefalea e vomito in pz operata x idrocefalo"; cfr. supra in FATTO il punto* ***II.a.***) nonché alla sussistenza di sintomatologia specifica, ancorché denegata dalle difese dei convenuti, in corso di ricovero (*Cartella clinica, Diario medico in data 15/06/2014 a firma non leggibile: "Riferisce episodi di acufeni in concomitanza con la cervicalgia"*); al riguardo non appalesandosi congruenti le sole affermazioni di inesistenza di ulteriori segni ingravescenti nel corso del breve periodo di ricovero (*giorni 5, di cui tre relativi al fine settimana: dal venerdì al martedì, di cui il lunedì indotto dall'esigenza di attendere il referto della RM del 14/06/2014, allegato alla cartella clinica del secondo ricovero, come sopra richiamato*) considerata la pluralità di sintomi al riguardo manifestati nel corso del più ampio periodo di circa un mese, ai quali doversi aggiungere le evidenze strumentali, cliniche e anamnestiche sopra riportate, rilevate in corso di

ricovero; manifestandosi pertanto non conferente la difesa formulata nelle relazioni del Dott. *[Omissis]* e dei Prof.ri Salvati e Bacci, limitanti l'osservazione temporale e fenomenica della sintomatologia accusata dalla paziente, pervenendo all'affermazione che in sede di ricovero si manifestava la sola cervicalgia, asserita derivante dal mal posizionamento della cannula nella zona cervicale.

2.c. – Ritiene inoltre il Collegio comprovato il nesso di causalità tra le condotte contestate ai convenuti e il danno erariale, in ottica di compartecipazione alla determinazione del pregiudizio per cui v'è causa, per quanto sopra già motivato al capo **2.a.** .

2.d. – Deve invece denegarsi la sussistenza della colpa grave dei soggetti chiamati nel giudizio.

Come noto, l'articolo 1, comma 1 della legge n. 20 del 1994, individua nel dolo e nella colpa grave l'elemento soggettivo necessario ai fini della sussistenza della responsabilità amministrativa. Escludendo il rilievo della colpa lieve, il legislatore ha definito un punto di equilibrio nella ripartizione del rischio dell'attività tra l'Apparato amministrativo e l'Agente pubblico, stabilendo che per le condotte di non eclatante gravità i danni per l'effetto cagionati debbano rimanere esclusivamente a carico dell'Erario.

2.d.1. - Per consolidato orientamento giurisprudenziale, la colpa si atteggia come grave qualora si riscontri una sprezzante trascuratezza dei propri doveri, che si manifesta attraverso un comportamento improntato alla massima negligenza, imprudenza ed imperizia (*ex multis, Corte dei conti, Sez. II n. 154 del 2024*).

Nel caso degli esercenti la professione medica, la colpa grave si configura come violazione degli standard minimi di diligenza, ovvero nella commissione di errori non scusabili per la loro grossolanità o nell'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione, oppure, ancora, in presenza di ogni altra imprudenza che dimostri macroscopica leggerezza e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera, nonché in condotte superficiali poste in essere in violazione delle comuni nozioni terapeutiche e di profilassi dettate dalla scienza medica, secondo il livello raggiunto dalla ricerca e impiegato normalmente nella pratica sanitaria (*rif.: Corte dei conti, Sez. II n. 256 del 2024 e Sez. Umbria n. 9 del 2025*).

La valutazione dell'elemento soggettivo deve necessariamente essere condotta non *ex-post*, in forza degli accadimenti successivamente verificatisi, bensì *ex-ante*, sulla base della situazione di fatto esistente al momento della condotta e degli elementi conosciuti e conoscibili dall'agente al tempo della condotta medesima (*cfr. Sez. III, n. 149 del 2024)* e deve svolgersi considerando le condizioni nelle quali si sia concretamente trovato il soggetto agente, stabilendo il grado di discostamento della condotta tenuta in concreto rispetto a quella esigibile avuto riguardo alla effettiva possibilità di adozione di tutte le accortezze necessarie ad evitarlo (*prevenibilità*) e di rappresentazione dell'evento dannoso (*prevedibilità*). Più precisamene, la natura essenzialmente normativa della colpa impone al Giudice una doppia valutazione (*la c.d. doppia misura della colpa*): in primo luogo, e con valutazione da compiersi *ex ante* rispetto alle condotte contestate,

occorre verificare "*la conoscibilità e corretta individuazione da parte dell'agente della situazione gestionale tipica che richiedeva l'adempimento degli obblighi di servizio a contenuto cautelare (prudenza, diligenza e perizia); la sussistenza delle condizioni operative per il loro adempimento; l'inesistenza di circostanze anomale dell'agire che ne impediscano l'osservanza o falsino la percezione dell'agente circa il necessario adempimento degli obblighi cautelari*" (*ex multis*, *Corte dei conti, Sez. Toscana n. 16 del 2025*); in secondo luogo, occorre individuare quale sia stato, in concreto, lo scostamento macroscopico dalla regola a contenuto cautelare nei termini sopra richiamati.

2.d.2. – Tanto premesso, ad avviso del Collegio, non ricorre nel caso di specie l'elemento psicologico come sopra declinato.

Risulta comprovato che il quadro clinico descritto dai vari esami diagnostici e strumentali eseguiti in costanza di ricovero e lo stato soggettivo della paziente appariva controverso e foriero di incertezze, mancando oltretutto specifiche Linee-Guida in proposito, come desumibile dall'esame di tutte le relazioni medico-legali depositate in atti, nelle quali:

i) si è evidenziata, pervenendo anche ad affermazioni conclusive nette - ma, si badi bene, per lo più con riferimento alla Struttura ospedaliera e non a singoli, individuati, sanitari - la sussistenza di elementi di imprudenza e di sottovalutazione dei possibili (*n.d.r.: ma non probabili*) esiti della mancata sostituzione dell'impianto di derivazione liquoreale; ciò, qui si sottolinea, nell'ottica della "*prevenibilità*" dell'evento catastrofale. Tuttavia, nessun consulente (*e neppure la Procura regionale*)

si è spinto ad affermare la "*prevedibilità*" del decesso della giovane, di lì a "breve", in ragione del mancato intervento sostitutivo e della relativa dimissione ospedaliera del 17/06/2014.

Deve quindi annotarsi che, nell'atto di citazione, in ordine all'elemento soggettivo, la Procura regionale si è limitata ad affermare:

- in termini generici e, parrebbe, per lo più riferiti alla disciplina normativa in tema di organizzazione dell'Azienda ospedaliera (*rif.: gli articoli 7 del d.P.R. n. 128 del 1969, 63 del d.P.R. n. 761 del 1979 e 15 del d.l.vo n. 502 del 1999*), che: "*il comportamento dei convenuti è connotato dalla violazione di norme elementari di prudenza e diligenza, del tutto note e basilari nella scienza medica di settore, che non potevano essere ignorate all'epoca dei fatti*";

- che la morte della paziente era riconducibile alla condotta gravemente colposa dei sanitari in applicazione del "*criterio del più probabile che non*" (*atto di citazione p. 70*); con ciò non dimostrando un buon governo del principio menzionato in quanto non concernente l'elemento soggettivo della responsabilità patrimoniale (*rif., tra le altre: Cass., Sez. III, n. 10978 del 26/04/2023*).

Nel merito, ciò che è stato addebitato ai convenuti, siccome emergente dagli atti del giudizio, è quanto segue:

- una mancata attivazione della tempestiva sostituzione del dispositivo di drenaggio liquorale, tuttavia a fronte di una subdola ingravescenza della patologia neo-natale la quale non si prestava pertanto, in ottica *ex-ante*, ad essere accertata in maniera palese ed evidente (*rif.: le plurime osservazioni tecniche nel merito formulate dalle difese dei convenuti; cfr. infra*);

- la sottovalutazione della patologia, per la peculiare sua natura non annoverabile tra quelle "croniche" (r*ectius: stabilizzabili*), in ragione del rilievo della erronea (*in quanto incongrua*) indicazione di un "*follow up*" (*monitoraggio di controllo*) a sei mesi dalla dimissione ospedaliera, allorquando anche un richiamo a ben più breve scadenza (*comunque non importante alcuna prevedibilità dell'evento catastrofale*) sarebbe risultato, nel caso, del tutto irrilevante.

Come eccepito dai convenuti, poi, con argomentazioni in prospettiva *ex-ante* a sostegno della insussistenza della colpa grave, non contraddette dalla parte attrice:

- la patologia non appariva trovare gestione nel sistema di drenaggio;

- sussisteva una (*n.d.r.: solo apparente*) stazionarietà delle dimensioni del sistema ventricolare, prefigurazione indotta dal referto della T.C. del 13/06/2016 rispetto al quale il Responsabile della S.C. e la Dott.ssa *[Omissis]* riponevano evidente affidamento;

- il Dott. *[Omissis]* tratteneva per un giorno la paziente, allo scopo di visionare il referto della R.M del 14/06/2016 nel quale, oltre all'aspetto della stenosi dell'acquedotto di Silvio, venivano comunque confermate la stazionarietà delle dimensioni del sistema ventricolare e l'indicazione diagnostica deponente per la insussistenza di segni evidenti di attuale di ipertensione endocranica;

- la Dott.ssa *[Omissis]* aveva assunto informazioni dai "colleghi" che avevano seguito il ricovero della ragazza e si era consultata con il Dott. *[Omissis]* per la formalizzazione della dimissione ospedaliera, comunicando comunque ai genitori, al momento della stessa, il proprio

numero di telefono per essere informata degli sviluppi della condizione della paziente all'evidente fine dell'attuazione di interventi tempestivi a tutela della salute della stessa;

- otto giorni dopo la giovane accusava ulteriore sintomatologia specifica, ma né lei né i genitori contattavano i medici della S.C. di Neurochirurgia dell'Ospedale, optando per il ricorso alle cure del Medico di base (*somministrante paracetamolo*), come riportato nell'anamnesi resa dai genitori stessi al momento del (*secondo*) ricovero della figlia, in coma a seguito della crisi cardiaca che la conduceva al decesso; con ciò integrandosi un concorso di colpa esterno (*cfr., in tema di responsabilità del medico di base, tra le altre, Cass. Penale Sez. IV n. 25145 del 2025*), del tutto valutabile nell'indicata prospettiva.

In definitiva, è pacato ma convinto avviso del Collegio, che tutte le circostanze sopra richiamate determinino l'attenuazione del grado di colpa ascrivibile ai convenuti, dovendosi conseguentemente ritenere non sufficientemente dimostrato l'elemento soggettivo della responsabilità amministrativa.

3. – Ne consegue, per quanto tutto sopra esposto e motivato, che la domanda della Procura regionale non può trovare accoglimento.

4. – Le spese di lite spettanti ai convenuti sono liquidate come da dispositivo, in conformità ai parametri professionali forensi di cui al D.M. n. 55 del 2014 aggiornati ai sensi del D.M. n. 127 del 2022, con spettanza dell'unico compenso al difensore patrocinante entrambi, maggiorato del 30% come previsto nel medesimo decreto ministeriale; oneri a carico dell'Amministrazione di appartenenza all'epoca dei fatti.

5. – Con riferimento a tutto quanto sopra esposto al capo **2.**, si rimettono alla Procura regionale le valutazioni concernenti le iniziative conseguenti al giudizio della causa (*rif.: Corte Cost., n. 203 del 2022, in tema di tendenziale risarcibilità del danno erariale*).

PER QUESTI MOTIVI

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la regione Umbria, definitivamente pronunciando sul giudizio in epigrafe, *contrariis reiectis*, previa ammissione dell'intervento adesivo della Regione Umbria, dichiara infondata la domanda della Procura regionale e, pertanto, la rigetta.

Si liquidano, conseguentemente, le spese per oneri difensivi in favore degli assolti nell'ammontare complessivo di euro 5.462,00, maggiorato del 30% (*pari a euro 1.638,00*), per un totale di euro 7.100,00 (*settemilacento/00*), oltre al 15% del compenso a titolo di spese forfettarie ed oneri come per legge, ponendosi gli oneri predetti a carico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Perugia, nella camera di consiglio del 19 marzo 2025.

IL GIUDICE RELATORE	IL PRESIDENTE ESTENSORE
Iole Genua	Giuseppe De Rosa
(*f.to digitalmente*)	(*f.to digitalmente*)

Depositata in Segreteria il 21 luglio 2025.

P. IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Dott.ssa Elena Errico)

Dott.ssa Paola Paternoster

(*f.to digitalmente*)

DECRETO

Il Collegio, rilevata la sussistenza dei presupposti di cui all'articolo 52, commi 1 e 2, del D.lgs. n. 196/2003, all'articolo 9, par. 1 e 4, del Reg. (UE) n. 2016/679 e all'articolo 2-*septies* del D.lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, dispone che la Segreteria proceda, per qualsiasi ipotesi di diffusione del presente provvedimento, all'oscuramento delle generalità delle parti private a tutela dei loro diritti.

IL PRESIDENTE

Giuseppe De Rosa

(*f.to digitalmente*)

In esecuzione del provvedimento di cui sopra, in caso di diffusione: omettere le generalità e gli altri dati identificativi delle parti private.

P. IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Dott.ssa Elena Errico)

Dott.ssa Paola Paternoster

(*f.to digitalmente*)