**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.ssa Elisabetta CONTE Componente relatore

Dott.ssa Iole GENUA Componente

pronuncia la seguente

**SENTENZA**

nel giudizio, in materia di responsabilità amministrativa, iscritto al n. 13681 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] e residente in [OMISSIS], alla Via [OMISSIS], n, [OMISSIS], rappresentato e difeso dall'avv. Fabrizio Garzuglia, ed elettivamente domiciliato presso il suo studio in Terni, via Fratini, n. 55;

- **[OMISSIS] [Omissis]** (c.f. [OMISSIS]), nato a [OMISSIS] ([OMISSIS]) il [OMISSIS] e residente a [OMISSIS], Via [OMISSIS], n. [OMISSIS], rappresentato e difeso dall'avv. Valerio Provaroni ed elettivamente domiciliato presso il suo studio in Terni, Via Petroni n. 40;

- **[OMISSIS] [Omissis]** (c.f. [OMISSIS]) nata il [OMISSIS] a [OMISSIS] ed ivi residente al Viale [OMISSIS]i, n. [OMISSIS], rappresentata

e difesa dall'avv. Valerio Provaroni ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Terni, Via Petroni n. 40;

- **[OMISSIS] [Omissis]** (C.F. [OMISSIS]) nata il [OMISSIS]a [OMISSIS] ed ivi residente alla [OMISSIS], n. [OMISSIS], rappresentata e difesa dall'avv. Valerio Provaroni ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Terni, Via Petroni n. 40;

VISTO l'atto di citazione;

VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.

UDITI, nella pubblica udienza del giorno 22 gennaio 2025, svoltasi con l'assistenza del Segretario dott.ssa Marida Amodio Mancino, il relatore dott.ssa Elisabetta Conte, il Pubblico ministero, in persona del dott. Francesco Magno, l'avv. Fabrizio Garzuglia per il dott. [Omissis] e l'avv. Valerio Provaroni per i dott.ri [Omissis], [Omissis] e [Omissis].

Ritenuto in

**FATTO**

**I.** Con atto di citazione depositato in data 8 luglio 2024, ritualmente notificato, la Procura regionale ha convenuto in giudizio [Omissis] [Omissis] [Omissis], [Omissis] [Omissis], [Omissis] [Omissis] e [Omissis] [Omissis] per sentirli condannare al risarcimento del danno erariale indiretto, pari a € 1.211.057,80, nei confronti dell'Azienda ospedaliera di Terni, verificatosi a seguito di definizione in via transattiva di un sinistro occorso ad un neonato per esiti di encefalopatia con crisi epilettiche ad elevata frequenza, farmacoresistenti, e grave ritardo psico-motorio.

**II.** Dalla documentazione versata in atti, risulta quanto segue.

**II.a** In data 03.08.2001, il dott. [Omissis] dimetteva un neonato, partorito

il giorno 01.08.2001 alle ore 6:30 circa, con diagnosi di "adattamento fisiologico", senza particolari prescrizioni. Alla nascita il neonato si presentava in buone condizioni di salute ma, da un esame ematochimico effettuato tre ore dopo, veniva rilevato un basso valore della glicemia, pari a 34 mg/dl, che veniva trattato con somministrazione di soluzione glucosata. Come emerge dal diario clinico, in seguito venivano ripetuti dosaggi della glicemia, che tornava a livelli normali: alle ore 11.00 risultava pari a 65 mg/dl; alle ore 13:00 del giorno successivo, 02.08.2001, era pari a 82 mg/dl. Non venivano effettuate ulteriori rilevazioni. Alle ore 14:00 circa del 03.08.2001, il bambino veniva dimesso e, alle 23:30 circa dello stesso giorno, veniva condotto al Pronto soccorso dell'Ospedale di Terni e ricoverato con diagnosi di ammissione "*episodio di cianosi*". Emergeva un'alterazione della glicemia, qualificata "*non dosabile*", e un esame ecografico transfontanellare del 04.08.2001 metteva in evidenza la presenza di edema cerebrale diffuso. Persistendo crisi tonico cloniche tendenti ad aumentare per intensità, il 06.08.2001 il neonato veniva trasferito presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, dove veniva resa diagnosi di "*ipoglicemia transitoria*". Dopo la dimissione, il bambino iniziava un decennale *iter* clinico-diagnostico, considerato che la condizione patologica tendeva a peggiorare, con la progressiva strutturazione di una grave forma di encefalopatia epilettica farmacoresistente ad elevata frequenza di crisi, con ritardo psicomotorio.

**II. b.** Il danno erariale contestato dalla Procura consiste nelle somme corrisposte dall'Azienda ospedaliera alla propria compagnia di

assicurazione, pari a € 1.211.057,80 a titolo di rimborso quale franchigia aggregata a seguito della conclusione di un atto transattivo con i genitori del bambino. La transazione è intervenuta a seguito dei risultati di una CTU disposta nel corso di un contenzioso civile promosso dai genitori nei confronti dell'Azienda ospedaliera per il risarcimento del danno subito. Il pagamento è avvenuto con mandato n. 4003224 del 24 luglio 2017; l'Azienda ospedaliera ha provveduto, in data 07.01.2020, a costituire in mora i sanitari presunti responsabili (nota ricevuta in data 14.01.2020 dal dott. [Omissis], in data 11.01.2020 dal dott. [Omissis] in data 9.01.2020 dalla dott.ssa [Omissis] e in data 10.01.2020 dalla dott.ssa [Omissis]).

**III.** L'Ufficio di Procura ha convenuto in giudizio i sanitari sopra menzionati - nella qualità, all'epoca dei fatti, di dipendenti dell'Azienda Ospedaliera di Terni con qualifica di Dirigente Medico nella Disciplina di Pediatria – per l'addebito, a titolo di corresponsabilità parziaria pro quota, gravemente colposa, del danno erariale indiretto arrecato alla Azienda Ospedaliera di Terni pari a complessivi € 1.211.057,80, oltre agli oneri di legge, così ripartito:

1. quanto a [Omissis] [Omissis] [Omissis]: nella misura del 40% (€ 484.423,12);
2. quanto a [Omissis] [Omissis]: nella misura del 20% (€ 242.211,56);
3. quanto ad [Omissis] [Omissis]: nella misura del 20% (€ 242.211,56);
4. quanto a [Omissis] [Omissis]: nella misura del 20% (€ 242.211,56).

A parere della Procura attrice, che ha basato l'impianto accusatorio in larga parte sugli esiti della CTU resa nel giudizio civile, i convenuti avrebbero omesso un adeguato monitoraggio dei livelli di glucosio nel

sangue del neonato, in violazione di quanto previsto dai protocolli sanitari vigenti all'epoca e, in particolare, delle Raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) del 1997, esponendo il bambino, dimesso senza alcuna misurazione della glicemia e senza un adeguato e tranquillizzante esame obiettivo, allo sviluppo di gravi effetti dell'ipoglicemia protratta e ricorrente sull'encefalo, poi realizzatosi.

Nessun dubbio vi sarebbe in merito alla sussistenza del nesso di causalità, poiché, a parere della Procura, la gravissima condizione del bambino sarebbe conseguenza immediata e diretta delle condotte dei convenuti, atteso che la patologia della carenza glicemica non adeguatamente trattata alla nascita dai sanitari ternani (con esclusione di ulteriori concause) risultava acclarata, oltre che dal CTU, anche dalle aziende ospedaliere che ebbero in cura il bambino, che concordemente avevano diagnosticato l'ipoglicemia neonatale transitoria (Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, Azienda Ospedaliera senese, Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze). Il danno encefalitico grave e diffuso, peraltro, ha osservato la Procura, era riscontrabile già nell'imminenza della nascita del bambino, posto che, in data 04.08.2001, a seguito di ecografia transfontanellare emergeva "*una tenue e diffusa iperecogenicità del parenchima cerebrale e cerebellare con scarsissima visualizzazione delle cavità ventricolo-cisternali sopra e sottotentoriali verosimilmente da riferire ad una condizione di edema cerebrale diffuso (post-critico?), da ricontrollare...*", mentre a mezzo elettroencefalogramma dello stesso giorno, si evidenziava "*Attività critica parossistica sulle regioni*

*temporo frontali dei due emisferi, con netta prevalenza sinistra...*".

L'Ufficio requirente, inoltre, ha rappresentato come, tanto dalla relazione del CTU che da quella del medico legale incaricato dai genitori del bambino, da questi condivisa, emergeva la chiara omissione delle dovute verifiche e monitoraggi dei livelli di glicemia, tanto prima delle dimissioni che all'atto delle stesse, che rappresentavano, invece, degli atti dovuti a causa dei livelli di glucosio presentati dal neonato. Ciò anche in considerazione del fatto che le linee guida dell'OMS all'epoca vigenti prevedevano, per i neonati con ipoglicemia, un particolareggiato protocollo dal quale emergeva come la somministrazione di soluzione glucosata per via orale non sarebbe significativa se non accompagnata da misurazioni frequenti – ogni tre ore, prima dei pasti - della glicemia; nel caso di specie, invece, non solo i medici non avevano proceduto a rilevazioni ripetute, ma non avevano misurato la glicemia neppure una volta prima di dimettere il neonato, laddove, invece, un adeguato monitoraggio dei valori avrebbe consentito l'individuazione dello stato di ipoglicemia e la sua pronta correzione, evitando l'instaurarsi della grave sofferenza encefalica, poi riscontrata a carico del bambino. Inoltre, in considerazione del brevissimo lasso temporale intercorso tra le dimissioni e il nuovo ricovero (avvenuti nello stesso giorno) dovuto all'insorgenza di crisi convulsive, apparirebbe evidente come tali condizioni troverebbero diretta causa in un grave stato di ipoglicemia protratta nel tempo, pertanto, più che verosimilmente, presente anche al momento delle dimissioni. Le condotte dei sanitari sarebbero, dunque, connotate da

rilevante negligenza, notevole imprudenza ed evidente imperizia in violazione del dovere di diligenza qualificata.

**IV.** Si è costituito il dott. [Omissis], contestando la valenza della CTU, in quanto effettuata senza l'ausilio di uno specialista in neonatologia o in pediatria, basata su una lettura *a posteriori* degli eventi e su una mera *review* della letteratura – quella dell'OMS del 1997 – e poiché non aveva potuto partecipare alle operazioni peritali. Di qui, ha affermato l'inammissibilità dell'azione di responsabilità, ovvero la nullità dell'atto di citazione perché privo delle necessarie allegazioni probatorie, essendo basato su un atto – la CTU, appunto – formato senza alcun contraddittorio e in contrasto con il diritto di difesa garantito dalla CEDU. Ha eccepito, inoltre, la prescrizione dell'azione e l'inammissibilità della stessa, posto che il lungo lasso di tempo trascorso dai fatti contestati aveva inciso, comprimendolo, sul diritto di difesa.

Anche sulla base di un parere redatto da un medico legale e da una specialista in pediatria-neonatologia, ritualmente depositato, il convenuto ha sostenuto:

- l'assenza di elementi che potessero far emergere un comportamento gravemente negligente all'atto delle dimissioni, posto che le condizioni del neonato erano normali alla nascita e, dopo il rilevato valore di 34 mg/dl di glucosio e la somministrazione della dovuta terapia, questo era rientrato in parametri normali, sicché non era necessario un ulteriore controllo alla dimissione, non previsto da alcun protocollo e non richiesto in assenza di fattori di rischio, come nel caso di specie;
- la mancanza, nella documentazione medica, della prova di un

collegamento causale certo tra l'ipoglicemia e la grave patologia insorta, considerato anche che, al momento del ricovero del 03.08.2001, il neonato – che non era stato alimentato con latte, come indicato, ma solo con acqua – presentava ipotermia, condizione che può favorire la comparsa di ipoglicemia. Inoltre, si evidenziava che il valore della glicemia continuava a rimanere normale anche in presenza delle crisi convulsive, che avevano carattere unilaterale laddove, invece, la tipologia di crisi convulsiva in caso di sofferenza cerebrale metabolica, e in particolare neuroglicopenica, è di norma di tipo generalizzato e non unilaterale. Si rilevava, quindi, come non fossero state svolte ulteriori indagini circa l'eziologia della patologia neurologica, potendo questa, invece, dipendere da fattori diversi, come quelli genetici, di cui erano suggestivi elementi quali la microcefalia primaria, lievi dismorfismi facciali, il coinvolgimento del corpo calloso e la presenza di tratti autistici, nonché la possibile familiarità per disturbi neuropsichiatrici;

- l'inesistenza, dimostrata da una recente *review* di confronto di 13 diversi approcci di differenti Paesi, di un trattamento univoco dell'ipoglicemia al fine di evitare sequele neurologiche e la sufficienza, emergente da tale *review*, del riscontro di 1-3 valori (in media due) di euglicemia dopo la correzione, in assenza di fattori di rischio;

- l'imprevedibilità del peggioramento del neonato nella serata del 03.08.2001, poiché l'immediata correzione del valore della glicemia dopo la somministrazione della terapia non farebbe pensare ad una forma di iperinsulinismo, anche in considerazione del fatto che il neonato aveva una suzione valida e non presentava alterazioni

comportamentali. Inoltre, dal valore della glicemia serale non sarebbe possibile dedurre, con fondamento scientifico e sufficiente consistenza probatoria, la concentrazione di glucosio di diverse ore prima, anche in considerazione della possibile interferenza di altri fattori nella produzione della ipoglicemia serale (ipotermia) e delle incognite relative alla modalità di alimentazione del neonato a domicilio;

- la sovrastima di una potenziale ipoglicemia a causa dell'avvenuta misurazione tramite *destrostix*, che sottostima il valore plasmatico effettivo, che dovrebbe essere maggiorato di circa il 15%;

- l'incontestabilità della dicitura "va bene", contenuta nella cartella clinica all'atto delle dimissioni del neonato, posto che l'assenza di sintomi non deve essere pedissequamente elencata.

Infine, il convenuto ha contestato la quantificazione del danno.

**V.** Si sono costituiti i dott.ri [Omissis], [Omissis] e [Omissis], contestando l'insussistenza di condotte dannose a loro addebitabili, posto che ciò che la Procura ha contestato era il mancato monitoraggio della glicemia fino alle dimissioni e all'atto delle stesse, ossia nel periodo 01.08.2001-03.08.2001 (fino, appunto, alle dimissioni avvenute alle ore 14:00), mentre:

- la dott.ssa [Omissis], che era di turno durante la notte tra il 31.07.2001 e il 01.08.2001, aveva visitato il neonato prima di terminare il turno e precisamente alle ore 09.00, quindi in un momento antecedente alla rilevazione della glicemia (monitorata, per la prima volta, a tre ore dalla nascita, avvenuta alle ore 6:30 circa) e, successivamente, non aveva più visitato il neonato;

- la dott.ssa [Omissis], invece, aveva visitato il neonato, per la prima volta, il 03.08.2001 alle 23:30 circa, ossia a seguito del ricovero avvenuto dopo le iniziali dimissioni;

- il dott. [Omissis], poi, aveva visitato il neonato, per la prima volta, nel corso del turno di notte tra il 04 e il 05.08.2001, ossia a seguito del ricovero avvenuto dopo le iniziali dimissioni.

I convenuti – sulla base di un parere redatto da un medico legale, ritualmente depositato – hanno contestato la valenza del documento OMS, trattandosi di una mera *review* della letteratura, comunque non rilevante poiché le raccomandazioni contenute si riferivano al trattamento dell'ipoglicemia nel neonato sintomatico e con fattori di rischio, non riscontrabili nel caso di specie. Piuttosto, hanno affermato che secondo i protocolli vigenti all'epoca, le ipoglicemie neonatali dei neonati a termine con peso adeguato all'età gestazionale (come il caso in esame), andavano controllate fino alla normalizzazione del valore di glicemia, pertanto, il secondo controllo effettuato il giorno seguente rappresentava una misura solo prudenziale. Peraltro, nel parere medico-legale depositato, è stato osservato come la definizione di ipoglicemia neonatale fosse ancora controversa, mancando un consenso unanime sul *cut-off*, sulla correlazione tra la concentrazione plasmatica di glucosio e lo sviluppo dei sintomi clinici e le complicanze neurologiche a lungo termine e, inoltre, che una riduzione dei livelli ematici di glucosio è un fenomeno comune e transitorio nelle primissime ore di vita del neonato. Inoltre, durante il ricovero dopo il parto, prima delle dimissioni, il neonato non aveva presentato alcun

sintomo di ipoglicemia, né la madre presentava fattori di rischio o vi erano fattori di rischio prenatali, neonatali o postnatali. Peraltro, la presunta ipoglicemia era scomparsa mediante la semplice somministrazione di soluzione glucosata.

I convenuti hanno contestato, poi, al fine di dimostrare il venir meno del nesso causale tra pregiudizio erariale e condotta, la ragionevolezza e la logicità della transazione conclusa dall'ospedale, anche alla luce degli esiti del parere rilasciato dai medici incaricati dalla compagnia di assicurazione del nosocomio, che - sebbene escludendo la condotta colposa dei medici - metteva in luce come alcune variabili non controllabili, come quella emotiva trattandosi di paziente pediatrico, avrebbero potuto indirizzare verso la soccombenza dell'Azienda ospedaliera nel contenzioso. È stata avversata, infine, la ripartizione del danno ed è stata chiesta, in via istruttoria, l'ammissione di CTU medico legale e di prova testimoniale.

**VI.** Alla pubblica udienza del 22.01.2025, le parti hanno ribadito quanto già dedotto in atti, insistendo per le conclusioni ivi rassegnate. La Procura erariale, inoltre, con riferimento alla posizione dei convenuti [Omissis], [Omissis] e [Omissis], ha preso atto che i primi avevano visitato il bimbo solo al secondo accesso ospedaliero, mentre la terza si era limitata a una visita *ruotinaria* alla fine del turno della notte tra il 2 e il 3 agosto 2001; nel merito il P.M., precisando che la mancata replica all'invito a dedurre da parte dei medesimi non aveva consentito di valutare un diverso quadro fattuale, si rimetteva alle decisioni del Collegio.

Considerato in

**DIRITTO**

**I.** Preliminarmente, prive di pregio risultano le eccezioni relative all'inopponibilità della CTU resa nel giudizio civile, sollevata dal dott. [Omissis], e della transazione conclusa tra l'Azienda sanitaria e i genitori del paziente, sollevata dai dott.ri [Omissis], [Omissis] e [Omissis], nonché l'eccezione di prescrizione sollevata dal dott. [Omissis].

**I.a** Quanto alla valenza, nell'ambito del giudizio per responsabilità erariale, della CTU resa nel giudizio civile, va specificato che il giudice può trarre argomenti di prova da tutti gli elementi in suo possesso, compresi quelli provenienti da un differente procedimento, potendoli esaminare quali fattori che concorrono alla formazione del libero convincimento (*ex* artt. 116 c.p.c. e art. 95, c. 3, c.g.c.), alla stregua di una prova atipica (cfr. Sez. II appello, n. 233/2024). Difatti, la produzione delle prove atipiche nel giudizio, anche ove formate al di fuori dello stesso, determina l'instaurarsi, *ex novo*, del contraddittorio, non determinando, pertanto, alcun *vulnus* allo stesso o al diritto di difesa (*ex plurimis* Cass. civ. Sez. V n. 11690/2024, Sez. III n. 5947/2023; Corte dei conti, Sez. II app. n. 154 e 233/2024, n. 391/2023). La CTU resa nel giudizio civile, al pari – del resto – degli altri pareri medico-legali in atti, risulta, dunque, pienamente valutabile e, in considerazione dell'esaustività di questa e degli altri pareri depositati, non si ritiene di accogliere l'istanza formulata dai convenuti [Omissis], [Omissis] e [Omissis] di ammissione di un'ulteriore consulenza medico-legale e di escussione di testi, reputando la causa matura per la decisione.

**I.b** Quanto all'opponibilità dell'atto transattivo, poi, va puntualizzato che il pagamento avvenuto in sua esecuzione integra un elemento fattuale, anch'esso liberamente valutabile dal giudice contabile ed in relazione al quale è garantito il contraddittorio nel processo erariale (cfr. Sez. II. app. n. 245/2023). Quello che, a tal riguardo, nel giudizio contabile risulta sindacabile – a seguito di pertinenti contestazioni – è la ragionevolezza di addivenire ad una composizione stragiudiziale e il *quantum* del risarcimento pattuito e ciò poiché, per consolidata giurisprudenza di questa Corte, la palese irragionevolezza della transazione – ove contestata ed acclarata – rappresenta elemento sopravvenuto idoneo ad elidere il nesso eziologico tra la condotta del sanitario e il danno (cfr. *ex multis*, Sez. II app. n. 154/2024 e n. 245/2023). In merito a questi profili, il Collegio non ritiene, come sostenuto dai convenuti [Omissis], [Omissis] e [Omissis], che la transazione sia stata – sia nell'*an* che nel *quantum* – irragionevole. Ciò alla luce tanto del contenuto della CTU richiesta dal giudice civile, che si era espressa in modo nettamente sfavorevole per l'Azienda ospedaliera, che dell'importo del risarcimento richiesto nell'atto di citazione (€ 2.111.204,25, oltre interessi legali dalla data del sinistro – 01.08.2001 – e rivalutazione; rimborso delle spese mediche sostenute ed un mensile di € 1.500,00 per le spese mediche da sostenere per tutta la vita del bambino; spese, diritti ed onorari del giudizio civile e di quello di mediazione). La transazione, difatti, ha previsto la liquidazione di € 1,9 mln in favore del minore, € 600.000,00 in favore dei genitori ed € 200.000,00 per le spese legali, importo complessivamente inferiore a

quello richiesto in sede civile, se si considera che solo gli interessi - da liquidare sulla somma domandata dal sinistro al momento dell'avvio del giudizio civile - ammontavano a circa € 600.000,00. Va, poi, anche considerato che – sebbene sia vero che il parere rilasciato dai medici incaricati dalla compagnia di assicurazione del nosocomio metteva in luce come alcune variabili non controllabili, come quella emotiva, avrebbero potuto indirizzare verso la soccombenza dell'Azienda ospedaliera nel contenzioso, non identificando, al contempo, una condotta colposa dei medici – è altresì vero che in detto parere si adombra l'"*ipotetica disponibilità giudiziale di materiale video relativo all'epoca della I dimissione ospedaliera*" che avrebbe potuto dimostrare l'intercorsa dimissione del bambino "*in condizioni inderogabilmente necessitanti di ulteriore ricovero e di immediati approfondimenti clinici*". Orbene, di tale documentazione video non vi è riscontro negli atti e, pertanto, non risulta possibile tenerne conto ma, allo stesso tempo, non può non considerarsi che il nosocomio, nella decisione di addivenire ad una transazione, abbia tenuto conto di tale eventualità, sicché detta decisione, anche alla luce delle motivazioni già addotte circa l'entità del risarcimento, non può dirsi irrazionale o illogica.

**I.c** Anche l'eccezione di prescrizione non merita accoglimento. Come noto, partendo dall'assunto che il danno non consiste in una mera lesione di un diritto quanto, piuttosto, in una lesione di un diritto dalla quale derivano conseguenze pregiudizievoli oggettivamente apprezzabili (Cass. SS.UU. n. 23763/2011), la giurisprudenza contabile è giunta alla conclusione che l'*exordium praescriptionis* sia da collocare al

momento in cui il danno si esteriorizza, cioè quando diviene percepibile sia come modificazione patrimoniale negativa, che riconoscibile come ingiusto, alla stregua di una spesa non dovuta o di un valore perduto, completandosi in tal modo la nozione giuridica di fatto dannoso per l'Erario (Sez. III app. n. 269/2024). Facendo applicazione di tali coordinate ermeneutiche al caso di specie, deriva che il momento da cui far decorrere la prescrizione vada individuato nel momento del depauperamento subito dall'ente, coincidente con il pagamento di quanto pattuito con l'atto di transazione, avvenuto con mandato n. 4003224 del 24 luglio 2017. L'Azienda ospedaliera ha provveduto, poi, in data 07.01.2020, a costituire in mora i convenuti (dott. [Omissis], che riceveva la nota in data 14.01.2020; dott. [Omissis], che riceveva la nota in data 11.01.2020, dott.ssa [Omissis], che riceveva la nota in data 9.01.2020 e dott.ssa [Omissis], che riceveva la nota in data 10.01.2020). Infine, l'invito a dedurre cumulativo è stato notificato in data 12.02.2024 e l'atto di citazione depositato in data 08.07.2024, ossia prima che decorresse la prescrizione quinquennale e, comunque, nel termine settennale previsto dall'articolo 66, comma 2, del c.g.c. Conseguentemente, l'eccezione risulta infondata.

**II.** Passando all'esame del merito, il Collegio ritiene che la domanda attorea non sia meritevole di accoglimento, per le motivazioni di seguito esposte.

**III**. La condotta ritenuta rilevante dalla Procura attrice, in quanto foriera di un danno all'erario, consisterebbe nel non aver i sanitari convenuti effettuato un monitoraggio adeguato dei livelli di glucosio del neonato

nel periodo in cui questo fu ricoverato presso l'Azienda ospedaliera ternana – ossia dalla nascita, avvenuta il 01.08.2001 alle ore 6:30 e fino alle 14 circa del 03.08.2001 – dimettendolo senza effettuare ulteriori esami o controlli. La Procura basa la propria tesi principalmente sulla CTU resa nel giudizio di primo grado che, a sua volta, aveva ritenuto non sufficiente il monitoraggio della glicemia eseguito, citando come unica fonte indicativa della necessità di un più assiduo monitoraggio delle raccomandazioni dell'OMS del 1997 secondo cui – in caso di somministrazione di glucosio per via orale – bisognerebbe effettuare rilevazioni ogni 3 ore.

Al riguardo va precisato che le precitate raccomandazioni si sostanziano, in ultima analisi e come sostenuto dai convenuti, in una *review* della letteratura e che, peraltro, come riportato nella seconda pagina, non si tratta nemmeno di un documento ufficiale dell'OMS ("*This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO)*"). Ad eccezione della predetta *review*, non risultano in atti ulteriori documenti ufficiali o linee guida che indichino un protocollo specifico per il monitoraggio dei valori della glicemia in caso di riscontrata ipoglicemia neonatale. Difatti, anche nella CTP presentata dai genitori del bambino (doc. 10, all. 2 all'atto di citazione), viene affermato che il monitoraggio era stato inidoneo, citando genericamente delle "linee guida internazionali" in merito alle quali, però, non sono state fornite ulteriori indicazioni.

Riguardo, poi, ai livelli di glucosio nel sangue tali da indicare un'ipotesi di ipoglicemia, a p. 35 della relazione peritale si legge che "*molto discusso*

*appare in letteratura il livello di glucosio nel sangue secondo il quale definire l'ipoglicemia neonatale; la concordanza maggiore tra diversi Autori stabilisce quali valori normoglicemici del neonato valori di 40mg/dl nelle prime 24 ore e valori di 50 mg/dl dopo le prime 24 ore dalla nascita*". Il neonato presentava, poche ore dopo la nascita, un livello pari a 34 mg/dl, che aveva determinato la somministrazione di soluzione glucosata. Al successivo controllo, effettuato dopo circa 2 ore, i livelli erano pari a 65 mg/dl – ossia rientranti nella norma secondo quanto sopra riportato. Successivamente, è stato effettuato un ulteriore controllo, alle ore 13 del giorno successivo, che restituiva un valore di 82 mg/dl, anch'esso pienamente nella norma. Ciò a dire che, secondo i parametri riportati dallo stesso consulente tecnico, i livelli di glucosio nel sangue, sebbene inferiori ai livelli minimi poco dopo la nascita, sono poi tornati a livelli del tutto normali nel lasso di 24 ore, come risulta dai due controlli effettuati dopo la rilevazione dell'unico valore anomalo. Dalla documentazione in atti, poi, risulta che il bambino non presentava né fattori di rischio per l'ipoglicemia, né sintomatologia tipica.

**III.a** Come noto, l'art. 1, c. 1 della l. n. 20/1994, individua nel dolo e nella colpa grave l'elemento soggettivo necessario ai fini della sussistenza della responsabilità erariale. 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. 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*, sez. II app., n. 154/2024). 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 (sez. II app., n. 256/2024 e sez. III app., n. 256/2018). Infine, 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 (sez. III app., n. 149/2024).

**III.b.** Tanto premesso, a parere del Collegio, non ricorre nel caso di specie l'elemento psicologico come sopra declinato. Risulta, infatti, che fu eseguita una prima rilevazione del livello di glucosio del sangue poco dopo la nascita, rilevazione che, secondo la prassi, non sarebbe stata nemmeno necessaria posto che – come previsto anche dalla più volte citata *review* OMS (p. 32) – la rilevazione del livello di glucosio nei

neonati nati a termine, sani e che non presentano fattori di rischio per tale patologia, come nel caso in questione (come rilevato dallo stesso CTU, p. 36), è inadeguata per due ragioni principali: in primo luogo, non è possibile individuare una soglia univoca significativa di glucosio nel sangue; in secondo luogo, perché non è disponibile una metodologia di rilevazione affidabile, posto che i metodi con strisce reagenti (come quello utilizzato nel caso di specie) sovrastimano notevolmente la reale frequenza dell'ipoglicemia e rischiano di portare a indagini e trattamenti non necessari. A seguito dell'emersione di un valore eccessivamente basso, poi, fu somministrata la dovuta terapia, tanto che, alle due successive rilevazioni, i livelli erano rientrati, del tutto e stabilmente, nella norma. Considerato che non ricorrevano fattori di rischio, in un'ottica *ex ante*, il non aver effettuato ulteriori rilevazioni, anche in occasione delle dimissioni, dato il rientro dei valori in un *range* di piena normalità, non può far ritenere sussistente una macroscopica leggerezza o una condotta approssimativa e contraria alle comuni nozioni terapeutiche e di profilassi tali da connotare la colpa da gravità. Per quanto concerne, poi, la valutazione del bambino all'atto delle dimissioni, le diciture "adattamento fisiologico" come diagnosi di dimissione e "va bene" annotata nel diario clinico il giorno della stessa, sebbene laconiche, non denotano una condotta gravemente colposa, posto il normale calo ponderale del neonato e, come detto, il ritorno dei parametri della glicemia a livelli normali, sempre in un'ottica di valutazione *ex ante*.

**IV**. Non si ritiene, poi, sufficientemente dimostrata la consistenza del

nesso di causalità, che a parere della Procura sarebbe avvalorata tanto dagli esiti della CTU resa nel giudizio civile, quanto dalle diagnosi effettuate dalle aziende ospedaliere che ebbero in cura il bambino. Nella CTU si afferma che "*l'iter clinico diagnostico subito dal piccolo paziente negli anni trascorsi dalla sua nascita, ha consentito di escludere cause riconducibili a patologie ereditarie, difetti congeniti del metabolismo o altre problematiche dovute a patologie genetiche note. A tal proposito appare assai chiara la diagnosi puntualizzata presso l'Ospedale Meyer di Firenze in data 10.03.2010 ove la situazione (..) viene descritta quale «encefalopatia epilettica, epilessia farmacoresistente, ritardo mentale di grado moderato-severo, disturbo pervasivo dello sviluppo, secondari a ipoglicemia neonatale». (…). Dunque, al termine di un lungo e complesso iter diagnostico, l'unica causa alla quale venivano ricondotte la grave patologia encefalitica (…) era l'ipoglicemia neonatale transitoria*" (p. 34).

La documentazione clinica cui il CTU e la Procura fanno riferimento, tuttavia, non risulta agli atti, ma è solamente richiamata – in alcuni casi con estratti delle cartelle cliniche, in altri solo come periodi di ricovero - nella predetta relazione peritale. Da quanto, solo parzialmente, riportato in detto referto emerge, di contro, che solo nel caso della relazione clinica relativa al ricovero presso l'Ospedale "A. Meyer" di Firenze i disturbi presentati dal bambino sono stati ricondotti espressamente all'ipoglicemia neonatale. Per quanto risulta dagli estratti delle cartelle cliniche riportate dal CTU, difatti, la diagnosi alla dimissione dal ricovero è stata:

- "*ipoglicemia transitoria*" e "*encefalopatica epilettica in paziente con epilessia*

*farmaco-resistente sintomatica sconosciuta ad esordio in età infantile*" presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma (ricoveri 06-25.08.2001 e 16.-20.01.2007);

-"*pregressa ipoglicemia transitoria del neonato*" presso la Sezione clinica pediatrica dell'Azienda ospedaliera senese (ricovero 20-26.01.2002);

- "*epilessia parziale correlata al lobo occipitale, verosimilmente idiopatica*" presso la Struttura complessa di pediatria dell'Azienda ospedaliera senese (ricovero 09-11.05.2002);

- "*epilessia parziale con plurifocalità, ritardo psicomotorio*" presso il Policlinico Umberto I di Roma (ricovero 22-27-09-2002);

- "*epilessia parziale complessa, ritardo neuromotorio lieve*"; "*epilessia con crisi parziali e spasmi infantili (in corso di definizione sindromica), verosimilmente secondari*"; "*ritardo neuromotorio e del linguaggio. Epilessia con crisi parziali e spasmi infantili (in corso di definizione sindromica), verosimilmente secondari*" e "*ritardo psicomotorio e del linguaggio. Epilessia con crisi parziali e sindrome degli spasmi*" presso la Struttura complessa di pediatria dell'Azienda ospedaliera senese (ricoveri 30.06-05.07.2003; 15.02-06.03.2004; 19-23.04.2004; 06-11-06.2004);

-"*epilessia con crisi parziali e spasmi infantili (in corso di definizione sindromica), verosimilmente secondari*" presso la Struttura complessa di pediatria dell'Azienda ospedaliera senese – Centro di riferimento della Regione Toscana per le epilessie farmacoresistenti (ricovero 02.11-16.12.2003).

Pertanto, sebbene sia indubbio che il bambino abbia sofferto di ipoglicemia neonatale transitoria, da quanto riportato non emerge con

sufficiente chiarezza che il mancato – o meglio, più assiduo – monitoraggio della glicemia nel periodo dalla nascita fino alla dimissione del bambino sia l'unica determinante dei problemi neurologici poi verificatisi, posto che da tali referti – ad eccezione di uno – non viene espressamente ricondotta la patologia neurologica all'ipoglicemia, parlandosi solo genericamente di ipoglicemia che, ad ogni modo, va notato, si è protratta fino a quasi tutto il primo mese di vita, posto che risulta risolta solo all'epoca della dimissione dall'Ospedale Bambino Gesù, avvenuta in data 25.08.2001.

Inoltre, il Collegio non ritiene condivisibile l'affermazione contenuta nella CTU e ribadita dalla Procura, secondo cui i valori di glucosio presentati dal bambino all'atto del ricovero alle 23:30 del 03.08.2001 dimostrerebbero che l'ipoglicemia fosse presente anche al momento delle dimissioni avvenute alle ore 14:00, sia perché non vi sono evidenze circa l'alimentazione somministrata al neonato a seguito del ricovero, sia perché il CTU non ha fornito nessuna spiegazione scientifica a ciò che, in ultima analisi, si risolve in un mero ragionamento deduttivo.

Peraltro - premesso che la stessa *review* OMS del 1997, a p. 5 (sebbene con riferimento a neonati che presentano fattori di rischio per l'ipoglicemia, assenti nel caso di specie), afferma che non ci sono evidenze concludenti circa il fatto che una breve esposizione a livelli inferiori a quello di 47 mg/dl di glucosio possa essere dannosa nei neonati che non presentano sintomi, tant'è che la prima delle questioni che tale *review* inserisce tra quelle aperte e meritevoli di ulteriori approfondimenti è se l'ipoglicemia neonatale comprometta lo sviluppo

neurologico (p. 43) – dalla documentazione versata in atti risulta la presenza di ulteriori elementi che potrebbero potenzialmente avere un'incidenza causale sui gravi disturbi neurologici sofferti dal bambino (es. microcefalia, dismorfismo, quadro RM di assottigliamento del corpo calloso non caratteristico di sofferenza metabolica, tratti autistici, crisi convulsive anche con livelli normali di glucosio e familiarità non del tutto negativa per ritardi mentali, es. consulenza tecnica depositata dal convenuto [Omissis] e osservazioni dei consulenti tecnici dell'Azienda ospedaliera di Terni alla CTU) di cui, tuttavia, non risulta si sia debitamente tenuto conto, per escluderne la rilevanza, nell'individuare l'asserito scarso monitoraggio dei livelli di glucosio nel periodo 01-03.08.2001 come causa diretta dei disturbi neurologici, purtroppo, presentati dal bambino. Pertanto, il Collegio non ritiene che sia stata fornita sufficiente prova della sussistenza del nesso di causalità.

**V**. Ne consegue che devono essere prosciolti da ogni addebito sia il convenuto [Omissis], per quanto sopra accertato e motivato, sia gli ulteriori convenuti, per quanto altresì riconosciuto dal P.M. nell'udienza di discussione della causa (*cfr., supra, quanto riportato in FATTO*).

La domanda, in quanto infondata, deve essere pertanto rigettata.

**VI.** Le spese sono liquidate come da dispositivo nell'ammontare di cui al dispositivo, in conformità ai parametri professionali forensi di cui al D.M. n. 55/2014 come aggiornati ex D.M. n. 127/2022, altresì con spettanza dell'unico compenso al difensore patrocinante tre convenuti maggiorato del 30% per ogni convenuto (*rif.: Cass. Sez. III, n. 10347/ord*

*del 2024*) e dimezzamento dei compensi connessi alle fasi di trattazione e decisione in ragione della concentrazione del rito.

**PER QUESTI MOTIVI**

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la regione Umbria, definitivamente pronunciando sul giudizio in epigrafe, *contrariis reiectis*, dichiara infondata la domanda e, pertanto, la rigetta.

Liquida le spese per oneri difensivi: al convenuto [Omissis], euro 6.800,00 (*seimilaottocento*) oltre al 15% del compenso a titolo di spese forfettarie ed oneri come per legge; ai restanti convenuti, euro 10.900,00 (*diecimilanovecento*) oltre al 15% del compenso a titolo di spese forfettarie ed oneri come per legge; ponendo gli oneri a carico dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

Così deciso in Perugia, nelle camere di consiglio del 22 gennaio 2025 e del 3 febbraio 2025.

| IL GIUDICE ESTENSORE | IL PRESIDENTE |
|---|---|
| Elisabetta Conte | Giuseppe De Rosa |
| (*f.to digitalmente*) | (*f.to digitalmente*) |

Depositata in Segreteria il 6 febbraio 2025.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(*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.lg.s 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*)

Depositato in Segreteria il 6 febbraio 2025.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(*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.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(*f.to digitalmente*)