

Olessina, gli Avvocati P. e V. per i convenuti, e il Pubblico Ministero nella persona del Procuratore Regionale Claudio Chiarenza;

Ritenuto in

FATTO

Con atto di citazione depositato in data 3 luglio 2013 il Procuratore presso questa Sezione giurisdizionale ha convocato in giudizio il dott. M. P. e il dott. G. C., chiedendo la condanna dei medesimi al pagamento, in favore della Azienda USL Valle d'Aosta, della somma complessiva di euro 105.000,00, di cui euro 70.000,00 a carico del dott. P. ed euro 35.000,00 a carico del dott. C., oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giudizio.

L'azione di responsabilità amministrativa è stata esercitata in relazione all'accordo transattivo stipulato, in data 1° settembre 2008, dall'Azienda USL di Aosta, rappresentata dalla compagnia assicuratrice C. I. Services, con la sig.ra Deborah R., accordo transattivo in forza del quale venne previsto e poi effettivamente corrisposto il pagamento di euro 210.000,00 a titolo di risarcimento forfettario per danni subiti dalla sig.ra R., in conseguenza di scelte professionali errate e cattiva esecuzione degli interventi realizzati dai medici curanti.

L'importo corrisposto alla sig.ra R. dalla compagnia assicuratrice venne poi rimborsato dall'Azienda USL di Aosta, in quanto rientrante nella quota di franchigia contrattuale e costituisce, secondo il Procuratore, danno erariale da imputare ai medici

che hanno avuto in cura la sig.ra R., i quali, secondo il Procuratore, hanno eseguito le cure e gli interventi con grave violazione dei propri obblighi di servizio, realizzando gli stessi con grave imprudenza ed imperizia.

Il Procuratore, ad esito della complessiva valutazione delle deduzioni pervenute a seguito

dell'invito a dedurre, quantifica, nell'atto di citazione, il danno erariale in complessivi euro 105.000,00 e lo imputa per euro 70.000,00 al dott. M. P. e per euro 35.000,00 al dott. G. C., in qualità di medici chirurghi, specialisti in ostetricia e ginecologia in servizio presso l'Azienda USL di Aosta, che hanno prestato le cure ed effettuato gli interventi alla sig.ra R..

In particolare, nell'atto di citazione vengono indicate quattro condotte mediche causative del danno erariale: 1) la mancata somministrazione di antibioticoteraapia in caso di PROM (rottura prematura delle membrane) e di taglio cesareo; 2) la sottovalutazione della febbre post partum, come sintomo di uno stato di natura infiammatoria; 3) l'inutilità/dannosità dell'intervento di revisione cavitaria eseguito il 20 ottobre 2006; 4) l'effettuazione dell'intervento di isterectomia subtotale non risolutivo, anzi aggravante le condizioni di salute della sig.ra R.

Qui di seguito si descrivono sinteticamente i fatti relativi alla vicenda in esame, come rappresentati dalla Procura sulla base, principalmente, della relazione clinica del 31 maggio 2007, prot. n. 46002, redatta dalla struttura UB Ostetricia e Ginecologia di Aosta, depositata in atti.

Il 14 ottobre 2006, alle ore 9,30 (come da cartella clinica di ricovero n. 2006017002) la sig.ra Deborah R. venne ricoverata presso l'Ospedale di Aosta per l'esecuzione di un taglio cesareo programmato con la diagnosi "r.p.m. alla 38 settimana".

All'atto del ricovero la paziente non risultava in travaglio di parto e il giorno stesso venne effettuato l'intervento di parto cesareo, senza che la paziente fosse stata sottoposta ad antibioticoteraapia, dall'équipe operatoria composta dal dott. M. P., medico curante, e dal dott. A. T.. L'intervento venne eseguito senza complicazioni.

Nonostante nel decorso post-operatorio si fosse riscontrato nella paziente un rialzo termico, in data 17 ottobre 2006 la sig.ra R. venne dimessa dal dott. P., che le consigliò

una terapia antipiretica ed antibiotica, senza che fosse indicata, però, nella scheda di dimissioni.

In data 20 ottobre 2006 in Pronto Soccorso la paziente venne rivalutata dal dott. G. C. e dal dott. A. T. e, a seguito di esame ecografico venne riscontrata *“una raccolta sotto-fasciale del diametro di circa 4 cm riferibile a probabile raccolta siero-ematica”*, pertanto lo stesso giorno i predetti chirurghi decisero di effettuare una *“laparotomia esplorativa con drenaggio di piccola raccolta siero-ematica sottocutanea e revisione della cavità uterina con asportazione di scarsa quantità di materiale placentare”*.

Il 21 e il 22 ottobre 2006, la paziente, presentando una persistente iperpiressia, venne sottoposta ad ulteriori visite, esami, medicazione e nuova terapia antibiotica, finchè nel pomeriggio del medesimo 22 ottobre venne trasferita in terapia intensiva e nella notte tra il 22 e il 23 ottobre 2006 i chirurghi G. C. e M. P. procedettero all'esecuzione di una cauta revisione della cavità uterina e di una laparotomia esplorativa. *Constatato l'infarcimento e l'aspetto malacico dell'utero, i medici operanti optarono per un'isterectomia sopracervicale con conservazione degli annessi e posizionamento di due drenaggi.*

L'esame istologico effettuato ebbe il seguente esito: *“corpo uterino con processo infiammatorio suppurativo a carico dell'endometrio e degli strati superficiali del miometrio, edema della parete e aspetti di trombosi vascolare”*.

Poiché nella mattina del 23 ottobre 2006 le condizioni della paziente migliorarono, si decise di trasferirla nuovamente presso il reparto di Ginecologia ed Ostetricia, salvo poi, a seguito di repentino peggioramento, ritrasferirla, alle ore 18,40 del 24 ottobre 2006, presso la Rianimazione a causa di *“sepsi con insufficienza respiratoria e disturbi della coagulazione”*.

Nella notte tra il 24 e il 25 ottobre 2006, l'équipe chirurgica composta dai medici S., C., P. e R.i praticarono una laparotomia esplorativa con intervento di isterectomia totale più annessiectomia bilaterale.

Il decorso post-operatorio fu caratterizzato dal progressivo miglioramento dello stato di salute della paziente, che venne poi dimessa dall'ospedale il 14 novembre 2006, ma, a seguito dei danni riportati - impossibilità di ulteriormente procreare e plurime cicatrici permanenti - cadde in uno stato depressivo reattivo, per il quale si sottopose a cure psichiatriche, con conseguenze negative sulla propria attività lavorativa (che dovette abbandonare) e sulle relazioni affettive e familiari.

In data 1° settembre 2008 l'Azienda USL di Aosta, rappresentata dalla compagnia assicuratrice C. I. Services - a conclusione della vertenza nel frattempo apertasi con la sig.ra R. che aveva chiesto il risarcimento dei danni subiti - stipulò con la sig.ra R. un accordo transattivo, in forza del quale si prevedeva il risarcimento del danno di euro 210.000,00 a tacitazione definitiva di ogni danno corporale diretto e indiretto e delle spese anche future, con

conseguente rinuncia di ogni azione in sede civile e penale.

L'importo venne da subito corrisposto alla paziente dalla compagnia assicuratrice e quindi rimborsato dall'Azienda alla compagnia,

in quanto rientrante nella quota di franchigia contrattuale, con ordinativo di pagamento n. 11296 del 1° ottobre 2010, in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL in data 6 settembre 2010, n. 1276.

La stipula della transazione fu preceduta dall'attività istruttoria compiuta dalla compagnia assicuratrice C. S. e dall'Azienda USL, nell'ambito della quale venne eseguita dal dott. Maurizio C., specialista in Medicina legale e delle assicurazioni, Direttore S.C. Medicina Legale dell'AUSL di Aosta, una perizia medico-legale, che si concluse con la viva raccomandazione di chiudere in via stragiudiziale la vertenza in essere con la sig.ra R., stante gli evidenti errori professionali compiuti dai medici dell'AUSL nel corso delle cure eseguite.

Nella perizia redatta in data 19 maggio 2008 dal dott. C. vennero riassunte le condotte poste in essere dagli specialisti che ebbero in cura la sig.ra R., che - secondo il dott. C. - risultavano in palese violazione delle regole professionali e della

scienza medica: 1) la mancata somministrazione di antibioticoterapia in caso di PROM e di taglio cesareo, così come indicato dalle linee guida internazionali; 2) la sottovalutazione del sintomo febbre comparso subito dopo il parto, indicativa di infezione puerperale, poiché la paziente venne dimessa con la febbre ed ebbe due accessi ospedalieri tra il primo e il secondo ricovero nel corso del quale appariva evidente - secondo C. - l'esistenza dello stato infettivo; 3) l'inutilità (o meglio la dannosità in quanto possibile veicolo infettivo) dell'intervento di revisione cavitaria del 20 ottobre nel corso del

quale non vennero neanche previsti drenaggi pelvici; 4) l'insufficienza dell'intervento di isterectomia subtotale che ha lasciato in situ organi già compromessi da infezione suppurativa e che ha reso indispensabile una successiva, e definitiva, operazione.

Il dott. Giuseppe C. si è costituito in giudizio con memoria depositata in data 11 aprile 2014, evidenziando che il parto cesareo e gli accertamenti successivi furono gestiti dal dott. P. e dal dott. T., mentre l'operato del dott. C. è consistito unicamente nella gestione delle complicanze settiche a cui andò incontro la sig.ra R., ossia nell'indicazione ed esecuzione degli interventi di revisione della cavità uterina e laparotomia esplorativa del 20 ottobre 2006 e nell'indicazione ed esecuzione dell'intervento di isterectomia subtotale del 22 ottobre 2006. La difesa del convenuto ha, in particolare, posto l'accento sul fatto che il ricovero della paziente avvenuto alle ore 17 del 20 ottobre 2006 fu disposto proprio a seguito della visita del dott. C.; ha, inoltre, affermato che, sia nella decisione sull'effettuazione dei due interventi sopra indicati, che nelle modalità degli stessi, non può essere ravvisata alcuna trascuratezza o negligenza o imperizia tale da integrare l'elemento della colpa grave, e, a comprova di ciò, ha prodotto in atti due relazioni mediche di valutazione della fattispecie medica in esame. Ha chiesto, pertanto, in via principale, di rigettare la domanda della Procura e, in via subordinata, di condividere ogni eventuale responsabilità con il dott. P., attribuendo allo stesso dott. P. una percentuale non inferiore ai due terzi della responsabilità medesima, e di ridurre, tramite esercizio del potere riduttivo, l'eventuale condanna in misura pari almeno all'ottanta per cento del preteso danno imputato; in via istruttoria, ha chiesto di esperire apposita C.T.U. volta a verificare la congruità degli interventi chirurgici espletati dal dott. C. sulla sig.ra R. e, in ogni caso, l'influenza concausale che hanno avuto le condotte attive e/o omissive dei sanitari che sono intervenuti prima di lui.

Il dott. Mauro P. si è costituito in giudizio con memoria depositata in data 30 aprile 2014, chiedendo a questo Collegio di respingere la domanda attorea; in via istruttoria, ha chiesto

di disporre l'assunzione di prova per testi sul punto inerente l'effettiva avvenuta somministrazione della terapia antibiotica prima dell'intervento di parto cesareo, nonché sul punto inerente l'effettivo coordinamento dell'attività dei medici curanti con il direttore del reparto di ginecologia dell'Azienda USL di Aosta; nonché di disporre consulenza tecnica d'ufficio sulle quattro condotte mediche indicate nell'atto di citazione come direttamente causative del danno erariale.

La difesa del convenuto P. ha evidenziato, in sintesi, che il medesimo non fu mai informato dalla AUSL della denuncia del sinistro, né della richiesta di risarcimento danni, né della transazione conclusa dalla compagnia di assicurazione e che pertanto non ha potuto esplicitare il proprio diritto di difesa, tutelato dall'art. 24 Cost.; che, al tempo della richiesta di risarcimento, la polizza assicurativa stipulata con la società QBE International Insurance LTD n. 040079629 era ampiamente scaduta, mentre era vigente la polizza stipulata con la società Z. Insurance Company S.p.a. n. 950L9949, che prevedeva anche l'estensione per colpa grave ed una franchigia di soli euro 15.000,00 per sinistro; che, pertanto, l'azienda avrebbe dovuto attivare la seconda polizza assicurativa, con copertura anche per colpa grave; che la transazione è stata autorizzata senza previa deliberazione a contrarre, con conseguente nullità della stessa; che la polizza stipulata con la compagnia QBE era stata illegittimamente prorogata fino al 31 gennaio 2007 in violazione delle regole imperative che disciplinano la concorrenza, con conseguente nullità della stessa ed illiceità dei pagamenti eccedenti l'arricchimento senza causa; che, pertanto, il danno è stato causato dalla mancata attivazione della polizza vigente, e non dall'operato dei medici; che il contratto di assicurazione stipulato con la QBE è altresì nullo in quanto demanda la gestione del sinistro alla stessa compagnia assicuratrice, limitando il ruolo dell'Azienda sanitaria al solo parere favorevole al pagamento; che la perizia del dott. C. si riferisce alla colpa, senza specificare il requisito della gravità della stessa né la sussistenza del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno patito dalla paziente; che l'Azienda USL ha

affidato il compito di fornire le precisazioni medico-legali chieste dalla Procura nel corso dell'istruttoria allo stesso dott. C., che aveva effettuato la perizia per conto dell'assicurazione, con violazione del dovere di imparzialità e conseguente inattendibilità della seconda relazione; che, nel merito, la PROM non era preesistente, ma si è verificata all'atto della visita, con la conseguenza che il poco tempo intercorrente tra la rottura del sacco e l'effettuazione del parto cesareo non aveva richiesto alcuna terapia antibiotica, che venne effettuata all'atto della preparazione della paziente in sala operatoria dall'anestesista senza essere indicata nella cartella clinica; che il sintomo febbrile presente al tempo delle dimissioni non è stato sottovalutato, tanto che alla paziente venne prescritta una terapia antibiotica a domicilio; che non vi è nesso di causalità tra le dimissioni della paziente e il manifestarsi dell'infezione, verificatasi successivamente; che, nel corso dell'intervento del 22 ottobre, venne asportato l'organo che appariva malacico, mentre non vi era alcun segnale che anche altri organi fossero compromessi; che non vi è, quindi, nesso causale tra la condotta dei medici e la patologia insorta a danno della paziente; che l'insorgere dello stato febbrile può avvenire per molteplici cause, per questo alla paziente venne prescritta la terapia antibiotica domiciliare. A supporto della correttezza dell'operato del medico P. è stata altresì depositata in atti una sintetica relazione redatta dal dott. M. Barbero dell'ASL di Asti.

A seguito dell'udienza del 22 maggio 2014, durante la quale le parti hanno sostanzialmente ribadito le argomentazioni già svolte negli atti difensivi, con ordinanza n. 1/2014, questa Sezione giurisdizionale ha considerato che, ai fini della decisione della causa, risultasse necessario preliminarmente, in disparte le altre questioni del giudizio, accertare - in presenza di documentazione prodotta dalle parti in causa prospettante soluzioni divergenti - se il danno subito dalla signora R. sia causalmente riconducibile al comportamento gravemente colposo dei medici convenuti P. M. e C. G. ed ha disposto l'espletamento di una consulenza tecnica d'ufficio.

L'incarico è stato affidato in data 18 settembre 2014 al Prof. Dott. Vincenzo M., Specialista in Ostetricia e Ginecologia, in Genova.

In data 16 febbraio 2015 il C.T.U. ha depositato la propria relazione, riportante anche le osservazioni trasmesse al C.T.U. in data 31 gennaio 2015 dal Prof. Piero S., in qualità di Consulente tecnico di parte per il dott. P..

In data 23 aprile 2015 l'Avv. V. per il dott. C. ha depositato memoria, chiedendo a questo Collegio di escludere qualsivoglia responsabilità del dott. C., e pertanto la reiezione di tutte le domande contenute nell'atto di citazione, con il favore delle spese.

In data 29 aprile 2015 l'Avv. V. per il dott. P. ha depositato memoria ed ha chiesto respingersi la domanda di condanna formulata nell'atto di citazione e ha insistito particolarmente sulla condanna alla rifusione delle spese sostenute dal dott. P. nel giudizio.

All'udienza del 20 maggio 2015 il Procuratore ha chiesto l'assoluzione del dott. C.. Quanto al convenuto dott. P., il Procuratore ha chiesto la condanna del medesimo in relazione alla prima delle quattro condotte indicate nell'atto di citazione, ossia la mancata somministrazione della terapia antibiotica in sede di PROM e di parto cesareo, con esercizio del potere riduttivo.

Considerato in

DIRITTO

La fattispecie in esame integra un'ipotesi di responsabilità amministrativa "indiretta", ossia di responsabilità - fondata sul combinato disposto dell'art. 28 Cost. e dell'art. 22, comma 2, del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3 - a cui il pubblico dipendente è tenuto a titolo di rivalsa da parte

dell'Amministrazione, che ha dovuto risarcire un terzo danneggiato dalla condotta del pubblico dipendente medesimo.

Nella nozione di danno risarcito al terzo, presupposto dell'azione di rivalsa, deve comprendersi ogni erogazione di denaro effettuata a titolo di risarcimento del danno, per responsabilità extracontrattuale o contrattuale, in forza di pronuncia del Giudice o, come in questo caso, di accordo transattivo.

Il danno, pertanto, con riferimento specifico alla fattispecie in esame, corrisponde all'esborso effettuato dalla compagnia assicuratrice dell'Azienda USL di Aosta a favore della sig.ra R. derivato e quantificato in forza della transazione stipulata in data 1° settembre 2008, poi rimborsato dall'Azienda alla compagnia assicuratrice, in quanto rientrante nella quota di franchigia contrattuale.

Al Giudice contabile spetta stabilire se e quanta parte dell'esborso avvenuto debba essere addebitata ai medici convenuti - dei quali non è contestata l'esistenza del rapporto di servizio con l'Azienda USL di Aosta - secondo i principi generali di imputazione della responsabilità amministrativa, ossia previo accertamento del dolo o della colpa grave nella condotta medica tenuta dai medesimi nella cura della paziente R. e del nesso di causalità di tale condotta rispetto al danno subito dalla stessa, il cui risarcimento è stato oggetto di accordo transattivo.

La difesa del convenuto P. ha sollevato contestazioni relative ad alcuni profili attinenti al rapporto assicurativo in questione: *“il danno erariale deriva dall'aver azionato una compagnia assicurativa non più competente”* e, *“azionando la competente compagnia assicurativa, il danno erariale non si sarebbe verificato”*; *“la polizza con la società QBE International Insurance LTD è stata stipulata in seguito ad espletamento di gara d'appalto*

per la durata pari ad un anno (1.08.04 – 1.08.05) ed è stata illegittimamente prorogata fino al 31.01.2007, in violazione delle disposizioni nazionali ed europee sulla concorrenza di mercato”; “l’Azienda USL, nell’acceptare la proposta di transazione, non ha mai verificato l’effettiva sussistenza della colpa medica e nemmeno se l’importo da versare, interamente a proprie spese, fosse effettivamente inferiore rispetto a quanto poteva essere liquidato nelle competenti sedi giurisdizionali”.

Il Collegio rileva al riguardo che tali questioni appaiono estranee al presente giudizio: esse afferiscono, infatti, ai rapporti tra l’Azienda USL di Aosta, la Società di assicurazione e gli odierni convenuti, rapporti che potranno, in ipotesi, essere oggetto di controversie in altra sede fra i citati soggetti, ma sono privi di influenza nel procedimento dinanzi a questa Corte (cfr. Corte dei conti, Sez. giurisdiz. Liguria, 5 giugno 2014, n. 74).

Come esposto sopra nella parte in fatto, con ordinanza n. 1/2014 questa Corte - peraltro in accoglimento di concorde richiesta presentata dalle difese dei convenuti - ha disposto l’espletamento di una consulenza tecnica d’ufficio, al fine di accertare se il danno subito dalla signora R. sia causalmente riconducibile al comportamento gravemente colposo dei medici P. M. e C. G..

Il quesito sottoposto al C.T.U., come formulato nell’ordinanza n. 2/2014, è stato il seguente:

“Letti gli atti di causa, acquisite le informazioni e i documenti ritenuti opportuni, dica il CTU se i medici P. M. e C. G. abbiano rispettato le norme di diligenza, prudenza e perizia, dettate dalle linee-guida e dai protocolli diagnostici e terapeutici della buona pratica medica e, in caso contrario, se siano ravvisabili elementi utili alla valutazione, da parte del Giudice, del grado della colpa in relazione alle condotte mediche indicate nell’atto di citazione come causative del danno subito dalla signora R. Deborah: mancata somministrazione di antibioticoterapia in sede di PROM e taglio cesareo; sottovalutazione della febbre dopo il parto come sintomo di uno stato di natura infiammatoria;

inutilità/dannosità del primo intervento di laparotomia esplorativa e revisione della cavità uterina del 20 ottobre 2006; inutilità/dannosità del secondo intervento di cauta revisione della cavità uterina, di laparotomia esplorativa e di isterectomia subtotale del 22-23 ottobre 2006. Precisi il CTU anche l'influenza concausale che hanno avuto le rispettive condotte dei medici nell'ambito del processo di causazione/aggravamento del danno subito dalla signora R. Deborah".

Si riporta qui di seguito, sinteticamente, l'esito della perizia del C.T.U., in relazione alle condotte mediche indicate nell'atto di citazione come causative del danno subito dalla sig.ra R.:

1) "Mancata somministrazione della antibiotico terapia in sede di PROM e taglio cesareo:

L'antibiotico profilassi andava eseguita nel corso dell'intervento di taglio cesareo, esattamente dopo il clampaggio del cordone ombelicale da parte dell'anestesista dott. K., il quale afferma di averla effettuata anche se non risulta dalla cartella anestesiologicala. Nella letteratura scientifica è dimostrato che anche in presenza di antibiotico profilassi è possibile l'instaurarsi di una infezione puerperale".

2) "Sottovalutazione della febbre come sintomo di uno stato di natura infiammatoria:

Una terapia antibiotica appropriata fu prescritta in seconda giornata dall'intervento come viene previsto dalla buona pratica medica, pertanto, non vi fu sottovalutazione alcuna del sintomo febbre".

3) "Inutilità/dannosità del primo intervento di laparotomia esplorativa e revisione della cavità uterina del 20 ottobre 2006:

La letteratura scientifica dimostra che l'intervento di revisione della cavità uterina andava eseguito per accertarsi che non vi fossero residui placentari e che l'esplorazione dell'addome ed il trattamento della ferita furono effettuati secondo le norme della buona pratica medica".

4) "Inutilità/ dannosità del secondo intervento di cauta revisione della cavità uterina, di

laparotomia esplorativa e di isterectomia subtotale del 23 ottobre 2006:

L'intervento chirurgico eseguito in urgenza nella notte fra il 22 e 23 ottobre, che presentava oggettivi problemi di difficoltà tecnica per la situazione clinica della paziente, fu corretto in tutti i suoi aspetti sia di esecuzione che di scelte strategiche, prese sempre nell'interesse della paziente.

In conclusione ritengo che il comportamento dei dottori C. e P. nel caso clinico in esame fu improntato dal rispetto delle norme di diligenza, prudenza e perizia proprie della buona pratica medica."

La Sezione osserva che dall'esame della relazione peritale, di cui sopra è stata riportata sinteticamente la parte conclusiva, risulta affermata *claris verbis* la correttezza dell'operato dei convenuti dott. P. e C. in relazione rispettivamente alle seguenti condotte mediche indicate nell'atto di citazione **come causative del danno erariale**: aver sottovalutato la febbre post partum, come sintomo di uno stato di natura infiammatoria (secondo il C.T.U.: *"Una terapia antibiotica appropriata fu prescritta in seconda giornata dall'intervento come viene previsto dalla buona pratica medica, pertanto, non vi fu sottovalutazione alcuna del sintomo febbre"*); aver effettuato alla paziente un inutile/dannoso intervento di revisione cavitaria (secondo il C.T.U.: *"La letteratura scientifica dimostra che l'intervento di revisione della cavità uterina andava eseguito e che l'esplorazione dell'addome ed il trattamento della ferita furono effettuati secondo le norme della buona pratica medica"*); aver effettuato un secondo intervento di isterectomia subtotale non risolutivo, anzi aggravante le condizioni di salute della sig.ra R. (secondo il C.T.U.: *"L'intervento chirurgico che presentava oggettivi problemi di difficoltà*

tecnica..... fu corretto in tutti i suoi aspetti sia di esecuzione che di scelte strategiche.....”).

Il percorso argomentativo seguito dal C.T.U., ed espresso nella relazione peritale, risulta pienamente condivisibile da questo Collegio, in quanto adeguatamente motivato, formulato in maniera appropriata e coerente con gli atti del giudizio e deve ritenersi, quindi, l'assenza di responsabilità dei medici P. e C. in relazione alle tre condotte sopra indicate sub nn. 2), 3) e 4).

Pertanto, deve essere rigettata in toto l'azione esercitata dalla Procura nei confronti del convenuto dott. C., il cui operato, come risulta dagli atti, si è collocato nell'ambito dell'indicazione ed esecuzione degli interventi di revisione della cavità uterina e laparotomia esplorativa del 20 ottobre 2006 e nell'indicazione ed esecuzione dell'intervento di isterectomia subtotale del 22 ottobre 2006.

Con riferimento invece alla prima condotta medica contestata dalla Procura nell'atto di citazione, ossia la mancata somministrazione della antibiotico terapia in sede di PROM e taglio cesareo, riconducibile - secondo la Procura - alla responsabilità del dott. P., questo Collegio formula le seguenti osservazioni.

Dall'esame della relazione del C.T.U. emerge che *“L'antibiotico profilassi andava eseguita nel corso dell'intervento di taglio cesareo, esattamente dopo il clampaggio del cordone ombelicale da parte dell'anestesista....”*.

Peraltro, secondo il C.T.U. *“Nella letteratura scientifica è dimostrato che anche in presenza di antibiotico profilassi è possibile l'instaurarsi di un'infezione puerperale”*.

Spiega il C.T.U. che, secondo la linea guida n. 17 del SNLG (Sistema Nazionale per le Linee Guida) la cui prima versione fu elaborata nel 2003, pubblicata nel settembre 2008 e aggiornata nel settembre 2011, citata nella relazione del dott. C., la profilassi antibiotica è fortemente raccomandata (livello di prova di classe 1 ed un grading A anche in caso di taglio cesareo elettivo (come nel caso in esame, in quanto non vi era travaglio in atto e la rottura delle membrane non era avvenuta più di 6 ore prima dell'intervento). Tale profilassi, in caso di negatività del tampone vagino-rettale per la ricerca dello streptococco Beta-emolitico, come in questo caso, va somministrata dopo l'estrazione del feto ed il clampaggio del cordone ombelicale, per evitare che al feto venga somministrata una terapia antibiotica non necessaria e che potrebbe creare nel feto stesso una resistenza a quel tipo di antibiotico, ove ne fosse, successivamente alla nascita, necessario l'impiego.

Premesso, quindi, che l'antibiotico profilassi è fortemente raccomandata dalle linee guida, il C.T.U., alla domanda se tale pratica sia sicuramente efficace nel prevenire le infezioni del post-partum, risponde: *“La letteratura scientifica internazionale ci dice che il rischio di infezione in caso di profilassi antibiotica sicuramente diminuisce, ma esiste sempre la possibilità che si sviluppi una infezione anche in presenza di una corretta profilassi antibiotica”.*

“Nel taglio cesareo l'infezione della ferita chirurgica può raggiungere valori del 10%. Se prima dell'intervento si somministrano antibiotici, il rischio di infezione si riduce in modo significativo”.

In merito a tali conclusioni nella relazione del C.T.U. viene citata ed estrapolata copiosa letteratura scientifica internazionale, a cui qui si rimanda.

“La riduzione dell'endometrite dai due ai tre quarti e la diminuzione nelle infezioni delle ferite giustifica una linea di condotta di antibiotico profilassi nelle donne sottoposte a taglio cesareo elettivo e non elettivo.”

In particolare, secondo il C.T.U., assolutamente da condividere ed esaustivo riguardo

l'interrogativo sull'efficacia della profilassi antibiotica è il capitolo "Serious post partum infections" presente su "Global Library of Women's Medicine" the educational platform for FIGO (the International Federation of Gynecology and Obstetrics) scritto da David A. Eschenbach, Md, Director, Division of Gynecology; Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington, Seattle, Washington : *"L'endometrite è la più comune infezione che si presenta nel postpartum. L'incidenza dell'endometrite postpartum è stata ridotta dall'assai diffuso uso della profilassi antibiotica. L'incidenza seguente a taglio cesareo è calata dal 50-90% senza profilassi antibiotica, al 15-20% con profilassi. Tuttavia, tuttora l'infezione si presenta nel 10-20% delle pazienti che sono state sottoposte a profilassi, così come in quel grosso numero di donne che non hanno ricevuto la profilassi, quindi è evidente che l'infezione tuttora si presenta in questa era di profilassi. Per di più, l'effetto della profilassi antibiotica sulle infezioni gravi sembra essere minimo, in parte perché la profilassi evidentemente ha meno impatto sullo sviluppo delle infezioni gravi rispetto alla febbre postchirurgica ed in parte perché un largo numero di donne che sviluppano una grave infezione hanno insufficienti fattori di rischio per giustificare la profilassi. Molte delle più gravi infezioni sono dovute a batteri non comuni e questo molto più spesso sembra causare le infezioni che non la presenza di prevedibili fattori di rischio. Nello stesso tempo i cambiamenti nelle procedure ostetriche continuano ad aumentare il rischio di infezione per le pazienti. I tagli cesarei incidono per una sempre crescente proporzione dei parti: l'endometrite post partum è da 10 a 20 volte più comune nelle donne che hanno partorito con taglio cesareo rispetto a quelle che hanno partorito per via vaginale.."*

Il Prof. S., in sede di osservazioni alla CTU, rese in qualità di Consulente tecnico di parte per il dott. P., in relazione all'efficacia della profilassi antibiotica in questione, ha evidenziato che la profilassi antibiotica descritta dalle linee guida per avere il massimo dell'efficacia prevede la somministrazione dell'antibiotico per via endovenosa

immediatamente prima dell'inizio dell'intervento chirurgico in modo da raggiungere nei tessuti una concentrazione di antibiotico efficace già durante le manovre di incisione dei tessuti stessi, in quanto la frequenza di infezioni del sito chirurgico aumenta man mano che la somministrazione dell'antibiotico si allontana dal momento dell'incisione.

"Nel taglio cesareo, per evitare di somministrare al feto una terapia antibiotica non necessaria e potenzialmente dannosa, salvo che nel caso di positività del tampone per lo streptococco beta emolitico, la somministrazione viene effettuata subito dopo il clampaggio del cordone ombelicale, quando ormai sono state eseguite tutte le incisioni previste per l'intervento e tutti i tessuti cruentati possono essere venuti a contatto con i germi senza essere stati ancora raggiunti dall'antibiotico."

A parere del C.T.P., tuttavia, *"l'efficacia di questo approccio nel ridurre le infezioni del sito chirurgico è minore di quella della profilassi in senso stretto e di certo non è superiore a quella della terapia a lungo termine che è stata instaurata in seconda giornata dall'intervento. Il fatto che anche in presenza di una corretta profilassi l'incidenza di endometrite non sia azzerata, ma si manifesti ancora in una percentuale non trascurabile di casi è legato alla presenza ed allo sviluppo di germi resistenti agli antibiotici, tanto è vero che la profilassi è sì in grado di ridurre l'incidenza delle febbri post-chirurgiche, ma la sua efficacia è minima sulle infezioni gravi che sono in genere dovute a germi diversi da quelli comunemente riscontrati nelle infezioni lievi e che sono in grado di svilupparsi nonostante la somministrazione degli antibiotici utilizzati sia per la profilassi sia per la terapia."*

Inoltre, il C.T.P. sottolinea le risultanze emergenti da un articolo di Kolben sull'European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases - citato anche nel contesto della CTU - relativo ad uno studio clinico randomizzato e controllato sull'uso di una cefalosporina "Cefotiam", secondo cui l'incidenza delle infezioni, a causa di un aumentato tasso di infezioni urinarie, era maggiore nel sottogruppo sottoposto a profilassi e che

pertanto il tasso di infezioni dopo taglio cesareo elettivo a basso rischio non può essere ridotto dalla profilassi intraoperatoria con il Cefotiam.

Il Collegio osserva che, anche con riferimento all'analisi, dal punto di vista medico, della prima condotta oggetto di contestazione da parte della Procura, il percorso argomentativo del C.T.U. risulta adeguatamente formulato e motivato. Ne emerge che l'antibiotico profilassi è fortemente raccomandata dalle linee guida, secondo il principio, largamente condiviso nella letteratura medico-scientifica, secondo cui il rischio di infezioni in caso di profilassi antibiotica diminuisce, pur potendo esistere comunque la possibilità che si sviluppi un'infezione anche in presenza di una corretta profilassi antibiotica.

Queste le risultanze della C.T.U., che ora spetta al Giudice contabile valutare ai fini dell'accertamento degli elementi integranti la responsabilità amministrativa oggetto del presente giudizio, secondo il principio "iudex est peritus peritorum".

Ebbene, il Collegio, innanzi tutto, rileva che nella cartella clinica non risulta la somministrazione della terapia antibiotica durante l'intervento, né la prescrizione di terapia

antinfettiva postoperatoria.

La natura giuridica della cartella clinica è quella di atto pubblico di fede privilegiata ex art. 2699 c.c. (Cass. pen. SS.UU., 11 luglio 1992, n. 7958).

Si tratta di un atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; data tale sua funzione, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi; pertanto, l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra falsità in atto pubblico, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché viola le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici (tra le altre, Cass. sez. V penale, 11 novembre 1983, n. 9423).

Dalla suindicata natura giuridica della cartella clinica deriva che deve ritenersi inammissibile una prova testimoniale - come richiesta dalla difesa - finalizzata a dimostrare fatti diversi rispetto a quelli certificati dal menzionato atto pubblico, in assenza di una formale querela di falso.

Pertanto, nel caso di specie, dalla mancata annotazione sulla cartella clinica della profilassi antibiotica in questione deve presumersi che tale profilassi non sia stata effettuata.

Dalle linee guida sopra citate (pag. 65 primo capoverso "assegnazione di responsabilità") si desume che l'antibiotico profilassi è decisa dal chirurgo, ed è somministrata dall'anestesista.

Secondo il codice di deontologia medica, *"Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela*

la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte. Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate.....”

Secondo la giurisprudenza della Cassazione, il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella clinica, venendo altrimenti meno ad un proprio dovere e venendo a configurarsi un difetto di diligenza ai sensi dell'art. 1176 c.c. , comma 2 e un inesatto adempimento della sua corrispondente prestazione medica (tra le altre, Cass., sez. III, 18 settembre 2009, n. 20101, Cass. 5 luglio 2004, n. 12273).

Il Collegio ritiene pertanto che al dott. P., nel caso di specie, spettasse decidere la terapia antibiotica e poi controllare che essa venisse effettuata dall'anestesista e annotata nella cartella clinica.

Inoltre, il Collegio osserva che la profilassi antibiotica in

questione risulta fortemente raccomandata dalle linee guida, che sono espressione di regole tecniche di comune dominio e conoscenza per un medico specialista di ostetricia e ginecologia; ciò conduce a ritenere, in caso di omissione della stessa, la responsabilità per colpa grave.

Né il fatto che possa esserci comunque, pur con una corretta profilassi, la possibilità che si sviluppi un'infezione, può portare ad una diversa valutazione della responsabilità, in quanto costituiva dovere prudenziale del medico effettuare l'antibioticoterapia al fine di diminuire, se non del tutto eliminare, la probabilità dell'evento infettivo (cfr. Cass. sez. III civ., 20 aprile 2012, n. 6275).

Secondo il consolidato orientamento della Corte di Cassazione, per l'accertamento del nesso causale tra condotta illecita ed evento di danno non è necessaria la dimostrazione di un rapporto di consequenzialità necessaria tra la prima ed il secondo, ma è sufficiente la sussistenza di un rapporto di mera probabilità scientifica. Ne consegue che il nesso causale può essere ritenuto sussistente non solo quando il danno possa ritenersi conseguenza inevitabile della condotta, ma anche quando ne sia conseguenza altamente probabile e verosimile (cfr. Cass. civ. n. 975/09).

Per superare la presunzione che le eventuali complicanze siano state determinate da

omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, occorre dimostrare che esse sono state, invece, prodotte da un evento imprevisto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento (cfr. Cass. n. 20806/09).

Ne consegue che, essendo il medico tenuto ad espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di prova sulla sussistenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso (cfr. Cass., sez. III, 8 luglio 2010, n. 16123 e SS.UU., 11 gennaio 2008, n. 576).

Deve ritenersi pertanto che sussistano tutti gli elementi soggettivi ed oggettivi (il rapporto di servizio, il danno erariale, il nesso di causalità e la condotta gravemente colposa) integranti la responsabilità amministrativa in capo al convenuto dott. P. in relazione alla prima delle quattro condotte mediche contestate dalla Procura.

Il Collegio, in considerazione della complessità della vicenda in esame, ritiene di esercitare il potere riduttivo ex art. 52, comma 2, del R.D. n. 1214/1934, ponendo a carico del convenuto P. una parte del danno quantificata in via equitativa, ai sensi dell'art. 1226 c.c., nella misura di euro 5.000,00.

Parimenti si ravvisano eque ragioni per compensare le spese di giudizio, tranne che per il compenso al CTU, che viene posto a carico del convenuto P. nella misura del 50 per cento, ponendo a carico dell'Amministrazione interessata (Azienda USL di Aosta) l'importo

residuo.

P.Q.M.

la Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Valle d'Aosta, definitivamente pronunciando,

ASSOLVE

il convenuto CANNIZZO Giuseppe dagli addebiti contestati dalla Procura;

CONDANNA

il convenuto P. M. al pagamento di complessivi euro 5.000,00, comprensivi di rivalutazione monetaria, nonché al pagamento degli interessi legali sulla somma sopra indicata con decorrenza dalla data di deposito della presente sentenza.

Le spese di giudizio, sono compensate, con esclusione del compenso spettante al Consulente tecnico d'ufficio, ammontante ad euro 1.209,80 (di cui al decreto in data odierna) oltre ad euro 1.000,00 già anticipate al Consulente in forza di ordinanza n. 2/2014, compenso che viene posto definitivamente a carico del convenuto P. nella misura del 50 per cento, e, per il restante 50 per cento, a carico dell'Amministrazione interessata (Azienda USL di Aosta).

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deciso in Aosta, nella camera di consiglio del 20 maggio 2015.

L'ESTENSORE

(Olessina)

IL PRESIDENTE

(Esposito)

Pubblicata il 23 luglio 2015.

