

31752



SENTENZA N. 27/2023

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE VENETO

composta dai Magistrati:

Maurizio **MASSA** Presidente f.f.

Innocenza **ZAFFINA** Giudice relatore

Daniela **ALBERGHINI** Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio n. **31752** del registro di Segreteria, instaurato a istanza della

Procura Regionale della Corte dei conti per il Veneto nei confronti di [REDACTED]

[REDACTED] (indirizzo di posta elettronica certificata acquisito dal

registro INI-PEC), in qualità di Dirigente Medico di Chirurgia Generale in

servizio nel febbraio del 2012 presso l'Ospedale [REDACTED]

non costituito;

Visti gli artt. 88, 91, 92 e 93, c.g.c.;

Visto l'atto introduttivo del giudizio;

Esaminati gli atti e i documenti di causa;

Data per letta, all'udienza pubblica del 15 marzo 2023, la relazione del magistrato relatore;

Udito, per la Procura generale, il Sostituto Procuratore Generale [REDACTED]

[REDACTED] il quale ha concluso come da verbale; non comparso e non

31752

costituito il convenuto [REDACTED]

Premesso in

FATTO

1. Con atto di citazione depositato il 9 maggio 2022, la Procura regionale conveniva in giudizio dinanzi a questa Sezione giurisdizionale il sig. [REDACTED] per ivi sentirlo condannare al risarcimento del danno pari a 262.650,00 in favore dell'Azienda U.L.S.S. [REDACTED] oltre alla rivalutazione monetaria secondo gli indici ISTAT, agli interessi legali decorrenti dal deposito della sentenza fino all'effettivo soddisfo ed alle spese di giustizia, queste ultime a favore dello Stato.

2. La pretesa risarcitoria corrisponde alla somma di euro 255.000,00, importo liquidato dall'Amministrazione di appartenenza del convenuto, in forza di mandato di pagamento n. 2979 del 24.10.2016, in attuazione del decreto del Direttore generale n. 810 del 21 settembre 2016, oltre all'importo di euro 7.650 a titolo di imposta di registro (di cui al modello F23 pagato in data 13.10.2016).

3. Il danno erariale consegue a una transazione cui l'Azienda è addivenuta per rispondere alle pretese risarcitorie, avanzate dai prossimi congiunti di una paziente deceduta presso l'Ospedale [REDACTED] prima in sede extragiudiziale (in forza di atto di diffida del 3.01.2013) e, poi, con ricorso per consulenza tecnica preventiva ex art. 696 *bis* c.p.c., promosso dinanzi al Tribunale di [REDACTED] e notificato in data 24.11.2014. Tale danno è stato integralmente sopportato dall'Azienda ospedaliera, in quanto l'importo in questione era assoggettato alla franchigia di € 500.000,00 convenuta nel contratto di assicurazione in essere al momento della richiesta risarcitoria.

31752

4. Del c.d. danno indiretto il Requirente chiama in questa sede a rispondere il dottor [REDACTED] quale dirigente medico di chirurgia generale in servizio nel febbraio 2012 presso l'Ospedale [REDACTED] ove fu ricoverata la paziente, poi deceduta il 20 giugno 2012, presso il reparto di lungodegenza del medesimo ospedale.

Secondo la Procura, la condotta tenuta dal convenuto si sarebbe rivelata eziologicamente determinante agli effetti del decesso della paziente: evenienza, quest'ultima, accertata dal c.t.u. nominato dal Tribunale di [REDACTED] (in esito alle operazioni peritali svoltesi in presenza dei consulenti tecnici di parte), il quale nel suo elaborato definitivo aveva riconosciuto l'idoneità qualitativa della somministrazione terapeutica del farmaco coumadin, nei modi e tempi descritti, nel determinare un quadro di sovradosaggio tale da risultare autonomamente idoneo alla produzione dell'ematoma epidurale patito dalla paziente, produttivo, a sua volta, di un quadro di tetraplegia e successivo shock spinale.

5. Nell'atto di citazione, il Requirente ha richiamato le risultanze dell'accertamento tecnico preventivo culminato poi nella transazione e, segnatamente, la relazione del c.t.u. dottor [REDACTED] consulente nominato dal Tribunale [REDACTED] nonché le conclusioni cui è pervenuto il Nucleo Aziendale per la Valutazione dei Sinistri (N.A.V.S.), sulla scorta delle relazioni, della documentazione clinica e del parere formulato da uno specialista in Cardiologia, con conseguente espressione finale di parere favorevole del Nucleo circa l'an in merito all'accogliibilità dell'istanza risarcitoria.

L'atto introduttivo ricostruisce i principali fatti di causa come segue.

31752

a) In data 18/02/2012, la sig.ra L.I., di anni 82, già affetta da cardiopatia fibrillante, in terapia con anticoagulanti orali e ipertensione arteriosa accedeva presso il Pronto Soccorso [REDACTED] per “episodio influenzale con vomito, senza febbre, inappetenza, episodio ripetuto in stato confusionale”.

b) All’accesso nosocomiale, gli esami ematochimici documentavano un incremento della creatinina e delle transaminasi, con tempo di protrombina INR (“international normalized ratio”) pari a 2.2. e, dunque, all’interno dei *range* terapeutici per la patologia da cui era affetta la paziente (cardiopatia fibrillante). Difatti, il target di INR nella prevenzione dell’embolia in pazienti affetti da fibrillazione atriale, come nel caso in questione, è compreso tra 2 e 3.

c) Successivamente la paziente veniva ricoverata presso il Reparto di Chirurgia del medesimo ospedale e gli esami ematochimici documentavano un tempo protrombinico INR variabile, in relazione al quale veniva somministrata terapia con anticoagulanti orali. A tale riguardo, risultava che, per un quadro di cardiopatia fibrillante, la paziente dal 2008 assumeva terapia con anticoagulanti orali (coumadin 5 mg), con posologia pari ad ¼ di compressa/die e ½ compressa/die ogni cinque giorni.

d) La gestione della terapia durante la degenza, protrattasi dal 19 al 26 febbraio 2012, risultava caratterizzata dalla variazione della posologia rispetto alla somministrazione terapeutica cronica. In particolare, come risultava dallo schema di monitoraggio, era prevista la somministrazione di ¼ di compressa di coumadin 5mg nelle date del 19, 20, 21, 22, 24 e 25 febbraio e di ½ di compressa del medesimo principio attivo in data 23 febbraio.

31752

Durante la degenza, si provvedeva alla somministrazione, in data 19 febbraio, di ½ compressa di coumadin; in data 20 e 21 febbraio, veniva somministrata ¼ di compressa di principio attivo. Nelle date del 22, 23 e 24 febbraio veniva sospesa la somministrazione di coumadin che veniva, poi, ripresa, con posologia di ½ compressa, in data 25 febbraio.

e) Pertanto, durante la degenza dal 19 al 26 febbraio 2012, si rilevava la mancata aderenza alle prescrizioni di terapia cronica, cui doveva attenersi la paziente per la cardiopatia fibrillante, cosicché la terapia si rivelava, inadeguata rispetto alle necessità cliniche, sproporzionata confermata dagli esami ematochimici effettuati durante la degenza, che evidenziavano un incremento dei valori di INR rispetto all'ingresso, compatibile con l'incremento della posologia del coumadin.

f) Secondo la Procura, il riscontro di valori di INR pari a 3.64, quali quelli osservati alla dimissione, al di fuori dei range terapeutici per la fibrillazione atriale (variabili tra 2 e 3 per i pazienti di questo tipo), avrebbe dovuto indurre i responsabili della terapia nel periodo della degenza, a rivalutare attentamente la posologia e a sospendere la somministrazione del farmaco per il rischio di complicanze emorragiche a cui la paziente risultava esposta. Tuttavia, anziché sospendere il farmaco alla dimissione, veniva prescritta terapia con coumadin 5mg al dosaggio di ½ compressa/die, ovvero in una posologia raddoppiata rispetto a quanto previsto per il trattamento della cardiopatia fibrillante nel caso specifico.

g) L'incremento di posologia, al controllo del 28/02/2012, corrispondeva ad un tempo di protrombina INR di 5.17, condizione potenzialmente suscettibile di repentine manifestazioni emorragiche; pertanto,

31752

il riscontro di valori di INR superiori a 5, avrebbe dovuto comportare l'interruzione tempestiva della terapia anticoagulante al fine di evitare la comparsa di manifestazioni emorragiche.

La sospensione della terapia avrebbe dovuto essere particolarmente tempestiva, in quanto sono necessari alcuni giorni, specie per le persone anziane, per ripristinare i valori target INR. Tuttavia, il dott. [REDACTED] in esito al controllo post ricovero, anziché sospendere la terapia con coumadin, prescriveva, in assenza di qualsivoglia ragione clinica-terapeutica, la continuazione della terapia a posologia quadruplicata (1 compressa/die) rispetto a quanto assunto normalmente dalla paziente.

h) La prosecuzione della terapia anticoagulante, con aumento di quattro volte della sua posologia, comportava un ulteriore incremento della situazione di ipocoagulabilità ematica, con valori di INR di 11.29 al controllo del 02/03/2012. A fronte di tale sovradosaggio di coumadin, occorreva sospendere la terapia anticoagulante, mentre la terapia veniva proseguita con schema terapeutico che alternava una compressa a ½ compressa a un giorno di sospensione.

i) Pertanto, il rischio emorragico derivante da tale sovradosaggio si concretizzava il 07/03/2012, quando veniva diagnosticato un ematoma epidurale cervico-dorsale spontaneo produttivo, per effetto compressivo sul midollo spinale, di tetraplegia.

l) Il quadro clinico della paziente si aggravava ulteriormente tanto da determinarne la morte in data 20/06/2012, avvenuta durante il ricovero presso il Reparto di Lungodegenza dell'Ospedale [REDACTED] [REDACTED] in seguito all'insorgenza di grave emorragia.

31752

m) In data 03/01/2013 veniva acquisita agli atti dell'U.L.S.S. [REDACTED]

[REDACTED] una richiesta risarcitoria da parte degli eredi della paziente, per ipotizzati danni derivati da asserite inadeguate prestazioni sanitarie ricevute dalla stessa a partire dal giorno del suo accesso e del successivo ricovero presso l'Ospedale [REDACTED]

n) In data 30/09/2014, veniva presentato un ricorso per consulenza tecnica preventiva ai sensi dell'art. 696 *bis* c.p.c., con cui i congiunti chiedevano al giudice di voler disporre c.t.u. medico-legale che accertasse la sussistenza di responsabilità in capo all'Azienda [REDACTED] per i fatti già dedotti nella precedente richiesta risarcitoria e quantificasse il pregiudizio occorso, allo scopo di tentare di pervenire alla composizione stragiudiziale della lite.

o) Con decreto del Direttore Generale n. 729 del 03.12.2014, l'U.L.S.S. 18 affidava il proprio patrocinio all'avv. [REDACTED] che si avvaleva della consulenza medico legale della dott.ssa [REDACTED] [REDACTED] con oneri a carico della polizza di responsabilità civile [REDACTED] 2013RCG00027-580916.

p) In data 15/05/2015 perveniva all'U.L.S.S. [REDACTED] [REDACTED] l'elaborato definitivo, depositato dal c.t.u. dottor [REDACTED] in esito alle operazioni di consulenza, il quale giungeva a conclusioni in punto di responsabilità del tutto sfavorevoli all'Azienda Ulss.

q) Nel corso delle trattative nel frattempo intraprese, l'avvocato di controparte quantificava il danno in euro 722.785,00 oltre a spese legali, che successivamente riduceva sino all'importo di euro 389.393,00.

r) Le parti trovavano un punto di convergenza per la definizione della

31752

controversia e l'Azienda [REDACTED] con DDG n. 810 del 21/09/2016 deliberava di autorizzare la stipula di un contratto transattivo *ante causam*, ai sensi dell'art. 1965 c.c., e, a seguito della sua sottoscrizione, di liquidare ai ricorrenti la somma *omnia* di euro 255.000,00, di cui al mandato di pagamento n. 2974 del 24/10/2016, oltre al pagamento della somma di euro 7.650,00 a titolo di imposta di registro, di cui al modello F23 del 13/10/2016.

s) Con nota prot. n. 26203 del 27/03/2018 l'Azienda [REDACTED] richiedeva al dott. [REDACTED] il pagamento della somma pari ad euro 262.714,00, contestualmente costituendolo in mora, ai fini interruttivi del termine prescrizione, ai sensi degli articoli 1219 e 2943 c.c..

t) In data 18.11.2016, la medesima Azienda inviava alla Procura contabile la segnalazione dell'esborso sopra esposto in cui descriveva la vicenda che aveva dato luogo al danno all'odierno esame.

6. Secondo la Procura, il danno sarebbe da ricondurre causalmente alla condotta del convenuto, il quale era all'epoca dei fatti Dirigente Medico di Chirurgia Generale in servizio nel febbraio 2012 e veniva ritenuto responsabile dell'erronea terapia farmacologica, in seguito alla quale si verificava il decesso della paziente. Quanto all'elemento soggettivo, sarebbe ravvisabile, secondo il Requirente, una condotta imprudente e negligente sia nella gestione globale del caso sia nel dosaggio del farmaco. Si riscontrava in particolare, ad avviso della Procura, una grossolana imperizia in quanto la prescrizione della cura non richiedeva un'attività medico professionale di particolare difficoltà.

7. A seguito dell'invito a dedurre, l'intimato non depositava deduzioni né chiedeva di essere sentito.

31752

Il successivo atto di citazione veniva notificato, unitamente al decreto di fissazione dell'udienza, all'indirizzo pec acquisito dal registro INI-PEC, e il convenuto non si costituiva.

8. In esito all'udienza del 12 ottobre 2022, con ordinanza n. 80 del 25 ottobre 2022, per le motivazioni ivi esposte cui si rinvia integralmente *per relationem*, il Collegio ordinava il rinnovo della notificazione, all'esito della quale la Procura depositata apposita documentazione, dalla quale si evinceva che l'ordinanza e l'atto di citazione erano stati ritualmente notificati alla residenza del convenuto.

9. All'odierna udienza, non comparso e non costituito il convenuto, il p.m. ha insistito nelle conclusioni già rassegnate nell'atto di citazione.

All'esito dell'udienza, la causa è stata trattenuta in decisione.

Considerato in

DIRITTO

I. Il presente giudizio ha per oggetto un'ipotesi di danno indiretto derivante dal risarcimento riconosciuto in via transattiva dall'ex Azienda **[REDACTED]** Azienda **[REDACTED]** agli eredi di una paziente deceduta nell'Ospedale **[REDACTED]**

II. In via preliminare, il Collegio, rilevando che l'atto di citazione è stato ritualmente notificato e che il dott. **[REDACTED]** non si è costituito in giudizio, dichiara la contumacia del convenuto, ai sensi dell'art. 93 del codice della giustizia contabile, approvato dal decreto legislativo 26 agosto 2016 n.174.

III. Sempre in via preliminare, il Collegio ritiene di evidenziare che, in materia di danno indiretto da *malpractice* sanitaria, le disposizioni poste

31752

dagli artt. 9 e 13, l. n. 24/2017 (c.d. Gelli-Bianco) trovano applicazione nel giudizio di responsabilità amministrativa a condizione che il “fatto generatore” si sia verificato in vigenza della disciplina recata dalla legge, ove per “fatto generatore” è da intendersi il fatto storico foriero di responsabilità civile ovvero sia l’illecito civile a monte, essendo irrilevante che l’eventuale transazione fra danneggiato civile ed ente, ovvero l’esborso indebito patito dall’ente danneggiato, si collochino temporalmente dopo l’entrata in vigore della legge medesima (*ex multis*, sent. n. 35/2018, sez. giur. Lombardia; sent. n. 845/2022, sez. giur. Sicilia).

Pertanto, è inapplicabile, nel caso di specie, la l. n. 24/2017, poiché l’illecito civile che ha dato luogo al danno indiretto qui contestato, è antecedente alla sua entrata in vigore (cit. sent. n. 35/2018, Lombardia; n. 309/2022, Toscana).

IV. Nel merito, il Collegio ritiene comprovata la responsabilità amministrativa contestata dal Requirente, sussistendone i presupposti che, com’è noto, si sostanziano in un danno patrimoniale, economicamente valutabile, arrecato alla pubblica amministrazione, in una condotta illecita connotata da colpa grave o dolo, nel nesso di causalità tra il predetto comportamento e l’evento dannoso, nonché nella sussistenza di un rapporto di servizio fra coloro che lo hanno determinato e l’ente che lo ha subito.

V. Il convenuto era all’epoca dei fatti Dirigente Medico di Chirurgia Generale presso l’ospedale [redacted] e quindi sussisteva il rapporto di servizio con l’Azienda [redacted] come si evince dagli atti acquisiti dal Requirente.

Avendo la Procura ipotizzato il danno indiretto, il punto nodale per

31752

affermare o escludere la responsabilità del medico chiamato in giudizio consiste nell'individuazione della causa dell'evento occorso alla paziente, che influisce sull'accertamento della condotta, del nesso causale e della sussistenza della colpa grave.

In proposito, oltre a rinviare *per relationem* alla cronologia degli eventi descritta nel dettaglio in fatto (**par. 5**), occorre innanzitutto fare riferimento alle argomentazioni, fatte proprie dal Requirente, del consulente tecnico d'ufficio nominato dal Tribunale ██████████ in seguito al ricorso ex art. 696 bis, c.p.c., promosso dagli eredi della paziente.

In sintesi, il consulente d'ufficio, esaminando la documentazione sanitaria consistente, tra l'altro, nella scheda di monitoraggio della terapia anticoagulante somministrata durante la degenza e dopo le dimissioni, nel diario infermieristico, negli esiti degli esami ematochimici, nella lettera di dimissioni e nelle cartelle cliniche, ha attribuito il decesso al quadro emorragico conseguente all'inadeguata condotta medica sia durante il ricovero sia in esito ai controlli ambulatoriali post-dimissioni (in data 28.02.2012 e 2.03.2012), che ha determinato l'ematoma epidurale cervico dorsale, il successivo ricovero in terapia intensiva in data 8 marzo 2012, la perdita di autonomia e l'immobilizzazione, gli effetti disautonomici determinati dalla lesione midollare, produttivi di ipomobilità con broncopolmonite ab-ingestis e produttivi del decesso.

Secondo il consulente, infatti, il sovradosaggio del farmaco coumadin, con valori di INR persistentemente superiori a quelli target (2-3), a far data dal 19 febbraio 2012, e raggiungimento di valori allarmanti di INR, sarebbe risultato autonomamente idoneo nella produzione dell'ematoma epidurale

31752

patito dalla paziente, produttivo, a sua volta di un quadro di tetraplegia e successivo shock spinale.

Nella medesima relazione del c.t.u., riconosciuta l'inadeguata condotta medica per prescrizione incongrua della terapia anticoagulante produttiva di sovradosaggio, posta in essere dai Curanti del Reparto di Chirurgia [REDACTED] veniva valutato il nesso causale tra tale condotta ed il decesso della paziente.

A tal proposito il consulente evidenziava che, come riportato nella scheda ISTAT, la paziente decedeva per broncopolmonite "ab-ingestis", insorta in un quadro di immobilizzazione conseguente ad emorragia epidurale.

Veniva in ogni caso riconosciuta piena idoneità alla condotta medica produttiva di sovradosaggio di dicumarolici nella produzione all'ematoma epidurale patito dalla paziente, vedendo soddisfatto il criterio di idoneità quali-quantitativa, non solo per quanto concerne la produzione del quadro tetraplegico, ma anche per l'idoneità di quest'ultimo a determinare una condizione di immobilizzazione e di omeostenosi dell'organismo.

Secondo il c.t.u., sotto il profilo topografico, lo spandimento ematico epidurale, in sede cervico-dorsale, con interessamento del midollo spinale soddisfaceva, secondo correlazione diretta, lo sviluppo di un quadro di immobilità e di disregolazione autonoma.

Si riconosceva altresì l'esistenza di un "continuum fenomenologico" e temporale tra il quadro indotto dall'errata posologia farmacologica, l'emorragia epidurale ed il successivo risentimento neurologico, del tutto coerente con l'evoluzione delle lesioni a fronte del persistere dei valori ematici riscontrati durante il ricovero e dopo le dimissioni.

31752

La comparsa di episodi di desaturazione, con rilievo di focolaio polmonare e presenza di materiale alimentare nelle vie aeree, che comportava un aggravamento delle condizioni generali sino allo stato comatoso, in data 19 giugno 2012, trovava giustificazione con la cronologia dei meccanismi fisiopatologici correlati alla tetraplegia con immobilità conseguente, la cui espressione clinica è relata alla fisiopatologia dell'esaurimento dei meccanismi di compenso cardiaco determinati dal depauperamento generale e motorio (omeostasi).

Rilevava in proposito il c.t.u. che è acquisizione consolidata che l'individuo di età avanzata, in situazioni di immobilità, sviluppa la cosiddetta "sindrome ipocinetica". In tale evenienza, a seguito di una condizione caratterizzata da ridotta o scemata autonomia motoria, ad insorgenza acuta nella vicenda in oggetto, si determinava un complesso di alterazioni "multi-organo" che possono avere diversa manifestazione clinica.

Nella vicenda in esame non vi sarebbe pertanto alcun dubbio che la condotta medica, produttiva dello spandimento ematico epidurale, a livello cervico-dorsale, determinando l'assenza del fisiologico input cinetico e neurovegetativo, attraverso lesione midollare "alta", avesse condotto a un livello entropico e funzionale inferiore dell'organismo.

In altri termini, il quadro emorragico conseguente all'inadeguata condotta medica, determinando la perdita di autonomia, l'immobilizzazione, gli effetti disautonomici determinati dalla lesione midollare, produttivi di ipomobilità con broncopolmonite ab-ingestis, aveva quindi condotto al decesso della paziente.

Il complesso esitale alla condotta medica inadeguata, secondo il

31752

consulente, integrava la classica "sindrome a ponte" che origina da un evento morboso, nella fattispecie iatrogeno, a seguito del quale si verificano complicanze "a cascata" con conseguenze patologiche finali che possono solo apparentemente non risultare correlabili all'insulto iniziale, ma che ad esso sono tuttavia intimamente vincolate per le ragioni etiopatogenetiche e di condizionamento causale già richiamate.

In conclusione, secondo il c.t.u., a seguito della dimostrata inadeguata condotta tecnica posta in essere dai Curanti del Presidio Ospedaliero [REDACTED] [REDACTED] in relazione all'incongrua e sproporzionata prescrizione di terapia anticoagulante, cui conseguiva uno stato di severa ipocoagulabilità produttivo di raccolta ematica epidurale, si configurava per la paziente un periodo di impedimento temporaneo assoluto delle capacità e libertà di espressione psico-fisica autonoma.

Tale condizione, configurabile come danno biologico temporaneo assoluto (al 100%), è da considerarsi estesa per un periodo di circa 113 (centotredici) giorni, riferendo tale valutazione al periodo di allettamento ospedaliero, protrattosi dal 7 marzo 2012 alla data del decesso, avvenuto in data 20 giugno 2012.

A fronte di tali conclusioni, il consulente tecnico di parte, di cui si è avvalso il patrocinio dell'U.L.S.S., redigeva una relazione (all. 5 alla denuncia dell'ULSS) inviata allo studio legale, in cui evidenziava che non sussistevano argomenti difensivi, tanto da non poter esprimere alcuna osservazione sull'elaborato peritale.

Ad analoghe conclusioni perveniva il dott. [REDACTED] specialista in cardiologia, incaricato dalla compagnia assicurativa, al quale era

31752

stato chiesto un parere in merito alla vicenda che aveva dato luogo alla pretesa risarcitoria dei congiunti della paziente, e che si era basato, oltre che sulla menzionata documentazione clinica, sulle relazioni medico legali indirizzate al Direttore della SOC Affari generali del Presidio ospedaliero [REDACTED] nonché sulla relazione clinica del Direttore della SOC di Chirurgia generale [REDACTED] dalle quali si evinceva la grave imperizia e negligenza del convenuto, cui era riconducibile la responsabilità nella prescrizione del farmaco coumadin, in esito ai controlli effettuati post-dimissione. L'erronea terapia farmacologica, anche in esito ai controlli ambulatoriali, in data 28.02.2012 e in data 2.03.2012, sempre ad avviso dei consulenti, sarebbe stata infatti determinante dell'evento letale.

Alla luce di quanto sopra e nei limiti che si vanno a precisare, il Collegio condivide e fa proprie le valutazioni rassegnate dal c.t.u. (Cass., sez. II, n. 15568/2022), potendo il giudice di merito, al fine di fondare il proprio convincimento, utilizzare le prove raccolte in un diverso giudizio fra le stesse parti oppure fra parti diverse. Compete infatti al giudice l'individuazione delle fonti del proprio convincimento, con la facoltà di privilegiare alcuni mezzi di prova in ragione del loro diverso spessore probatorio, rispettando l'unico limite dell'adeguata giustificazione del criterio adottato (Cass. III Sezione Civile, sentenza n.9242 del 6 maggio 2016).

Al riguardo, com'è noto (*ex multis*, Corte dei conti, III Sezione di Appello, sent. 110/2028; SSRR, n. 28/2015/QM), nel processo civile e in quello contabile vige la regola della preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non" (artt. 115 e 116 c.p.c.; Cass. 16.10.2007, n. 21619; Cass. 18.4.2007, n. 9238; Cass. 5.9.2006, n. 19047; Cass., 13/07/2006, n. 295; Cass.

31752

4.3.2004, n. 4400; Cass. 21.1.2000 n. 632; Corte giustizia CE, 15/02/2005, n. 12; per il processo contabile, art. 95, c.g.c.), giudizio che si basa sugli elementi di convincimento disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana), la cui attendibilità va verificata sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. *evidence and inference* nei sistemi anglosassoni).

Ciò premesso, il Collegio ritiene sussistenti, allo stato degli atti, elementi sufficienti a far ritenere probabile che l'evento da cui è poi scaturito il danno indiretto all'odierno esame sia avvenuto in conseguenza della condotta del convenuto e, in particolare, della prescrizione di una terapia farmacologica palesemente incongrua e non conforme alle cautele richiedibili nel caso concreto, in esito ai controlli ambulatoriali.

Riguardo all'elemento soggettivo dell'illecito amministrativo-contabile in controversia, che la Procura ha indicato come colpa grave, questo deve essere ritenuto, al pari, sussistente, per le considerazioni che di seguito si espongono.

Tutte le relazioni medico-legali acquisite agli atti di causa (cit. relazione del c.t.u. ██████████ in data 15.05.2015, all. 4 alla denuncia dell'azienda sanitaria; parere del dott. ██████████ ██████████ ██████████ del 29.07.2017, all. 6 alla cit. denuncia, in cui vengono richiamate le relazioni medico-legali dei dott.ri ██████████ del 21.06.2013, del dott. ██████████ del 23.01.2013, del dott. ██████████ dell'11.12.2012, del dott. ██████████ del 22.01.2013) concordano, anche richiamando gli intervalli terapeutici raccomandati dalla FCSA (c.d. lista delle azioni correttive di sicurezza), nel ritenere immotivata e illogica la somministrazione del farmaco coumadin, in un dosaggio pari al

31752

doppio o addirittura al quadruplo rispetto a quanto raccomandato, tenuto conto dei parametri dell'INR.

Come evincibile dagli atti di causa, più alto è l'INR maggiore è la fluidità del sangue, per cui lo scopo delle misurazioni periodiche è quello di evitare i valori estremi, che si possono associare più facilmente ad un fallimento della terapia per i valori troppo bassi o a un aumento del rischio emorragico per quelli troppo alti. In altri termini, gli esami periodici vengono utilizzati per adeguare il dosaggio del farmaco ed ottenere i livelli di INR ottimali, che sono in genere predeterminati per ogni patologia, di solito tra 2 e 3.

Da quanto emerge dalle relazioni medico-legali, nonostante i critici livelli di INR che avrebbero dovuto indurre alla tempestiva sospensione della terapia farmacologica onde rientrare nei parametri consigliati per la paziente, il convenuto, in esito ai controlli ambulatoriali in data 28.02.2012 e 2.03.2012, non soltanto non provvedeva a tale sospensione, ma al contrario, inspiegabilmente e negligenzemente, prescriveva la somministrazione del farmaco in un dosaggio del tutto sproporzionato rispetto alla dose terapeutica, esponendo la paziente ad un elevato rischio emorragico e alle fatali conseguenze già evidenziate.

Il Collegio ritiene pertanto comprovato l'elemento soggettivo della colpa grave, consistente nella grave imperizia e negligenza, riconducibili all'inosservanza delle metodiche di diagnostiche e terapeutiche dettate dalla scienza medica, tenendo conto del comportamento del medico conforme alle regole della deontologia professionale che postulano impegno scrupoloso, diligenza superiore alla media, uso di tutte le tecniche dettate dalla scienza

31752

clinica e di ogni altro accorgimento suggerito dalla comune esperienza.

La condotta del convenuto, infatti, da una parte, integra un colpevole scostamento dal protocollo da seguire sulla base delle conoscenze scientifiche e delle linee guida che avrebbe dovuto indirizzarne le scelte terapeutiche, dall'altra, costituisce l'antecedente causale determinante del decesso della paziente e della necessità di risarcire della perdita i congiunti: la contestazione del p.m., quindi, in presenza dei presupposti necessari a configurare la responsabilità del convenuto, deve considerarsi fondata.

VI. Il Collegio ritiene che il danno indiretto, derivante dal *quantum* risarcito agli eredi della paziente deceduta in esito alla menzionata transazione (come in dettaglio descritto in fatto, par. 2 e 3), sia da ricondurre, come sopra specificato, alla responsabilità del convenuto, al quale è ascrivibile la condotta consistente nella prescrizione dell'errata terapia farmacologica che - come riconosciuto nelle citate relazioni medico-legali - ha condotto all'insorgere delle complicazioni già descritte, al decesso della paziente e, infine, alla pretesa risarcitoria avanzata dagli eredi nei confronti dell'U.L.S.S. e alla transazione che ha dato luogo all'esborso da parte dell'Azienda sanitaria.

Con riferimento, alla quantificazione del danno, si evince dagli atti di causa che [redacted] Azienda [redacted] [redacted] ha integralmente sostenuto la spesa di complessivi euro 262.650,00, di cui euro 255.000,00 (come da mandato di pagamento n. 2974 del 24.10.2016) in favore dei congiunti della paziente deceduta, ed euro 7.650,00, a titolo di imposta di registro, calcolata mediante l'applicazione de 3% delle somme riconosciute a titolo transattivo ex art. 29, d.p.r. n. 131/1986 (modello F23 del 13.10.2016). L'importo in questione era infatti assoggettato

31752

alla franchigia convenuta nel contratto di assicurazione in essere al momento della richiesta risarcitoria.

Ciò posto, pur rintracciandosi tutti gli elementi oggettivi e soggettivi prospettati dal Requirente a fondamento della propria pretesa, il Collegio ritiene, tuttavia, di dover circoscrivere l'ammontare della condanna, valorizzando le circostanze che, impongono di mitigarne l'importo, consistenti nel concorso alla produzione del danno derivante anche da disfunzioni di apparato e dai comportamenti di altri soggetti coinvolti nelle cure prestate alla paziente. Deve infatti essere scrutinata l'eventualità di un apporto concausale alla verificazione dell'evento dannoso (che, nella sua drammatica evoluzione, ha dato luogo all'esborso transattivo) di altre circostanze e/o di altri soggetti che eventualmente vi abbiano contribuito a vario titolo (art. 1, c. 1 *quater*, l. n. 20/1994; art. 83, c. 2, c.g.c.).

Sul punto deve evidenziarsi che le già citate relazioni medico legali, oltre che all'erronea terapia farmacologica riconducibile al convenuto, il quale era il medico di guardia durante i controlli ambulatoriali post-ricovero (cfr. allegato 2 alla denuncia dell'Azienda sanitaria), fanno riferimento anche alla condotta imprudente e negligente tenuta da altri Sanitari curanti della paziente deceduta, durante il ricovero nel reparto di Chirurgia dell'ospedale, ipotizzando che in tale periodo la posologia del coumadin fosse stata erroneamente modificata e inspiegabilmente raddoppiata al momento delle dimissioni (coumadin 5mg al dosaggio di ½ compressa/die), rispetto a quanto previsto per il trattamento della cardiopatia fibrillante nel caso specifico; tanto che al primo controllo ambulatoriale si riscontrava un tempo di protrombina INR di 5.17 (cfr. pag. 13 e ss. della relazione del c.t.u. e pag. 18 e ss. del parere

31752

reso dal dott. [REDACTED].

Su tale quadro clinico, già connotato da criticità, si era poi innestata la condotta viepiù negligente del convenuto, il quale aveva prescritto un programma terapeutico del tutto incongruo e irrazionale, che aveva ulteriormente compromesso, in tempi rapidi, le condizioni di salute della paziente sino agli esiti fatali già descritti.

Il peso da riconoscersi alle circostanze verificatesi durante il ricovero nel reparto di Chirurgia non può essere calcolato algebricamente; deve quindi farsi ricorso a un criterio equitativo di liquidazione ex art.1226 c.c. (Sez. giur. Sicilia, sent. n. 92/2019), che, presupponendo un limitato rilievo del negligente apporto altrui e/o di un'erronea interpretazione dei dati clinici al momento delle dimissioni, quantificabile nel 10 per cento della pretesa risarcitoria, conduce a una parziale riduzione del danno riconducibile alla condotta del convenuto, il cui apporto causale è da ritenersi comunque prevalente.

Conclusivamente, alla luce delle motivazioni sopra esposte, il Collegio ritiene che il danno indiretto, quantificato per le ragioni sopra esposte in € 236.385,00, si sia verificato come conseguenza della condotta gravemente colposa attribuibile al dott. [REDACTED] e che il convenuto vada quindi condannato al risarcimento di tale danno in favore [REDACTED] Azienda [REDACTED].

Il menzionato importo, da considerarsi comprensivo della rivalutazione monetaria, va aumentato degli interessi legali decorrenti dalla data del deposito della sentenza sino all'effettivo soddisfo.

VII. Va infine disposta la condanna del convenuto al pagamento delle

31752

spese di giudizio, da liquidarsi, ai sensi dell'art. 31, co. 5, c.g.c., con nota a margine della presente sentenza.

P.Q.M.

la Corte dei conti Sezione Giurisdizionale per la Regione Veneto, definitivamente pronunciando:

- dichiara la contumacia del convenuto dott. [REDACTED]

- in parziale accoglimento della domanda proposta dal Procuratore

regionale, condanna il dott. [REDACTED] al pagamento della somma di € **236.385,00**, in favore dell'Azienda [REDACTED] nei termini di cui in motivazione.

Il predetto importo, da considerarsi comprensivo della rivalutazione monetaria, va aumentato degli interessi legali decorrenti dalla data del deposito della sentenza sino all'effettivo soddisfo.

Condanna il convenuto al pagamento delle spese di giudizio, che sono liquidate, ai sensi dell'art. 31, c. 5, c.g.c., con nota a margine della presente sentenza.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti conseguenti.

Così deciso in Venezia, nelle camere di consiglio del 15 marzo e del 20 aprile 2023.

Il Giudice estensore

Il Presidente F.F.

F.to digitalmente

F.to digitalmente

Innocenza Zaffina

Maurizio Massa

31752

Ai sensi dell'art. 31, c. 5, del c.g.c., le spese di giustizia del presente giudizio si liquidano in € 571,63 (cinquecentosettantuno/63).

Il Giudice estensore

Il Presidente F.F.

F.to digitalmente

F.to digitalmente

Innocenza Zaffina

Maurizio Massa

Depositata in Segreteria, il 02/05/2023

Il Funzionario preposto

F.to digitalmente

Stefano Mizgur