Sent. n. 506/2025

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE LAZIO

composta dai Signori Magistrati

dott. Tommaso Miele Presidente

dott.ssa Alessandra Sanguigni Consigliere relatore

dott. Saverio Galasso Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio n. 80699, iscritto nel registro di segreteria e promosso dalla Procura regionale nei confronti di x x (CF. OMISSIS) a nata a OMISSIS, residente nel comune di OMISSIS, via OMISSIS, OMISSIS, rappresentata e difesa dall'Avv. Anna Mugnano ed elettivamente domiciliata presso lo studio del legale in Napoli, via San Giacomo 24;

Visti gli atti ed i documenti di causa;

Uditi, nella pubblica udienza del 16 ottobre 2025, con l'assistenza del segretario d'udienza dott.ssa Filomena Graziano, il relatore Consigliere dott.ssa Alessandra Sanguigni, il Pubblico Ministero, nella persona del VPG dott.ssa Laura Monfeli e l'Avv. Angelo Mancini in

sostituzione per delega scritta, per la convenuta;

Ritenuto in

FATTO

1. Con atto di citazione la Procura regionale per il Lazio ha convenuto in giudizio, per un'ipotesi di danno indiretto per *malpractice* sanitaria, la dott.ssa. X X, OMISSIS, chiedendo la condanna al pagamento della somma di euro 16.500,00 in favore dell'Azienda Sanitaria Locale di OMISSIS.

2. Il pagamento era stato comunicato alla Procura in data 7-11-2024 dal Commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di OMISSIS, per il risarcimento del danno causato da un sinistro avvenuto nella struttura sanitaria nell'anno 2020 (12-11-2020) e risarcito con mandato di pagamento nel 2023, in adempimento di un accordo transattivo sottoscritto in data 6-2-2023 fra una paziente (sig.ra X X) e l'Azienda Ospedaliera.

3. Nell'assumere ampiamente provato il quadro fattuale emerso nell'ambito della fattispecie in esame, il requirente ha esposto quanto segue, a sostegno della richiesta di risarcimento per danno indiretto. Nello specifico ha rappresentato che il danno è derivato dal pagamento intervenuto con mandato di pagamento n.

OMISSIS del 22-2-2023, in adempimento di un accordo transattivo sottoscritto in data 6-2-2023 -autorizzato con deliberazione n. OMISSIS DG f.f. del 21-2-2023- fra una paziente (sig.ra X X) e l'Azienda Ospedaliera, per un sinistro occorso durante il ricovero. Ha riferito che OMISSIS è stata avvisata della transazione in corso ed invitata alla mediazione, alla quale la stessa non ha partecipato e che all'esito era stata invano attivata la richiesta di rivalsa (peraltro anche nei confronti di altro sanitario).

4. Ad avviso del requirente si tratta di un caso di *malpractice* sanitaria asseritamente addebitabile alla dott.ssa X X, la quale, in qualità di OMISSIS in data 12.11.2020 ometteva di controllare e assistere la paziente, dopo averla accompagnata in bagno, durante il ricovero presso il Plesso Riabilitativo Ausl di OMISSIS, ivi in degenza a seguito di intervento di OMISSIS per frattura OMISSIS (eseguito il 14.9.2020) e OMISSIS (eseguito a giugno 2020). Prosegue il requirente sostenendo che l'omessa vigilanza da parte dell'OMISSIS cagionava una caduta della paziente con trauma del OMISSIS (OMISSIS), come risulta dal referto di PS n. OMISSIS del 13.11.2020 dell'Asl di OMISSIS. Nello specifico, il Pubblico Ministero ha sottolineato che la

paziente, proprio dopo essere stata lasciata da sola OMISSIS, cadeva per terra.

5. Nell'atto di citazione l'organo requirente ha argomentato in ordine agli elementi integranti la responsabilità erariale per danno indiretto, reputando che sussistano la condotta materiale dell'OMISSIS, nell'omettere di controllare ed assistere la paziente, e l'elemento soggettivo della colpa grave, perché la condotta risulta in contrasto con le prescrizioni del documento di accettazione del ricovero. Risulta in atti che la convenuta è stata prontamente notiziata delle trattative stragiudiziali avviate dall'amministrazione, ai sensi della Legge n. 24/2017, che è stato richiesto invano la restituzione in termini di rivalsa di quanto pagato e che l'assicurazione obbligatoria della ASL (OMISSIS) ha ritenuto l'importo del sinistro rientrante nella franchigia e quindi a carico del bilancio dell'ente.

6. Si è costituita la convenuta, con memoria depositata il 25 settembre 2025, chiedendo di dichiarare l'inammissibilità ed improcedibilità della domanda, per inesistenza dei presupposti, e comunque infondata in fatto e in diritto; in via gradata, nei limiti in cui sia stata raggiunta la prova certa, ha chiesto in ogni caso

l'applicazione del potere riduttivo dell'addebito.

6.1. Ha argomentato sostenendo che le scelte transattive, giudiziali o stragiudiziali, al pari delle condanne in sede civile della P.A., non avevano anche prima della legge 24/2017, e non hanno, un effetto vincolante assoluto sul giudizio di rivalsa per danno indiretto. Ha fatto presente che nei Verbali delle riunioni del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri emerge la mancanza di qualsivoglia approfondimento in merito alla assunta responsabilità dell'OMISSIS nella verificazione del sinistro, limitandosi il detto Comitato a prendere unicamente atto della richiesta di risarcimento danni avanzata dalla paziente e ad invitare l'Azienda a contattare quest'ultima ai fini della relativa conciliazione.

6.2. Nel merito ha eccepito l'estraneità nella vicenda, perché, rispetto alla ricostruzione attorea, nonostante la presenza dell'OMISSIS la paziente ha voluto provvedere autonomamente alla OMISSIS; a tal fine si è appoggiata alla carrozzina presente in bagno per poter compiere i movimenti necessari per poter OMISSIS; l'OMISSIS ha acconsentito ma, stante la precarietà dell'appoggio utilizzato, la paziente ha perso l'equilibrio ed è caduta a terra.

Ha sottolineato che nella relazione sullo stato di salute fisica e mentale della paziente, del giorno precedente alla caduta, sottoscritta dalla dr. X X, Responsabile della struttura riabilitativa di OMISSIS, la paziente nell'esame clinico-funzionale risultava bisognosa "di assistenza minima/moderata nei passaggi posturali e nei trasferimenti e che la deambulazione era possibile per tragitti brevi con ausilio di deambulatore semplice, inoltre si conferma la necessità di moderata assistenza nelle attività igieniche e nella vestizione/svestizione della parte inferiore del corpo e che la paziente era in grado di deambulare con ausilio di deambulatore".

Ha evidenziato sia che in ragione della propria fisicità non avrebbe potuto evitare l'accaduto proprio perché la paziente era in sovrappeso, sia che nella struttura sanitaria era impossibile prestare una assistenza continua a causa del ridottissimo numero di infermieri rispetto ai pazienti ricoverati.

6.3. Ha sostenuto che la fattispecie rientra nell'ambito di operatività del cd. *"scudo erariale"*, introdotto dal D.L. 76/2020, che circoscrive la responsabilità amministrativa alle sole ipotesi di condotta dolosa.

6.4. Infine, ha ritenuto che nel sinistro non possa

essere ravvisabile una condotta gravemente colposa in capo all'odierna comparente, alla stregua del costante e conclamato orientamento giurisprudenziale in materia, che richiede la sussistenza di un comportamento connotato da notevole negligenza, imprudenza, imperizia, posto in essere senza l'osservanza di quel livello minimo di diligenza del caso concreto.

7. All'udienza pubblica odierna, il Pubblico Ministero, richiamati agli atti scritti già depositati ed illustrando quanto già rappresentato sia in punto di fatto che in punto di diritto, ha ribadito le conclusioni ivi rassegnate, la gravità della colpa e la non applicabilità dello scudo erariale che, come noto, non è riferibile alle condotte omissive. L'Avv. Mancini, per la convenuta, si è riportato alle memorie difensive depositate, ribadendone le principali argomentazioni.

8. Al termine della discussione, la causa è stata trattenuta in decisione e decisa in camera di consiglio come da dispositivo riportato in calce.

DIRITTO

1. La fattispecie odierna riguarda un danno indiretto risarcito ad una paziente, per un sinistro causato alla stessa da asserita condotta omissiva sanitaria gravemente colposa dell' OMISSIS che assisteva la ricoverata.

2. Occorre in primo luogo rappresentare la disciplina di settore, in particolare la legge 8 marzo 2017, n. 24, c.d. legge Gelli, che ha disciplinato la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. L'art. 9, comma 5 della suddetta legge dispone difatti che "*In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti.*"

3. Nell'alveo dei parametri costituzionali del diritto di difesa, l'art. 13 della menzionata legge prevede un obbligo informativo della struttura sanitaria nei riguardi dell'esercente la professione sanitaria, a pena di inammissibilità non solo dell'azione di rivalsa, disciplinata dalla stessa legge, ma anche dell'azione di responsabilità. Nello specifico, l'art. 13 della legge Gelli, così come modificato nel 2018 dall'art. 11, comma 1, lett. d) della legge 11 gennaio 2018, n. 3, prevede proprio un obbligo di comunicazione da parte della

struttura sanitaria all'esercente la professione sanitaria dell'avvio delle procedure transattive con il danneggiato -informativa per quanto qui di rilievo intervenuta-. Per chiarezza espositiva si riporta quanto disposto dalla legge: "*Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente*

comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9."

La modifica intervenuta nel 2018, per quanto qui di rilievo, ha inciso sui termini ivi previsti elevando a 45 giorni il termine informativo, dai 10 giorni precedentemente considerati dal legislatore, che sin dalla prima scrittura della legge 24/2017 aveva posto l'attenzione sul diritto di difesa del personale sanitario, asseritamente coinvolto in richieste risarcitorie avanzate dal paziente.

Non vi è alcun dubbio nell'odierna fattispecie sull'applicabilità della richiamata normativa, essendo il sinistro occorso nel 2020, le trattative stragiudiziali avviate nel 2023 dopo le richieste risarcitorie avanzate dalla paziente, e l'avvenuta comunicazione tempestiva all'OMISSIS convenuta delle procedure relative alla transazione.

4. Passando al merito, il Collegio ritiene che nella fattispecie sussistano gli elementi costitutivi della responsabilità. Nello specifico sussiste il danno ingiusto, che si è realizzato con il pagamento del risarcimento alla paziente, sussiste il rapporto di servizio dell'OMISSIS convenuta con l'amministrazione, sussiste la condotta omissiva qualificabile come

gravemente colposa ed è acclarato il nesso causale fra tale condotta ed il danno che la ASL ha dovuto risarcire.

4.1. Oltre al danno acclarato ed al nesso causale, gli aspetti medico legali del caso in oggetto da prendere in considerazione in questa sede sono quelli relativi all'aver o meno cagionato la caduta e la rottura della OMISSIS della paziente ricoverata, cioè occorre valutare se l'errato procedere tecnico omissivo dell'OMISSIS abbia materialmente potuto causare l'incidente e se si ravvisi negligenza, imperizia e imprudenza nell'aver lasciato, anche se per pochi istanti, la paziente da sola. Alcuni elementi specifici fanno propendere il Collegio per la sussistenza della gravità della colpa. E ciò in quanto, in base alla cartella clinica, che il personale infermieristico deve conoscere, la paziente risultava disorientata e quindi non in grado di attendere a breve termine alle istruzioni del sanitario, e proprio perché non assistita per pochi attimi si era alzata da sola appoggiandosi alla carrozzina e non al maniglione, con la conseguente caduta.

4.2. Ed ancora, è certo che, in adesione alle argomentazioni del requirente, e come in effetti anche sostenuto dal Comitato Aziendale Valutazione Sinistri propedeutico alla soluzione bonaria della vertenza, che

l'OMISSIS non avrebbe dovuto lasciare la paziente priva di assistenza in bagno, anche se per poco e solo per andare a prendere i prodotti per l'igiene personale. Difatti, nella cartella clinica (in atti pagina 32) di accettazione nella UOS Riabilitazione Territoriale OMISSIS, ove era stata trasportata a seguito di intervento di OMISSIS per frattura OMISSIS, era evidenziata la Diagnosi d'ingresso "deficit della deambulazione in postumi di impianto OMISSIS" e la necessità di spondine laterali al letto per evitare cadute accidentali; era anche evidenziata la necessità di aiuto nelle operazioni igieniche (indice di Barthel datato 22-10-2020 quale strumento di valutazione che misura l'autonomia funzionale). La convenuta quindi avrebbe dovuto tenere in considerazione le indicazioni relative alla paziente riportate nella cartella di accettazione dell'ottobre 2020 e nelle successive indicazioni e non allontanarsi, lasciando che la stessa si potesse alzare in bagno -come purtroppo avvenuto- e cadere rovinosamente. Certamente non vale a scagionare da colpa grave la convenuta il fatto di essersi raccomandata con la paziente di non muoversi, atteso che -come risulta in atti- la ricoverata risultava da pochi giorni prima (il 6 novembre: nella valutazione iniziale

psicologica in atti) disorientata e non con piene competenze cognitive. Al riguardo, nell'all. 5 (cartella clinica) è riportato che la paziente ha ottenuto alla visita un punteggio di 54 nella scala di Barthel, quindi indicativo di una severa dipendenza nelle attività quotidiane, e viene più volte evidenziato un deficit della memoria e ridotti livelli di attenzione, tali da non poter far conto sulla comprensione da parte della paziente e/o ricordo di una raccomandazione impartita (il non muoversi).

5. Tutto ciò premesso, ed acclarata la gravità della colpa, il Collegio sulla base di una valutazione di natura equitativa, con riferimento alla quantificazione del danno da imputare alla convenuta, ritiene di fare ricorso al potere riduttivo, per le peculiari circostanze del caso concreto.

6. Come noto, secondo il costante orientamento giurisprudenziale (Sez. I App., sent. n. 259/2024) in materia, la riduzione dell'addebito è, per il Giudice contabile, meramente eventuale ed ampiamente discrezionale incontrando i limiti della coerenza e della proporzionalità, non potendo trascendere nell'abuso e/o nell'arbitrio (Sez. I App., sent. n. 54/2024, Sez. II

App., sent. n. 372/2021 e Sez. III App., sent. n. 603/2021).

7. Va richiamata la giurisprudenza che sottolinea la congruità delle argomentazioni a sostegno del potere riduttivo: "*la riduzione dell'addebito è considerata in dottrina come un criterio di graduazione della responsabilità che caratterizza la specialità della disciplina che regola la materia*", "*l'impiego di tale criterio di determinazione della condanna deve essere ancorato a una congrua giustificazione, che dia evidenza delle condizioni – variamente declinate – sia oggettive, e dunque del contesto in cui l'agente si è trovato a operare, e sia soggettive, ovvero le situazioni personali e psicologiche, che conducono a delimitare l'importo di danno da porre a carico del convenuto*" (Sez. I App., sent. n. 80/2024).

8. Orbene il Collegio procede a valutare il primo fattore, individuato nell'elemento oggettivo afferente alla scelta organizzativa dell'ente danneggiato in materia di regime assicurativo.

8.1. Nell'odierna fattispecie da un lato rilevano i possibili effetti distorsivi del sistema assicurativo prescelto dall'Azienda sanitaria locale di OMISSIS. È frequente il sistema di gestione dei sinistri sanitari

mediante polizze caratterizzate da clausole recanti una soglia al di sotto della quale non opera l'assicurazione. Anche quella stipulata dalla ASL (art.8) pone, a carico totale della struttura pubblica, i risarcimenti di danni di importo inferiore ad una determinata soglia, nella specie € 150.000, mediante la formula SIR della "*self insurance retention*". Appare chiaro, in ragione delle clausole SIR, e quindi del meccanismo di funzionamento delle polizze assicurative, che quanto più basso è l'importo del danno risarcito dall'azienda, tanto più possibile è la circostanza che lo stesso possa essere posto, in rivalsa, a carico dei sanitari, mentre importi più elevati potrebbero trovare perfino copertura integrale, nonostante la colpa del sanitario. Peraltro, non vengono nel caso odierno indicati i criteri di distribuzione della franchigia, da parte dell'Ente pubblico.

9. Altro elemento a sostegno motivazionale dell'applicazione del potere riduttivo è riconducibile alla situazione soggettiva del caso odierno. Non di rilievo e comunque non comprovato è il fattore obesità della paziente che non avrebbe scongiurato la caduta anche in presenza dell' OMISSIS. Innanzitutto, nella relazione della dott.ssa responsabile della struttura

riabilitativa, parzialmente in contrasto con le problematiche di rischio di caduta dal letto e neurologiche su richiamate, si fa riferimento ad una necessità di "moderata" assistenza nell'igiene quotidiana e che, nella diaria riabilitativa del giorno prima della caduta, veniva annotato che la paziente era in grado di deambulare con ausilio di deambulatore e tra le parallele con ostacoli, di salire e scendere le scale e di effettuare esercizi per il miglioramento dei trasferimenti e dei passaggi posturali.

Ma se è vero che la paziente soffriva di problematiche neurologiche fortemente invalidanti delle funzioni cognitive, allora la struttura riabilitativa di OMISSIS non sarebbe stata più adeguata, perché come risulta in atti era una struttura solo riabilitativa. La necessità di assistenza moderata certamente doveva essere ricalibrata, in ragione della successiva segnalazione di problematiche neurologiche soprattutto cognitive di memoria, subentrate poco prima dell'incidente. L'organizzazione amministrativa avrebbe dovuto integrare l'assistenza con una sorveglianza assidua e continua con più personale e presidi sanitari e per l'igiene personale a portata di utilizzo.

10. Tali fattori non possono far interamente gravare sulla convenuta il danno patito dalla struttura pubblica, e pertanto il Collegio, per una più congrua imputazione del danno acclarato, ritiene di addebitare alla dott.ssa X una somma complessiva di € 5.000.

11. Tutto considerato, la domanda è parzialmente accolta e per l'effetto, in applicazione del potere riduttivo, la convenuta X X è condannata al risarcimento del danno erariale in favore della ASL di OMISSIS ed al pagamento del danno erariale quantificato in € 5.000 comprensivo di rivalutazione ed interessi, oltre gli interessi dalla pubblicazione della presente sentenza sino al soddisfo.

12. Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate a favore dello Stato, come quantificate nel dispositivo, in applicazione dell'art. 31, comma 5 c.g.c..

P.Q.M.

La Corte dei conti – Sezione Giurisdizionale per la Regione Lazio, definitivamente pronunciando nel giudizio di responsabilità iscritto al n. 80699 del registro di Segreteria, promosso ad istanza della Procura regionale della Corte dei conti per il Lazio, disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione:

-accoglie parzialmente la domanda attrice, e per

l’effetto condanna la sig.ra X X, come in epigrafe identificata, al pagamento di euro 5.000 (cinquemila//00) comprensivo di rivalutazione ed interessi, e con interessi dalla pubblicazione della presente sentenza sino al soddisfo.

-Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate a favore dello Stato in euro 224,05 (Duecentoventiquattro/05).

Manda alla Segreteria per i conseguenti adempimenti di competenza.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali” (Codice della privacy), e dell'art. 22, comma 1, del decreto legislativo n. 101/2018, a tutela dei diritti e della dignità dei soggetti interessati dalla presente sentenza, e, in particolare, a tutela del loro diritto alla riservatezza dei dati personali, si dispone che, in caso di riproduzione della sentenza stessa in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, venga opportunamente omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi (con particolare riguardo per quelli

relativi allo stato di salute) dei soggetti interessati riportati nella sentenza. A tal fine la Segreteria della Sezione applicherà la disposizione di cui al comma 3 dello stesso art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della privacy).

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 16 ottobre 2025.

L'Estensore	Il Presidente
Alessandra Sanguigni	Tommaso Miele
f.to digitalmente	f.to digitalmente

Depositata in Segreteria il 02 dicembre 2025

Il Dirigente

Sebastiano Alvise Rota

f.to digitalmente