



G.30011

REPUBBLICA ITALIANA

Sent. n. 149/24

In nome del Popolo Italiano

La Corte dei conti

Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia

composta dai seguenti magistrati:

Antonio Marco Canu

Presidente

Gaetano Berretta

Giudice relatore

Pierpaolo Grasso

Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio, iscritto al n.30011 del registro di Segreteria, ad istanza della

Procura Regionale per la Lombardia contro il Signor

P. A., nato a OMISSIS (CF: OMISSIS), residente in OMISSIS,

rappresentato e difeso, in forza di procura allegata da intendersi apposta in

calce all'atto di costituzione, dall'avv. Roberto Pipino del Foro di Palmi

(roberto.pipino@coapalmi.legalmail.it), con domicilio eletto in Palmi (RC),

Corso Tenente Aldo Barbaro n.39, presso lo studio legale del difensore.

Visto l'atto introduttivo del giudizio.

Letti gli atti e i documenti di causa.

All'udienza dibattimentale dell'8.5.2024, dopo la relazione di causa, sono

stati uditi il Pubblico Ministero in persona del dott. Francesco Foggia e

l'Avv. Roberto Pipino per il convenuto P. A..

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione depositato il 12.3.2021, la Procura Regionale ha

	convenuto in giudizio il dott. P. R., medico in servizio presso il Pronto	
	Soccorso dell’Ospedale di OMISSIS nell’anno 2015, per sentirlo condannare	
	– con imputazione a titolo di colpa grave - al risarcimento del pregiudizio	
	erariale, quantificato in euro 250.000,00, asseritamente cagionato	
	all’amministrazione sanitaria di appartenenza, Azienda Socio Sanitaria	
	Territoriale del OMISSIS, in conseguenza della definizione stragiudiziale di	
	un contenzioso con gli eredi di un paziente del servizio sanitario che avevano	
	domandato ed ottenuto il ristoro dei danni subiti a seguito del decesso del	
	congiunto, avvenuto in data 13.1.2015.	
	L’organo requirente riferiva di aver appreso la notizia di danno	
	tramite comunicazione in data 5.4.2018 della A.S.S.T. del OMISSIS e dava	
	conto di aver espletato l’attività istruttoria sulla base della documentazione	
	trasmessa dall’azienda sanitaria.	
	A sostegno della prospettazione accusatoria venivano esposti i	
	seguenti fatti.	
	1) In data 12.01.2015, verso le ore 12:24, la Sig.ra D. S., dell’età di 56	
	anni, si recava presso il Pronto Soccorso dell’ASST del OMISSIS –	
	OMISSIS, per un forte dolore toracico, che si irradiava dal giugolo al	
	braccio destro;	
	2) La paziente era accettata dal medico in servizio (dott. S. M. V.) con	
	codice <i>triage</i> giallo;	
	3) Alle ore 22:11 il sanitario operante presso il Pronto Soccorso, nella	
	persona del Dott. P. A., dopo aver effettuato alcuni esami diagnostici	
	e ritenendo non urgente alcun intervento, dimetteva la paziente con la	
	diagnosi di “ <i>dolore toracico aspecifico con riscontro di distelectasia</i> ”	
	2	

polmonare nella lingua” e consigliava alla donna di tornare il

mattino successivo per effettuare una consulenza pneumatologica;

4) Il giorno successivo la Sig.ra S. ritornava al Pronto Soccorso

dell'Ospedale di OMISSIS del OMISSIS. All'esito della visita

pneumatologica veniva disposto, alle ore 16:53, il suo trasferimento

al Pronto Soccorso di OMISSIS per effettuare una TAC toracica.

5) La paziente decedeva alle ore OMISSIS, subito dopo aver effettuato

l'esame diagnostico.

6) Nel mese di marzo successivo al decesso della Sig.ra S., il marito e i

due figli adivano il Tribunale di OMISSIS con ricorso per

Accertamento Tecnico Preventivo ex art. 696-bis c.p., al quale

allegavano una consulenza tecnica nella quale si ipotizzava che la

ritardata sottoposizione ad esami diagnostici aveva impedito di

riconoscere, in tempi utili ad un intervento di urgenza, la

“dissecazione aortica” di tipo A in corso nella paziente, alla quale

era addebitabile il repentino peggioramento delle sue condizioni e il

decesso.

7) La consulenza medica redatta in data 4 aprile 2016 dal CTU

nominato dal Tribunale, dott. C. B., elencate le cinque patologie più

frequenti che possono determinare il dolore toracico e indicata la

dissecazione aortica come quinta e ultima, affermava che “*questa*

patologia, in una paziente ipertesa, in assenza di un'altra diagnosi

certa, va sempre sospettata, anche se, normalmente, la dissecazione

aortica si accompagna ad una importante serie di segni e sintomi che

qui non erano presenti....Nel nostro caso, la dissecazione aortica si

	<i>era presentata in maniera atipica e, quindi, insidiosa per la presenza</i>	
	<i>di un solo sintomo, ancorché importante, e presente nel 96% dei casi,</i>	
	<i>il dolore toracico persistente. Pur non di meno, l'impossibilità di</i>	
	<i>provare l'esistenza di un'altra patologia, doveva portare,</i>	
	<i>obbligatoriamente alla necessità di indagare sulla presenza di una</i>	
	<i>eventuale dissecazione aortica e quindi alla necessità di richiedere,</i>	
	<i>prima della dimissione, un esame ecocardio trans-toracico... ”.</i>	
	8) Secondo il CTU, una corretta diagnosi della patologia avrebbe potuto	
	orientare verso un immediato intervento chirurgico, idoneo, secondo	
	la letteratura medica, a salvare la vita del paziente tra il 60% e l'80%	
	dei casi, mentre il decesso del paziente è molto frequente nel caso di	
	dissecazione di tipo A, chirurgicamente non trattato. Il CTU	
	stigmatizzava severamente il comportamento dei sanitari	
	dell'Azienda Sanitaria di OMISSIS, non solo per non aver	
	riconosciuto il problema che affliggeva la paziente e non aver	
	provveduto ai doverosi esami diagnostici, ma anche per non aver	
	fornito una diagnosi, per quanto superficiale, alla paziente,	
	dimettendola, invece, per un generico “dolore toracico aspecifico”.	
	Secondo quanto affermato nella consulenza d'ufficio sarebbe	
	<i>“inoppugnabile una grave manchevolezza nell'ambito di imperizia,</i>	
	<i>negligenza e imprudenza, in quanto non si può non convenire che è</i>	
	<i>doverosamente obbligatorio, di fronte ad una sintomatologia</i>	
	<i>dolorosa toracica, addivenire almeno ad una possibile ipotesi</i>	
	<i>etiopatogenetica, dopo aver valutato tutte le patogenesi della</i>	
	<i>sintomatologia in atto”.</i>	
	4	

	9) Quale concausa del decesso il CTU indicava inoltre il ritardo con il	
	quale i sanitari dell'A.S.S.T. del OMISSIS disponevano, nella	
	giornata del 13.1.2015, il trasferimento della Sig.ra S. presso il	
	nosocomio di OMISSIS per l'esecuzione della TC toracica, a seguito	
	della consulenza pneumologica eseguita in struttura. Al momento	
	degli esiti dell'angio-TAC eseguita presso l'A.O. di OMISSIS - che	
	mostravano la tragica situazione della paziente – non residuavano	
	spazi per agire, risultando ormai pressoché inevitabile il decesso della	
	Sig.ra S..	
	10) In conseguenza del deposito della relazione peritale in ambito di	
	ATP, il Comitato per la Valutazione dei Sinistri della struttura	
	sanitaria di OMISSIS in data 21 settembre 2016, decideva di	
	transigere il sinistro. La decisione veniva assunta in accordo con	
	l'assicuratore OMISSIS.	
	11) Per l'effetto, l'A.S.S.T. del OMISSIS, con delibera n. OMISSIS del	
	11.05.2017, autorizzava OMISSIS alla sottoscrizione della	
	transazione con gli eredi della Sig.ra S. per l'importo complessivo di	
	euro 550.000,00 oltre accessori.	
	12) La transazione veniva formalmente stipulata dall'OMISSIS e dagli	
	eredi della Sig.ra S. in data 19.05.2017.	
	13) In data 19.06.2017 venivano effettuati i pagamenti in favore dei	
	singoli eredi. Seguiva, in data 12.03.2018, il rimborso dall'Azienda	
	ospedaliera alla compagnia assicuratrice nei limiti della S.I.R. (Self	
	Insurance Retention) aziendale, nella misura prevista dal contratto di	
	assicurazione, pari ad euro 250.000,00 (franchigia assoluta).	
	5	

	La Procura Regionale richiama le risultanze della	
	perizia medico – legale acquisita d’ufficio dal Tribunale di OMISSIS	
	nell’ambito del procedimento giurisdizionale di ATP attivato dagli eredi	
	della Sig.ra S. e dopo aver evidenziato che il decesso della paziente (e il	
	conseguente danno erariale indiretto derivato dalla transazione risarcitoria)	
	risulterebbe inequivocabilmente riconducibile ad una gestione gravemente	
	negligente della paziente presso il Pronto Soccorso di OMISSIS del	
	OMISSIS nella giornata del 12.1.2015, imputava il danno erariale subito	
	dall’azienda sanitaria ad una condotta gravemente colposa del dott. P. A.,	
	con conseguente insorgenza, a suo carico, di una fattispecie di responsabilità	
	amministrativo – contabile imputabile a titolo di colpa grave.	
	Sulla scorta delle indicazioni contenute nella relazione medico –	
	legale, l’organo requirente contestava al dott. P. di non aver fatto ricorso a	
	tutti gli strumenti diagnostici da impiegare su un paziente che riferiva dolore	
	toracico intenso, peraltro irradiato dal braccio al giugulo, e in una omessa	
	diagnosi, dovendosi considerare la diagnosi offerta dal sanitario all’atto della	
	dimissione della Sig.ra S. (<i>“dolore toracico aspecifico”</i>) come una diagnosi	
	solo apparente.	
	Premesso che le cinque cause più frequenti della sintomatologia	
	algica toracica risulterebbero l’ischemia, la pericardite, l’embolia polmonare,	
	il reflusso gastro-esofageo e la dissecazione del tratto aortico discendente,	
	l’organo requirente evidenziava – sulla base di quanto riportato nella	
	consulenza medica – che le indagini diagnostiche colpevolmente non	
	effettuate dal dott. P. sarebbero state, nello specifico:	
	1) l’esame ecocardiografico, utile ad individuare pericardite e	

		dissecazione aortica;	
		2) il dosaggio del D-Dimero, utile alla individuazione di una embolia polmonare;	
		3) l'esame esofagogastroscoptico, utile alla diagnosi del reflusso-gastroesofageo e della incontinenza cardiale. Il ricorso a tale strumento diagnostico sarebbe stato imposto dalla mancata positiva reazione della paziente all'utilizzo di "Antra" (inibitore della acidità gastrica) somministrato in Pronto Soccorso.	
		Gli esami diagnostici disposti dal dott. P. (controllo elettrocardiografico e dosaggio della Troponina) sarebbero stati idonei unicamente ad escludere soltanto una delle cinque più frequenti patologie riferibili al sintomo della intensa algia toracica, segnatamente l'infarto del miocardio (ischemia).	
		La condotta gravemente colpevole del sanitario si sarebbe quindi sostanziata, in primo luogo, nell'omesso ricorso ad indagini diagnostiche volte ad accertare (o ad escludere) la presenza di un fenomeno di dissecazione aortica, malgrado tale patologia risultasse una delle cinque più frequenti, secondo la letteratura medica, collegata al dolore toracico persistente e nonostante il fatto che la sig.ra S., in fase di anamnesi, era nota soffrire di ipertensione arteriosa – circostanza che deponeva per una predisposizione alla dissecazione del tratto discendente dell'aorta. La superficialità delle indagini, sostanziatesi in un controllo routinario cardiologico a fronte di un veemente dolore retrosternale denunciato dalla paziente, sarebbe indice evidente di una rinuncia alla ricerca della etiopatogenesi e, quindi, della diagnosi medica.	

	In secondo luogo, la Procura Regionale contestava al Dott. P. di aver	
	dimesso la paziente sulla base di una diagnosi apparente (<i>“dolore toracico</i>	
	<i>aspecifico”</i>), da qualificare in termini di omessa diagnosi.	
	La condotta omissiva imputabile al convenuto avrebbe assunto un	
	peso decisivo nella causazione dell’ <i>exitus</i> della sig.ra S. e, dunque, nella	
	assunzione dell’ASST del OMISSIS di una posizione debitoria nei confronti	
	degli eredi della vittima.	
	Gli esami pneumatologici condotti solo il giorno OMISSIS, su	
	disposizione dello stesso dott. P. , per quanto non diretti alla ricerca di una	
	patologia in ambito cardiologico, si rivelavano utili a fare ipotizzare una	
	pericardite e a consigliare il monitoraggio della troponina e il dosaggio di D-	
	Dimero: proprio il risultato di tale esame (ottenuto alle 12:20), risultato	
	fortemente scompensato (valori di D-Dimero circa otto volte superiori al	
	normale), faceva sì che i sanitari dell’A.S.S.T. del OMISSIS si iniziassero ad	
	adoperare per un trasferimento della paziente presso l’A.O. di OMISSIS,	
	eseguito, però con più di quattro ore di ritardo, solo verso le 16:53, per	
	l’esecuzione di una TAC.	
	Presso il nosocomio di OMISSIS, la paziente mostrava un rapido e	
	inesorabile peggioramento, proprio pochi minuti dopo l’esecuzione	
	dell’esame di angio-TAC che portava, malgrado le rapide terapie	
	rianimatorie, al decesso della Sig.ra S., constatato alle ore OMISSIS.	
	Un ricorso efficace e responsabile agli strumenti diagnostici volti ad	
	una indagine corretta e completa della causa del forte dolore retrosternale	
	referito dalla paziente all’accesso al Pronto Soccorso, avrebbe portato, con	
	buona probabilità, alla formulazione di una diagnosi salva-vita della Sig.ra	
	8	

	S..	
	Come riportato nella consulenza medico – legale acquisita a seguito	
	dell’ATP, la corretta diagnosi della patologia avrebbe infatti consentito di	
	procedere ad un immediato intervento chirurgico, idoneo, secondo la	
	letteratura medica, a salvare la vita del paziente nella maggior parte dei casi.	
	Il decesso del paziente risulterebbe, per contro, molto frequente nel caso di	
	dissecazione di tipo A, prontamente non trattato, in quanto il ritardo conduce	
	inesorabilmente alla rottura del vaso aortico.	
	Il ritardo ulteriore (di circa quattro ore) nel trasferimento della Sig.ra	
	S. presso l’A.O. di OMISSIS, per quanto testimonianza di ulteriore	
	negligenza del personale sanitario operante presso il P.S. di OMISSIS e non	
	imputabile al convenuto – assente dal servizio in data OMISSIS - avrebbe	
	assunto un limitato ruolo concausale nel determinismo eziologico che	
	conduceva all’ <i>exitus</i> della paziente: nella relazione peritale condotta dal dott.	
	B. si afferma, infatti, che <i>“è effettivamente riconoscibile una censurabile</i>	
	<i>condotta attendistica da parte del personale medico del P.S. di OMISSIS del</i>	
	<i>OMISSIS anche nella giornata del OMISSIS, ma, si ribadisce, resta il fatto</i>	
	<i>che la dissecazione aortica era già, al mattino di tale giorno, con estrema</i>	
	<i>probabilità pericolosamente avanzata, tanto da rendere scarsamente</i>	
	<i>ammissibile la possibilità di salvare la vita della paziente con un intervento</i>	
	<i>tardivo”</i> .	
	Il pregiudizio erariale subito dall’azienda sanitaria veniva pertanto	
	imputato causalmente per intero alla responsabilità del dott. P. .	
	L’organo requirente riferiva di aver fatto precedere il deposito	
	dell’atto di citazione dalla formalizzazione dell’invito a fornire deduzioni e	
	9	

	dava conto del fatto che l'odierno convenuto non faceva pervenire memorie difensive.	
	In conclusione la Procura Regionale domandava la condanna del dott. P. A. al pagamento della somma di euro 250.000,00, oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giudizio, in favore della A.S.S.T. del OMISSIS.	
	Con Decreto del Presidente della Sez. Giurisdizionale del 13 aprile 2021, il giudizio veniva fissato per l'udienza di discussione del 12.1.2022.	
	Con comparsa depositata il 21.12.2021, si costituiva in giudizio il dott. P. A., rappresentato e difeso dall'avv. Roberto Pipino del Foro di Palmi.	
	Dopo aver riepilogato i fatti controversi e le contestazioni avanzate dalla Procura Regionale nei propri confronti, il dott. P. eccepiva preliminarmente l'inammissibilità/improcedibilità della domanda risarcitoria per violazione dell'art.9, Legge n.24/2017 (a mente del quale, se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti è esercitata a pena di decadenza entro un anno dall'avvenuto pagamento), atteso che non sarebbe stato personalmente coinvolto in alcuna fase del contenzioso risarcitorio attivato dagli eredi della Sig.ra S. e che l'azione erariale sarebbe stata promossa nel novembre 2020 (con la notificazione dell'invito a fornire deduzioni) a fronte della verifica del danno erariale che sarebbe intervenuta nel marzo 2018 (con il pagamento della franchigia). Poiché sarebbe trascorso ben più di un anno tra il perfezionamento del pregiudizio e la notificazione dell'invito a dedurre, la domanda introdotta dalla Procura Regionale sarebbe inammissibile per violazione dell'art.9,	

Legge n.24/2017.

La difesa del convenuto dava conto del fatto che la giurisprudenza consolidatasi successivamente all'entrata in vigore della Legge n.24/2017 esclude che le nuove norme possano essere applicate a fatti verificatisi prima della sua entrata in vigore. Nel riconoscere che il fatto all'origine del danno risaliva all'anno 2015, eccepiva tuttavia che sulla base di una ragionevole interpretazione del dato normativo, la decadenza annuale prevista dal menzionato art. 9 dovrebbe individuare – quale momento al quale riferire l'applicazione del principio dell'irretroattività delle leggi – non già il decesso della paziente, bensì il momento in cui veniva definita la vicenda risarcitoria (2018), atteso che ai fini della disciplina decadenziale introdotta dalla nuova legge, rileverebbe soltanto tale momento, da ritenere obiettivamente scollegato al preesistente fatto dannoso generatore. Dovendo l'art.9 della Legge n.24/2017 essere applicato alla vicenda controversa, risulterebbe palese l'intervenuta violazione del termine ivi previsto per la tempestiva introduzione del presente giudizio erariale – da ritenere pacificamente giudizio di rivalsa analogamente a quelli promossi direttamente dalle aziende sanitarie in sede giurisdizionale civile – con conseguente inammissibilità della pretesa risarcitoria formulata dalla Procura Regionale.

Nel merito il dott. P. allegava una perizia medica di parte redatta da un pool di esperti (dott.ssa E. V. - Medico Chirurgo Specialista in Medicina Legale e dott. G. R. - Medico Specialista in Chirurgia d'urgenza e Pronto Soccorso) e sulla base delle valutazioni rese dai consulenti, eccepiva che nel caso di specie non sarebbe possibile accertare una fattispecie di responsabilità erariale addebitabile a titolo di colpa grave.

	La difesa del convenuto richiamava puntualmente il documento	
	peritale e premetteva una analitica ricostruzione della vicenda sulla base	
	della documentazione sanitaria.	
	1) In data 12.01.2015 alle ore 12:25, la Sig.ra D. S., di anni 55, si	
	recava presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di OMISSIS in	
	ragione della presenza di “... dolore toracico irradiato al giugulo	
	... si modifica con gli atti respiratori ...”.	
	2) All'arrivo presso il Pronto Soccorso, i parametri vitali risultavano	
	nella norma, fatta salva la presenza di ipertensione arteriosa	
	sistolica (PA=150/70 mmHg). Era altresì registrato dolore pari a	
	8/10 su scala NRS.	
	3) L'esame obiettivo in ingresso evidenziava: “... attività cardiaca	
	presente e valida ... edemi declivi: no; emitoraci: normoespansi	
	...”.	
	4) Alle ore 15:00 il medico che aveva accolto la paziente, dott. S.,	
	era sostituito (come da turnistica programmata), dal dott. P. A., il	
	quale ereditava dal turno precedente, come dallo stesso riferito,	
	un totale di 6 pazienti in fase di valutazione di Pronto Soccorso, e	
	due ulteriori pazienti in Osservazione Breve Intensiva.	
	5) Alle ore 15:30 il Dott. P. prendeva in carico la Sig.ra S.,	
	registrando in anamnesi: “... dalle 12:00 circa lamenta dolore	
	retrosternale. Primo episodio. Il dolore è esacerbato dagli atti	
	respiratori profondi. In terapia antipertensiva nega allergie	
	farmacologiche ...”.	
	6) Il medesimo Dott. P. eseguiva altresì una rivalutazione clinico-	

	obiettiva, annotando: “... eupnoica, lucida e collaborante	
	deambula autonomamente. Obiettività cardiopolmonare nella	
	norma con polsi radiali presenti e validi bilateralmente. Alla	
	pressione dolore parasternale bilateralmente accentuato alla	
	digitopressione. Il dolore si presenta anche in posizione supina e	
	con i movimenti del tronco ...”.	
	7) L’esame radiografico del torace, eseguito alle ore 14:53, metteva	
	in evidenza “... polmoni ben espansi. Minimo ispessimento	
	pleurico apicale bilaterale. Non lesioni pleuro-parenchimali in	
	atto. Minima distelectasia parenchima polmonare nella lingua in	
	sede paracardiaca. Cuore ed aorta nei limiti ...”	
	8) Gli esami emato-biochimici, pervenuti alle ore 14:12, rilevavano	
	una modesta leucocitosi neutrofila e lieve riduzione del tempo di	
	tromboplastina parziale, stante la normalità dei restanti parametri	
	esplorati, ivi compresa la troponina (0,002 ng/mL).	
	9) L’elettrocardiogramma (ora di refertazione non allegata) non	
	mostrava significative modificazioni patologiche acute in atto.	
	10) Alle ore 20:40, il Dott. P. rilevava: “... alla rivalutazione la pz	
	riferisce possibilità ad eseguire atti respiratori più profondi ma	
	persistenza del dolore. Si segnala inoltre contrattura M. trapezi	
	bilateralmente ...”, alle successive ore 22:09 il medesimo	
	specialista annotava: “... eupnoica, netto miglioramento dei	
	sintomi ...”.	
	11) Sulla base del miglioramento clinico della sintomatologia	
	lamentata dalla paziente, alle ore 22:12 la stessa era dimessa al	

proprio domicilio con diagnosi di “... *dolore toracico aspecifico con riscontro di distelectasia polmonare nella lingua ...*” ed indicazione tornare presso il Pronto Soccorso “... *domani mattina ore 11.00 per consulenza pneumologica ...*”.

12) Come programmato, il giorno successivo, 13.01.2021, la Sig.ra S. era accolta presso il medesimo Pronto Soccorso per eseguire visita pneumologica, dal cui referto si apprendeva: “... *Iperpesa. Da ieri comparsa di dolore a partenza retrosternale irradiato al giugulo e alla spalla dx. All’RX torace non evidenza di lesioni pleuro-parenchimali a focolaio in atto, minima distelectasia alla lingua a sinistra. Il dolore viene evocato dalla digitopressione sottoxifoidea e periscapolare sx, da alcuni movimenti, dal respiro che è riferito dalla paziente pulsante sincro al cuore. Al torace non rumori patologici aggiunti, in particolare non rumori da sfregamento. Non si può escludere pericardite. Si consiglia: monitoraggio della troponina ed eseguire D-dimero, se > 1000 eseguirei angioTC ...*”. - Gli esami emato-biochimici evidenziavano riduzione degli eritrociti e dell’emoglobina rispetto al giorno precedente, ulteriore innalzamento della leucocitosi a prevalenza neutrofilica, nonché D-Dimero pari a 4268,7 mg/L.

13) In ragione dell'aumento del D-Dimero, la paziente veniva trasferita presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di OMISSIS per essere sottoposta ad esame angio-TC polmonare, dal momento che l'apparecchiatura necessaria non risultava al momento disponibile nella struttura di OMISSIS. Del OMISSIS,

ove la Sig.ra S. si trovava al momento.

14) Giunta presso il Nosocomio di OMISSIS, era eseguito il previsto esame angio-TC polmonare, che metteva in evidenza: “... *Non difetti di riempimento da riferire a trombi o emboli in corrispondenza di tronco arterioso polmonare, arterie polmonari principali destra e sinistra e a livello delle principali diramazioni lobari e segmentarie. Dissezione aortica di tipo A estesa dal tratto ascendente dell’aorta toracica fino all’aorta addominale ove è stata interrotta l’acquisizione. Per quanto valutabile in relazione alla metodica di indagine dilatato il tratto ascendente dell’aorta toracica (calibro di 48 mm). Nella fase venosa dello studio il falso lume ha valori densitometrici sovrapponibili a quelli del vero lume. Il flap intimale si estende anche all’origine dei tronchi sovraortici; non si distingue con certezza un’eventuale estensione lungo il loro decorso. La metodica di indagine non consente di fornire altri elementi morfologici descrittivi della dissezione aortica. Polmoni ben espansi. Strie distelectasiche nella lingula. Pervie trachea e diramazioni bronchiali principali. Non versamento pleurico. In merito agli altri parenchimi compresi nel volume d’indagine si consiglia rivalutazione delle immagini in regime di non urgenza ...”.*

15) In seguito all'esecuzione dell'esame radiologico, la Sig.ra S. andava incontro ad arresto cardiocircolatorio. La valutazione cardiologica metteva in evidenza: "... *paziente di 55 aa, ipertesa, non precedenti cardiologici di rilievo. Giunge in PS a OMISSIS*

da OMISSIS per eseguire angioTC torace nel sospetto di embolia polmonare acuta, alla TC evidenza di dissezione dell'aorta ascendente di tipo A irradiata ai tronchi sovraortici. Al mio arrivo paziente in arresto cardiaco, intubata, amine in corso, presente collega rianimatore, in corso MCE e ventilazione polmonare. All'ecocardio TT per quanto visualizzabile (pessima finestra acustica) ventricolo fermo e versamento pericardico ubiquitario. Prosegue le manovre rianimatorie, si defibrilla più volte senza ripristino di ritmo cardiaco efficace ...".

16) Alle ore OMISSIS del giorno OMISSIS era constatato il decesso della Sig.ra S., che era ascrivito ad “... *ACC in dissecata* ...”.

Sulla base del riferito quadro obiettivo degli accadimenti, la difesa
del convenuto, basandosi sulle valutazioni medico – legali sviluppate dai
dott.ri V. e R., evidenziava, in sintesi, quanto segue.

1) La patologia aortica sofferta dalla Sig.ra S. si era manifestata in forma del tutto atipica e si rivelava, come invero riconosciuto dallo stesso CTU in sede di ATP, di difficile individuazione diagnostica.

2) L'unica avvisaglia che avrebbe potuto suggerire un processo di dissecazione aortica era legata al manifestato dolore toracico. Al momento della visita del 12.1.2015 in Pronto Soccorso, tuttavia, il dolore non era riferito insopportabile, né era descritto un dolore di tipo "lacerante/squartante/a coltellata", benché l'algia risultasse all'ingresso intensa (NRS 8/10). Contrariamente a quanto riferito dal CTU dott. B., l'irradiazione del dolore non risultava diretta verso il braccio destro, ma verso la spalla e sino al giugulo. Tale circostanza,

	5) Assolutamente corretta, allo scopo di valutare la presenza di una	
	sindrome coronarica, sarebbe stata la decisione di sottoporre la	
	paziente ad elettrocardiogramma, a radiografia del torace e alla	
	somministrazione della troponina (marker di necrosi cardiaca).	
	6) La risoluzione pressoché completa del dolore dopo la	
	somministrazione di farmaci ad azione miorilassante avvalorava la	
	diagnosi di dolore di parete, su base muscolare o condritica. In	
	ragione del netto miglioramento del quadro clinico, la paziente era	
	dimessa al proprio domicilio con indicazione a tornare il giorno	
	successivo alle ore 11:00 al fine dell'esecuzione di una valutazione	
	specialistica pneumologica. Tale opzione risultava in particolare	
	sorretta dall'esito della radiografia del torace, che aveva evidenziato	
	una minima <i>“distelectasia parenchima polmonare nella lingula in</i>	
	<i>sede paracardiaca”</i> . Di tali evidenze veniva dato conto nel foglio di	
	dimissioni, che recitava <i>“... dolore toracico aspecifico con riscontro</i>	
	<i>di distelectasia polmonare nella lingula ...”</i> , con conseguente	
	infondatezza della prospettazione accusatoria nella parte in cui	
	contestava una dimissione in assenza di diagnosi ovvero una diagnosi	
	soltanto apparente.	
	7) Dal lato causale nessuna ragionevole certezza sussisterebbe in merito	
	al fatto che l'effettuazione dell'esame ecocardiografico transtoracico	
	e il dosaggio del D-Dimero avrebbero consentito di scongiurare il	
	decesso della Sig.ra S., atteso in particolare che per il quadro clinico	
	rilevato il giorno del primo accesso al Pronto Soccorso, non poteva	
	escludersi la negatività di tali esami. Inoltre, anche qualora si fosse	

	intervenuti chirurgicamente sulla paziente, la mortalità della chirurgia	
	della dissecazione aortica risulta elevata, come peraltro sottolineato	
	dallo stesso CTU, dott. B.. Non vi sarebbe dunque dimostrazione che	
	la diagnosi di dissecazione aortica sarebbe stata possibile già in data	
	12.01.2015, e in ogni caso non sarebbe possibile affermare che tale	
	diagnosi avrebbe permesso con elevata probabilità la sopravvivenza	
	della paziente.	
	8) In nessun caso potrebbero essere addebitati al convenuto i rilevati	
	ritardi nell'effettuazione della TAC in data 13.1.2015, atteso che in	
	tale data non risultava in servizio.	
	9) Con riguardo alle cause del decesso, dovrebbe essere valutato che sul	
	corpo della deceduta Sig.ra S. non sarebbe stato eseguito il riscontro	
	diagnostico; la <i>causa mortis</i> identificata presumibilmente nella	
	<i>“rottura intrapericardica”</i> della dissecazione aortica rilevata	
	radiologicamente non sarebbe quindi che una diagnosi ipotetica,	
	poiché a livello strumentale veniva rilevata solamente la presenza	
	della dissecazione e non della rottura.	
	Dopo aver eccepito che una eventuale propria responsabilità non	
	potrebbe in ogni caso essere imputata a titolo di colpa grave ed aver	
	richiesto, in via subordinata, in caso di affermazione di responsabilità,	
	l'applicazione del potere riduttivo, il dott. P. concludeva domandando,	
	- In via preliminare, l'accertamento dell'improcedibilità e decadenza	
	della pretesa risarcitoria avanzata dalla Procura Contabile.	
	- Nel merito, l'accertamento dell'infondatezza delle pretese azionate.	
	- In subordine, nel caso in cui le domande di cui all'atto di citazione	
	19	

	fossero riconosciute, anche solo parzialmente, fondate, l'applicazione	
	del potere riduttivo nella misura maggiore possibile o ritenuta	
	adeguata al caso di specie.	
	- Con vittoria delle spese di giudizio.	
	In via istruttoria veniva dedotta CTU con richiesta di formulazione di	
	quesiti finalizzati ad ottenere una ricostruzione obiettiva della vicenda	
	sanitaria controversa.	
	A seguito dell'udienza del 12.1.2022, la Sezione adottava	
	l'Ordinanza n.29 del 14.3.2022 con la quale, impregiudicata ogni decisione	
	in ordine alle questioni preliminari, veniva disposta – in applicazione	
	dell'art. 97, comma 1, c.g.c. – l'acquisizione di ulteriori elementi di	
	valutazione e, in particolare, una consulenza tecnica da parte di qualificato	
	organo sanitario pubblico, che veniva individuato nell'Ufficio Medico	
	Legale del Ministero della Salute in Roma (U.M.L.), al quale veniva	
	inoltrata richiesta di parere medico legale sui seguenti quesiti:	
	<i>1) Se, sulla base della documentazione in atti, avuto specifico riguardo</i>	
	<i>alle perizie medico – legali allegate, le attività poste in essere dal</i>	
	<i>dott. P. A. a seguito del ricovero presso il Pronto Soccorso</i>	
	<i>dell'Ospedale di OMISSIS del OMISSIS, in data 12.1.2015, della</i>	
	<i>Sig.ra S. Diletta, siano state connotate da appropriatezza sanitaria.</i>	
	<i>In particolare, se risultasse ragionevole, sulla base del quadro</i>	
	<i>clinico, limitare gli accertamenti diagnostici ad un</i>	
	<i>elettrocardiogramma, ad una radiografia toracica e al dosaggio</i>	
	<i>della troponina o non fosse invece necessario, per scongiurare i</i>	
	<i>rischi derivanti dal lamentato intenso dolore toracico, acquisire le</i>	
	20	

	<i>risultanze di una ecocardiografia transtoracica e procedere al</i>	
	<i>dosaggio del D-Dimero.</i>	
	<i>2) Nel caso in cui tali attività siano risultate non appropriate, se il</i>	
	<i>danno irreparabile subito dalla Sig.ra S. D. possa essere ricondotto</i>	
	<i>eziologicamente e, nell’affermativa, in quale misura rispetto ad</i>	
	<i>eventuali altri contributi causali, alle attività non appropriate poste</i>	
	<i>in essere dal dott. P. A..</i>	
	<i>3) In caso di accertata non appropriatezza delle attività poste in essere,</i>	
	<i>se la condotta del dott. P. A. si sia discostata significativamente dal</i>	
	<i>corretto modus operandi richiesto, secondo scienza medica, secondo</i>	
	<i>le Linee – Guida e secondo i Protocolli operativi valevoli nel caso di</i>	
	<i>specie.</i>	
	Con l’Ordinanza n.29/2022, veniva previsto che il Collegio medico –	
	legale dovesse essere composto da un medico specialista in cardiologia e da	
	un medico specialista in medicina d’emergenza - urgenza.	
	L’attività istruttoria è durata oltre i termini previsti nell’Ordinanza	
	n.29/2022 e ha formato oggetto della concessione di una proroga del termine	
	di deposito del parere medico – legale richiesto (Decreto n.1/2023).	
	L’elaborato peritale definitivo dell’U.M.L. presso il Ministero della	
	Salute è stato depositato in data 19.2.2024. In data 22.2.2024 il parere	
	medico – legale veniva depositato in una versione integrata con le	
	valutazioni sulle deduzioni formulate, nell’interesse del dott. P., dalla	
	Dott.ssa E. V. in data 19.2.2024.	
	Secondo le valutazioni del Collegio peritale, composto da medici	
	legali e da specialisti in cardiologia e in chirurgia d’urgenza, l’evento	

	dannoso sarebbe imputabile ad un comportamento negligente ed imprudente	
	del Dott. P. A.. Non sussisterebbero tuttavia gli estremi per qualificare la sua	
	condotta in termini di colpa grave.	
	Con Istanza di fissazione di udienza depositata in data 21.3.2024, la	
	Procura Regionale domandava la fissazione dell’udienza dibattimentale per	
	la prosecuzione del processo.	
	Con Decreto del Presidente della Sezione Giurisdizionale in data	
	21.3.2024, il giudizio veniva chiamato per l’odierna udienza di discussione.	
	Con memoria conclusiva depositata il 14.4.2024, la difesa del Dott.	
	P. richiamava le conclusioni contenute nella consulenza medico legale e	
	dopo aver confermato tutte le deduzioni difensive articolate in corso di causa	
	ed aver inoltre rilevato – anche ai fini dell’eventuale applicazione, in caso di	
	condanna, del potere riduttivo - che in ogni caso la transazione conclusa	
	dall’azienda sanitaria non sarebbe opponibile al convenuto e che comunque	
	la polizza assicurativa stipulata dall’A.S.S.T. del OMISSIS avrebbe previsto	
	una S.I.R. (<i>Self Insurance Retention</i>) di importo decisamente elevato, con	
	conseguente eccessivo carico nei confronti dei sanitari, concludeva in	
	conformità all’atto di costituzione in giudizio.	
	All’odierna udienza dibattimentale la Procura Regionale ha	
	contestato le conclusioni della relazione peritale d’ufficio e nel riportare i	
	passaggi dell’elaborato in cui si da conto del fatto che la mancata	
	sottoposizione della paziente ad esami strumentali finalizzati ad indagare le	
	cause dell’intenso dolore toracico lamentato si appalesa quale negligenza	
	operativa, ha evidenziato che tale condotta colposa, direttamente incidente	
	sulle cause del decesso della paziente, deve essere qualificata in termini di	
	22	

gravità.

La difesa del Dott. P. ha insistito nelle eccezioni difensive formulate nel corso del giudizio e ha concluso domandando il rigetto della domanda risarcitoria.

Al termine della discussione, la causa è stata trattenuta in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. In via preliminare deve essere analizzata l'eccezione di inammissibilità dell'atto di citazione per essere stato promosso dalla Procura Regionale a distanza di oltre due anni dalla definizione della controversia insorta tra i parenti della Sig.ra S. e l'azienda sanitaria e autonomamente definita in via transattiva. In violazione dell'art.9, comma 2, Legge n.24/2017, a mente del quale, se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno (come nel caso di specie), l'azione di rivalsa nei suoi confronti è esercitata a pena di decadenza entro un anno dall'avvenuto pagamento.

L'eccezione non può trovare accoglimento atteso che secondo la giurisprudenza della Corte dei conti, l'art. 9, comma 2, Legge 24/2017, nel suo chiaro tenore letterale, riguarda unicamente *“l'azione di rivalsa”*, ovvero l'azione della struttura sanitaria, e non già l'azione di responsabilità amministrativa esercitata dal Pubblico Ministero Contabile contabile, per contro disciplinata dal successivo comma 5, per la quale non si prevede alcun termine di decadenza (si vedano Corte conti, Sez. Piemonte n.365/2021; id., Sez. Toscana, n.14/2021 (sentenza/ordinanza); id., n. 440/2019; id., n. 84/2019; id., Sez. Lazio, n. 581/2018).

La Sezione osserva inoltre che l'applicazione delle disposizioni

	contenute nella Legge n.24/2017 non possono trovare applicazione nel caso	
	di specie, atteso che la vicenda di asserita <i>malpractice</i> sanitaria e la	
	successiva controversia insorta tra l'amministrazione e i parenti della Sig.ra	
	S. si è collocata temporalmente in epoca anteriore rispetto all'entrata in	
	vigore della nuova disciplina.	
	Secondo un primo orientamento del Giudice Contabile (si vedano	
	Corte dei conti, Sez. I° App., n.536/2017; id., n. 198/2023; id., n. 536/2017;	
	id., n.14/2019; id., Sez. II° App., n. 224/2021; id., n.388/2021; id., Sez.	
	Piemonte, n. 15/2023; id., n. 20/2023; id., Sez. Lombardia, n.93/2017,	
	n.50/2018, n.53/2018), le norme contenute nella Legge n.24/2017 non si	
	applicano ai fatti antecedenti alla sua entrata in vigore. L'irretroattività della	
	Legge n.24/2017, secondo questo orientamento, deve essere ancorata, ai fini	
	della sua concreta applicabilità, alla data in cui si è verificato il fatto	
	dannoso, in tal modo assicurando certezza alle situazioni giuridiche	
	coinvolte. Il principio è confermato nell'ambito della giurisdizione ordinaria	
	(si veda Cass. civ., Sez. III, n. 28994/2019).	
	Secondo un secondo orientamento, fatto proprio da questa Sez.	
	Giurisdizionale (sentenza n.77/2023), la nuova disciplina contenuta nella	
	Legge n.24/2017 può trovare applicazione anche per fatti storici di	
	<i>malpractice</i> sanitaria anteriori alla data di entrata in vigore della riforma, in	
	tutti i casi in cui la procedura aziendale per la gestione delle richieste	
	risarcitorie venga avviata nella vigenza della nuova normativa, venendo in	
	questo caso a mancare il presupposto fondante l'irretroattività delle norme	
	processuali.	
	Fatte queste premesse non può quindi essere accolta la tesi	

	prospettata dalla difesa del convenuto – secondo la quale l’applicazione della	
	nuova disciplina sarebbe stata resa necessaria in ragione del fatto che il	
	contenzioso stragiudiziale promosso dai parenti della Sig.ra S. si sarebbe	
	definito soltanto nel 2018 – atteso che l’asserito episodio di <i>malpractice</i>	
	sanitaria si è verificato nel Gennaio 2015 e che comunque la procedura	
	aziendale per la gestione della richiesta risarcitoria è stata avviata già	
	nell’anno 2016, successivamente alla conclusione del procedimento per	
	Accertamento Tecnico Preventivo promosso davanti al Tribunale di	
	OMISSIS dai parenti della Sig.ra S. (definito in data 4.4.2016 con il deposito	
	della CTU del dott. C. B.) e ha condotto alla decisione di transigere il	
	sinistro da parte del Comitato per la Valutazione dei sinistri dell’azienda	
	sanitaria, in accordo con la Compagnia di assicurazioni OMISSIS, in data	
	21.9.2016 (a cui seguiva, in data 11.5.2017, la Deliberazione n.OMISSIS	
	della A.S.S.T. del OMISSIS di autorizzazione alla sottoscrizione dell’atto	
	transattivo, che veniva stipulato il 19.5.2017). La successiva definizione del	
	procedimento in data 12.3.2018 ha invero riguardato esclusivamente la	
	sistemazione del dare/avere tra amministrazione e assicuratore in funzione	
	dell’incidenza della S.I.R. sul complessivo ammontare risarcitorio liquidato.	
	2. In assenza di ulteriori questioni pregiudiziali può essere affrontato il	
	merito della controversia.	
	La domanda risarcitoria promossa dalla Procura Regionale è fondata.	
	2.1. Sulla base della documentazione contenuta nel fascicolo processuale	
	può essere ritenuto assodato che la Sig.ra D. S. – ricoverata in data 12.1.2015	
	h.12:24 presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale di OMISSIS del OMISSIS e	
	successivamente dimessa in pari data alle h.22:12 con la diagnosi “ <i>dolore</i>	
	25	

toracico aspecifico con riscontro di distelectasia polmonare della lingua"

con invito a ripresentarsi in Ospedale la mattina seguente per effettuare una

consulenza pneumologica – sia deceduta il giorno seguente all'accesso in

Pronto Soccorso a causa di una “*dissecazione aortica*” di tipo A, che veniva

diagnosticata a seguito di una TAC toracica eseguita presso l'Ospedale di

OMISSIS, dove la Sig.ra S. veniva trasferita alle h.16:53 proprio per

effettuare l'accertamento diagnostico. Il decesso interveniva alle

h.OMISSIS.

La causa del decesso per dissecazione aortica di Tipo A ha trovato

positivo riscontro nell'accertamento diagnostico TAC effettuato presso

l'Ospedale di OMISSIS ed è stata confermata nelle consulenze tecniche

d'ufficio acquisite, con la conseguenza che non può ritenersi meritevole di

accoglimento l'eccezione, formulata dalla difesa del Dott. P., secondo la

quale la causa del decesso non sarebbe stata avvalorata da un'indagine *post*

mortem.

Sulla base delle consulenze tecniche d'ufficio acquisite sia nel

presente procedimento, sia nel procedimento per ATP promosso dai parenti

della paziente defunta presso il Tribunale di OMISSIS, può ritenersi

accertato che la morte della Sig.ra S. – direttamente collegato causalmente al

tragico evento della dissecazione aortica – ha trovato concausa efficiente

nella mancata tempestiva diagnosi della patologia presso il Pronto Soccorso

di OMISSIS del OMISSIS.

La mancata attivazione delle indagini diagnostiche è obiettivamente

imputabile al Dott. P., che ebbe in cura la paziente dalle h.15:30 (circa due

ore dopo il suo accesso in ospedale) sino alle dimissioni, intervenute alle

h.22:12.

Nel corso della degenza in Pronto Soccorso, a fronte di un riferito intenso dolore toracico vennero disposti esclusivamente il controllo elettrocardiografico e il dosaggio della Troponina, che sarebbero stati idonei unicamente ad escludere l'infarto del miocardio (ischemia), ma non già le ulteriori possibili cause dell'algia lamentata, tra cui la dissecazione aortica, la quale, specificamente nella estrinsecazione di Tipo A (coinvolgente l'aorta discendente), conduce molto rapidamente alla morte qualora non trattata chirurgicamente. In Pronto Soccorso non venivano in particolare espletati l'esame ecocardiografico, utile ad individuare pericardite e dissecazione aortica, il dosaggio del D-Dimero, utile alla individuazione di una embolia polmonare e l'esame esofagogastroscoptico. Non veniva inoltre acquisita una consulenza cardiologica.

Come esposto nel parere medico – legale U.M.L. *“il ruolo concausale dell'atteggiamento negligente ed imprudente del Dott. P. che ebbe in cura la paziente ed il conseguente ritardato intervento diagnostico-terapeutico determinarono inevitabilmente una netta riduzione delle probabilità di cura e, quindi, di guarigione della stessa assistita, concorrendo inevitabilmente alla rapida morte della paziente. L'effettuazione di idonei accertamenti diagnostici, in virtù dell'ipotesi di una condizione di dissecazione aortica, condotti in maniera tempestiva, avrebbero potuto infatti con ogni verosimiglianza evitare o quantomeno diminuirne grandemente la probabilità di incorrere nello shock ipovolemico e nel successivo arresto cardiaco che ha condotto alla morte la paziente.”*

Più problematica risulta la considerazione dell'elemento psicologico

della colpa grave.

Secondo il parere medico – legale redatto dall’U.M.L., il decesso della Sig.ra S. sarebbe ricollegabile, seppure in via concausale, ad una condotta negligente ed imprudente del convenuto, il cui ritardato intervento diagnostico-terapeutico avrebbe determinato una netta riduzione delle probabilità di cura, concorrendo quindi alla sua morte.

Tuttavia, secondo il Collegio peritale, il comportamento del Dott. P. non avrebbe presentato i caratteri della gravità della colpa, atteso che il quadro sintomatologico osservato non deponeva per una diagnosi di sofferenza aortica, ma poteva ragionevolmente far propendere per una malattia di origine infiammatoria viscerale o superficiale - ipotesi avvalorata anche dalla risoluzione pressoché completa del dolore dopo la somministrazione di farmaci ad azione miorelassante.

Pur dando atto della censurabilità della condotta del sanitario,
l'U.M.L. concludeva escludendo l'imputabilità dell'evento dannoso a titolo
di colpa grave.

L'analisi complessiva della vicenda induce tuttavia la Sezione a ritenere che le censure accertate in via peritale rispetto all'operato del Dott. P., debbano essergli imputate a titolo di colpa grave.

Si evidenzia quanto segue.

1) Il Collegio medico legale dell'U.M.L. ha ritenuto - sulla base di un'accurata analisi sia in astratto della patologia di dissecazione aortica (in particolare quella più grave di Tipo A sofferta dalla Sig.ra S.), sia in concreto del comportamento del Dott. P. – che “ *Nel caso di specie, sulla base di quanto detto finora, quanto emerso dalla*

raccolta anamnestica, l'obiettività rilevata, le emergenze degli accertamenti di laboratorio, le indagini strumentali effettuate, avrebbero dovuto porre i sanitari in una situazione di grande attenzione se non altro dell'evoluzione del quadro clinico, al fine di una ipotesi diagnostica non definita al momento durante il ricovero nonostante il sintomo principale, ovvero il dolore toracico. Al contrario, come emerso dalla lettura della documentazione sanitaria, l'atteggiamento tenuto dagli stessi sanitari è stato connotato da elementi di imprudenza e negligenza, estrinsecantesi in una serie di atti diagnostici ed obiettivi che si sono concluse con una troppo precoce dimissione della paziente, senza quindi una specifica causa più o meno attendibile del dolore toracico, peraltro indotto alla sua risoluzione attraverso l'ausilio della terapia medica, fatto quest'ultimo non esente da colpa, visto che ha inficiato la possibilità di studiarne l'evoluzione proprio perché mascherato dalla terapia somministrata. Sulla base di quanto detto, appare evidente la sussistenza di una censura professionale in termini di imprudenza e negligenza da parte dei sanitari che ebbero in cura la Sig.ra D. S. presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di OMISSIS del OMISSIS. Tale censura si estrinseca in una negligente e imprudente gestione del ricovero, con un atteggiamento superficialmente attendista dell'evoluzione del quadro clinico nelle prime fasi e successivamente conclusosi con una troppo intempestiva dimissione della paziente, nonostante l'anamnesi, l'esame obiettivo, le analisi di laboratorio e le indagini strumentali non avessero ancora escluso tutte le cause

	<i>sopra citate causa di dolore toracico, in particolare di quelle</i>	
	<i>pericolose per l'esistenza.....L'effettuazione di idonei accertamenti</i>	
	<i>diagnostici, in virtù dell'ipotesi di una condizione di dissecazione</i>	
	<i>aortica, se condotti in maniera tempestiva, avrebbero potuto infatti</i>	
	<i>con ogni verosimiglianza evitare o quantomeno diminuirne</i>	
	<i>grandemente la probabilità di incorrere nello shock ipovolemico e</i>	
	<i>nel successivo arresto cardiaco che ha condotto alla morte la</i>	
	<i>paziente”.</i>	
	2) Con riguardo alla decisione di soprassedere all'effettuazione di	
	indagini più accurate in ordine alla possibilità che la paziente	
	soffrisse di dissecazione aortica, il Collegio peritale, pur dando atto	
	che sul piano clinico non sussisteva una sintomatologia che la potesse	
	far ipotizzare, affermava che “...tuttavia appare decisamente	
	<i>incongrua la decisione di soprassedere all'esecuzione di una</i>	
	<i>ecocardiografia, di una esofagogastrodigiunosopia e di una</i>	
	<i>angioTAC del torace. Per quanto riguarda il dosaggio del D-</i>	
	<i>Dimero, i valori attesi, qualora fosse stato effettuato, sarebbero stati</i>	
	<i>sicuramente elevati e congrui con la presenza di una patologia</i>	
	<i>infiammatoria polmonare diagnosticata mediante la radiografia del</i>	
	<i>torace”.</i>	
	Le conclusioni alle quali è pervenuto il Collegio medico – legale	
	depongono inequivocabilmente per l'accertamento di una responsabilità da	
	<i>malpractice</i> sanitaria. Il CTU ha tuttavia concluso affermando che la colpa	
	del medico non avrebbe raggiunto il grado della gravità.	
	La Sezione rileva in primo luogo che la motivazione - posta a base	

	della ritenuta esclusione della colpa grave - secondo cui il medico sarebbe	
	stato sviato nella diagnosi dall'intervenuta risoluzione pressoché completa	
	del dolore dopo la somministrazione di farmaci ad azione miorilassante -	
	risulta contraddittoria rispetto a quanto affermato dal medesimo Collegio	
	peritale nella parte motiva dell'elaborato (pag.15), laddove l'intervenuta	
	somministrazione di farmaci ad azione miorilassante viene imputata a	
	negligenza, avuto riguardo al fatto che la difficoltà obiettiva della diagnosi	
	sarebbe stata ostacolata proprio dalla <i>“.....sua risoluzione attraverso</i>	
	<i>l'ausilio della terapia medica, fatto quest'ultimo non esente da colpa, visto</i>	
	<i>che ha inficiato la possibilità di studiarne l'evoluzione proprio perché</i>	
	<i>mascherato dalla terapia somministrata”</i> .	
	E' indubbio che la possibilità che il dolore acuto lamentato in Pronto	
	Soccorso dalla Sig.ra S. dipendesse da una dissecazione aortica di Tipo A era	
	di limitata consistenza. Nondimeno tale possibilità non poteva escludersi in	
	via assoluta e doveva essere presa in considerazione dai sanitari. In una	
	situazione di questo tipo la Sezione ritiene che sia stato gravemente	
	negligente omettere gli ulteriori approfondimenti diagnostici, avuto riguardo	
	alla circostanza, da ritenere decisiva nell'accertamento della responsabilità	
	del Dott. P., che seppure di scarsa probabilità, la patologia della dissecazione	
	aortica di Tipo A risultava connotata clinicamente da una pericolosità di	
	livello elevatissimo, che avrebbe richiesto un immediato ed urgente	
	intervento in sede chirurgica. Il mancato approfondimento diagnostico, al	
	quale è tragicamente conseguito il repentino peggioramento delle condizioni	
	dell'assistita e il suo decesso, deve conseguentemente essere imputato ad una	
	condotta gravemente colposa del convenuto.	
	31	

2.2. La Sezione reputa esercitabile, nella fattispecie all'esame, il potere riduttivo previsto dall'art. 52 del R.D. 1934/1214. A tale determinazione si perviene considerando che se è vero che la condotta del Dott. P. è stata connotata da colpa grave, è tuttavia altrettanto vero che la fattispecie è stata obiettivamente caratterizzata dalla verifica di un evento sanitario decisamente infrequente che è stato affrontato dal Dott. P. in un impegnativo contesto lavorativo (accertata presenza in Pronto Soccorso, nel pomeriggio del 12.1.2015, di 8 pazienti in valutazione d'urgenza).

Il danno erariale addebitabile al Dott. P. A. viene conseguentemente
fissato nella somma risarcitoria di euro 150.000,00.

3. In conclusione si ravvisano in capo al Dott. P. A., pienamente sussistenti gli elementi costitutivi della responsabilità per il danno erariale arrecato al patrimonio della Azienda Socio Sanitaria Territoriale del OMISSIS, definitivamente quantificato nella somma di euro 150.000,00:

- 1) il rapporto di servizio in ragione del quale si è verificato il comportamento pregiudizievole;
- 2) il nesso di causalità tra l'evento lesivo e la condotta gravemente colposa posta in essere;
- 3) l'elemento soggettivo della colpa grave.

La somma risarcitoria, da intendersi già rivalutata, sarà gravata degli interessi legali a far data dalla pubblicazione della sentenza sino al soddisfo.

4. Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia,

definitivamente pronunciando,

	Rigetta	
	L'eccezione di inammissibilità dell'atto di citazione per violazione dell'art.9,	
	comma 2, Legge n.24/2017.	
	Condanna	
	Il convenuto P. A., per l'addebito di responsabilità amministrativa di cui	
	all'atto di citazione in epigrafe, al pagamento, in favore della Azienda Socio	
	Sanitaria Territoriale del OMISSIS, della somma di euro 150.000,00.	
	La predetta somma, da intendersi già rivalutata, sarà gravata degli interessi	
	legali a far data dalla pubblicazione della sentenza sino al soddisfo.	
	Le spese del giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate nella misura	
	di euro 127,22.	
	Dispone	
	In applicazione dell'art. 52, D. Lgs. n. 196 del 2003, che in caso di	
	diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione	
	giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di	
	comunicazione elettronica, siano omesse le generalità e degli altri elementi	
	identificativi, anche indiretti, dei convenuti, dei terzi e, se esistenti, dei danti	
	causa e degli aventi causa.	
	Così deciso in Milano, nella camera di consiglio dell'8.5.2024.	
	L'ESTENSORE IL PRESIDENTE	
	(Dott. Gaetano Berretta) (Dott. Antonio Marco Canu)	
	(firma apposta digitalmente) (firma apposta digitalmente)	
	Depositato in Segreteria il 03/09/2024	
	Il Direttore della Segreteria	
	(Dott.ssa Federica Dainotti)	
	33	

	(firmato digitalmente)	
	In esecuzione del Provvedimento ai sensi del menzionato art. 52, D. Lgs. n.	
	196 del 2003, in caso di diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per	
	finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o	
	mediante reti di comunicazione elettronica, omettere le generalità e degli	
	altri elementi identificativi, anche indiretti, dei convenuti, dei terzi e, se	
	esistenti, dei danti causa e degli aventi causa.	
	Milano, 03/09/2024	
	Il Direttore della Segreteria	
	(Dott.ssa Federica Dainotti)	
	(firmato digitalmente)	
	34	

	In esecuzione del Provvedimento ai sensi del menzionato art. 52, D. Lgs. n.
	196 del 2003, in caso di diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per
	finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o
	mediante reti di comunicazione elettronica, omettere le generalità e degli
	altri elementi identificativi, anche indiretti, dei convenuti, dei terzi e, se
	esistenti, dei danti causa e degli aventi causa.

Milano, 03/09/2024

Il Direttore della Segreteria

(Dott.ssa Federica Dainotti)

(firmato digitalmente)