SENT. N. 2/25

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE

PER LA REGIONE PIEMONTE

composta dai seguenti Magistrati:

Marco PIERONI Presidente

Luigi GILI Consigliere

Ivano MALPESI Consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità amministrativa iscritto al n. **23187** del Registro di Segreteria, ad istanza della Procura Regionale della Corte dei conti per la Regione Piemonte nei confronti di:

L.M.R., cod. fisc. *omissis*, nata a *omissis* il *omissis* e residente in *omissis* Via *omissis* n. 26, rappresentata e difesa dagli Avv.ti Vittorio Barosio, Roberto Ponzio e Serena Dentico, ed elettivamente domiciliata presso lo studio del primo in Torino, Corso Galileo Ferraris n. 120 e con domicilio digitale presso i seguenti indirizzi P.E.C.:

vittoriobarosio@pec.ordineavvocatitorino.it;roberto.ponzio@ordineavvocatialba.eu; serenadentico@pec.ordineavvocatitorino.it;

C.G., cod. fisc. *omissis*, nato a *omissis* il *omissis* e ivi residente in Viale *omissis* – scala:

S – interno 11, rappresentato e difeso dagli Avv. Massimo Occhiena, Fabrizio Fracchia e Lucia Carrozza ed elettivamente domiciliato presso lo studio del primo in Torino, via Fratelli Giuseppe e Antonio Carle n. 26, P.E.C.: *massimo.occhiena@pec.occhiena.it,*

luciacarrozza@pec.ordineavvocatitorino.it,

fabriziofracchia@pec.ordineavvocatitorino.it;

Uditi, nella pubblica udienza del 16 ottobre 2024, il Consigliere relatore Dott. Ivano Malpesi, il rappresentante del Pubblico Ministero in persona del Vice Procuratore Generale Letizia Dainelli, gli Avv. Vittorio Barosio, Serena Dentico e Fabrizio Fracchia per i convenuti;

Ritenuto in

FATTO

La Procura Regionale ha citato in giudizio la dr.ssa M.R.L.

medico neurologo presso l'Ospedale *omissis* di *omissis* e il dott. G.

C., medico cardiologo in servizio presso il medesimo nosocomio,

per sentirli condannare (unitamente ad altro medico neurologo, che definiva la propria posizione a seguito di giudizio abbreviato, ex art. 130 c.g.c.), al risarcimento del danno, rispettivamente nella misura di euro 278.250,00 e di euro 198.750,00 a titolo di responsabilità indiretta per colpa medica, a favore della Regione Piemonte e dell'A.S.L. CN2.

Il predetto danno viene imputato agli odierni convenuti in relazione al risarcimento di euro 795.000,00 corrisposto a seguito di transazione, a carico dell'apposito Fondo della Regione Piemonte per euro 790.000,00 e per euro 5.000,00 a carico dell'ASL CN2, al Sig. G.C., in conseguenza

della paraplegia completa con livello neurologico T2 derivatagli dal ricovero

presso il pronto Soccorso del suddetto ospedale, dove il medesimo era stato in precedenza sottoposto, in data 14/1/2013, ad intervento chirurgico di *"uretrotomia endoscopica con lama a freddo"* in anestesia spinale presso la Struttura operativa complessa (S.O.C.) di Urologia.

In particolare, il requirente addebita, sulla base del rispettivo dedotto apporto causale, alla dr.ssa M.R.L. la quota del 35% del predetto

danno, pari a euro 278.250,00 e al dott. G.C. la quota del

25% dello stesso, pari a euro 198.750,00 (la restante quota del 40% era stata addebitata ad altro sanitario, che come detto definiva la propria posizione con giudizio abbreviato).

L'attore pubblico riferisce che il Sig. C.G., dopo esser stato

sottoposto in data 14/1/2013 al riferito intervento chirurgico urologico ed esser stato dimesso in data 16/1/2013, nella notte del 26/1/2013 si receva presso la S.O.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza – DEA dell'Ospedale *omissis*, accusando una ritenzione urinaria acuta dopo la

rimozione del catetere: l'anamnesi segnalava la presenza di coaguli di sangue nelle urine, ma il paziente veniva dimesso con diagnosi di *"ritenzione urinaria"* e affidato al medico curante.

Ritornava peraltro in Pronto Soccorso la mattina successiva, lamentando dolore toraco-addominale e comparsa di parestesie ed ipostenia all'emisoma destro.

Veniva pertanto effettuato un elettrocardiogramma che non mostrava alterazioni significative, e una T.A.C. all'encefalo e al torace-addome, che non evidenziavano lesioni emorragiche e espansive all'interno dello speco vertebrale né segni di dissecazione aortica. Era altresì eseguita una consulenza neurologica, effettuata dal dott. L.S.

Il paziente veniva quindi ricoverato nel reparto di Neurologia dove veniva sottoposto ad ulteriori accertamenti, sino alla mattina del 27 gennaio 2013, allorché, stante la persistenza del dolore toraco-addominale ed il sospetto infarto miocardico acuto posteriore, veniva sottoposto a trattamento farmacologico anticoagulante di attacco con eparina e antiaggregante con Acido Acetilsalicilico e Clopidogrel, disposto dal cardiologo dr. C.

Il giorno successivo 28/1/2013 il paziente presentava *"paraplegia arti inferiori con ROT assenti AAII, presenti arti superiori"*, cosicché veniva richiesta una risonanza magnetica nucleare cervicale-dorsale urgente, che rivelava una mielopatia compressiva da ematoma cervico-dorsale.

Stante la diagnosi di mielopatia compressiva, si rendeva quindi necessario il trasferimento del paziente presso il reparto di Neurochirurgia dell'ospedale CTO di Torino, dove il medesimo veniva sottoposto ad intervento, in via d'urgenza, di evacuazione dell'ematoma cervico – dorsale. L'intervento, peraltro, non risolveva la situazione neurologica ormai compromessa del paziente, cui residuava, alle dimissioni dall'Unità spinale unipolare del 7 febbraio 2013, una paraplegia completa con livello neurologico T2, non modificata rispetto all'ingresso, con conseguenti esiti di non auto-sufficienza.

A seguito di instaurazione di giudizio civile e di lunghe trattative stragiudiziali, il Fondo assicurativo sanitario regionale e l'A.S.L. di competenza risarcivano, attraverso transazione, il danno biologico e patrimoniale subito dal paziente nella citata misura di euro 795.000,00, la quale, ad avviso dell'attore pubblico, costituirebbe danno erariale, da addebitare nelle quote sopra specificate (dedotta la parte riferibile al terzo medico originariamente convenuto), alla grave responsabilità sanitaria dei due medici convenuti.

Il Pubblico Ministero, in sintesi, sulla base della ricostruzione dei fatti e di varie consulenze medico-legali agli atti (redatte, in particolare, dalla dr.ssa Luisella V. e dal dott. T. per conto della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Asti, nell'ambito di procedimento penale a carico anche degli odierni convenuti per il reato di cui all'art. 590 c.p., poi definito con pronuncia di non luogo a procedere per intervenuta remissione di querela; dal dott. P. M. e dal dott. S.Z. per conto dello studio Ravinale & Partners, che aveva gestito il risarcimento del sinistro per conto dell'apposito Fondo regionale e del dr. F.R., direttore della S.O.C. Medicina Legale dell'ASL CN2), imputa al neurologo dr.ssa M.R.L. un ritardo diagnostico dell'ematoma cervico-dorsale patito dal paziente, integrante colpa grave sanitaria.

Tale lesione, secondo le citate risultanze peritali, avrebbe potuto essere evitata attraverso una tempestiva esecuzione di una risonanza magnetica nucleare (R.M.N.), invece mai disposta; se è pur vero, infatti, che la medesima non era eseguibile nel fine settimana presso l'ospedale *omissis* di *omissis*, essa avrebbe potuto essere opportunamente effettuata attraverso il trasferimento del paziente presso i più vicini ospedali di Torino o di Cuneo. In ogni caso, la tempestiva diagnosi sarebbe stata ricavabile attraverso una più appropriata lettura della T.A.C. del 26/1/2013 ed un più idoneo inquadramento diagnostico dei sintomi neurologici accusati dal paziente e rilevabili all'esame clinico.

Il requirente imputa, invece, al cardiologo dott. C. la prematura somministrazione, anch'essa integrante colpa grave sanitaria, di una terapia anticoagulante e anti-aggregante, riferibile all'errore diagnostico di un infarto miocardico in atto. Tale somministrazione, che avrebbe dovuto essere

quantomeno posticipata agli esiti della R.M.N., avrebbe pertanto aggravato l'emorragia cervico-dorsale in atto, incidendo sulla causazione della paraplegia.

Si sono costituiti in giudizio i due convenuti, con articolate comparse e successive memorie.

In sintesi, la difesa della dr.ssa L. esclude la riferibilità alla propria assistita di alcuna negligenza medica: la convenuta, infatti, sarebbe intervenuta a visitare il sig. C.G. solo nella giornata di domenica 27 gennaio 2013, allorché il paziente era già stato visitato il giorno precedente dal primario del reparto, in presenza di un quadro neurologico assolutamente stabile. Precisa che presso l'Ospedale di *omissis*, dove il paziente era ricoverato, non era possibile effettuare risonanze magnetiche nei giorni di sabato e di domenica: il ritardo diagnostico non sarebbe, pertanto, a sé imputabile, avendo ella confidato nella scelta del proprio primario di non trasferire d'urgenza il G. presso altro nosocomio per l'effettuazione dell'esame, che non sarebbe stato, peraltro, neppure necessario, alla luce delle risultanze della T.A.C. del giorno precedente, negativa in ordina ad emorragie in atto.

Inoltre, il monitoraggio degli enzimi cardiaci, già disposto dal collega neurologo il giorno precedente, aveva mostrato valori di troponina in costante aumento, indice di sofferenza cardiaca unitamente ai lamentati dolori toracici: il quadro diagnostico deponeva, quindi, per una problematica di tipo cardiologico, rispetto alla quale il consulto del cardiologo dr. C., richiesto dalla convenuta, diagnosticava un infarto del miocardio, con la prescrizione di una terapia anti-aggregante e antitrombotica.

La dr.ssa L. invoca, pertanto, a proprio favore l'affidamento

legittimamente riposto nell'operato dei propri colleghi (in particolare, il primario neurologo e il dr. C.), in base ai principi della

responsabilità medica in équipe, seppur in forma diacronica e non sincronica.

Producendo a supporto appositi pareri medico-legali, la convenuta esclude, pertanto, la sussistenza di una propria colpa grave, nonché la configurabilità di alcun rapporto causale tra la propria condotta e la lesione subita dal paziente, poiché efficacia determinante avrebbe avuto la terapia antiaggregante e anticoagulante prescritta e somministrata dai medici cardiologi e poiché non necessariamente un sanguinamento midollare produce mielopatia.

Ha quindi concluso per la reiezione delle domande attoree ovvero, in rigoroso subordine, per il massimo esercizio del potere riduttivo dell'addebito, ex art. 52 del R.D. 1214/1934.

La difesa del dott. C., sempre in sintesi, contesta la sussistenza di

antigiuridicità nella condotta dello specialista cardiologo, producendo a proprio sostegno apposita consulenza di parte.

La difesa sottolinea che il sanitario non poteva sospettare la sussistenza di una compressione midollare, sulla base delle risultanze della T.A.C., della relazione dei neurologi e della scheda anamnestica della cartella clinica, che escludevano la ricorrenza di emorragie o dissezioni aortiche.

Il dolore fluttuante toracico, il picco ipertensivo, l'aumento delle troponine e una preoccupante variazione dell'ECG inducevano, invece, ad una diagnosi di infarto miocardico acuto, che avevano giustificato l'inizio della terapia antitrombotica, poi aumentata e associata a terapia anticoagulante nel pomeriggio del 27 gennaio da un altro cardiologo non evocato in giudizio, allorché il dr. C. non era in servizio.

La difesa esclude, in ogni caso, che la terapia somministrata dal dr. C. abbia potuto dispiegare efficacia causale nella poi riscontrata emorragia midollare, posto che la c.d. manovra di Mingazzini, eseguita a distanza di oltre undici ore dalla predetta somministrazione, non aveva rivelato alcuna paraplegia in atto.

Sia la R.M.N. eseguita successivamente il giorno 28 gennaio 2013, sia le caratteristiche dell'intervento neurochirurgico di evacuazione dell'ematoma, rivelavano poi, a parere del consulente del convenuto, la presenza di un ematoma datato, non compatibile con la più recente somministrazione della terapia effettuata dal cardiologo.

La causa del sanguinamento non sarebbe stata, anzi, chiarita, cosicché la difesa contesta gli esiti delle consulenze utilizzate dalla Procura a sostegno della propria accusa e prima ancora poste a base dall'Amministrazione sanitaria per una transazione giudicata troppo frettolosa e incauta, frutto di scelte irragionevoli e come tale non opponibile al convenuto.

L'efficacia causale determinante nel sinistro sarebbe stata, invece, dispiegata dalla mancata tempestiva esecuzione di una risonanza magnetica nucleare, addebitabile ad altri sanitari o comunque a scelte organizzative della struttura ospedaliera, cosicché nessun rilevo avrebbe avuto la terapia decisa dal dr. C., che, in ogni caso, sarebbe esente da qualsiasi inescusabile trascuratezza, integrante colpa grave.

Il medesimo conclude, pertanto, per la propria assoluzione dalla domanda attorea, ovvero, in ogni caso, per la riduzione dell'addebito, ex art. 83 c.g.c., ed ex art. 52 R.D. n. 1241/1934, anche per il concorso di soggetti terzi non convenuti.

All’esito dell’udienza del 19 aprile 2023, il Collegio, stante la complessità e l’articolazione delle valutazioni medico-legali implicate, disponeva con ordinanza n. 15/2023 consulenza medico-legale con i quesiti ivi specificati.

Il consulente nominato, dr.ssa Cinzia IMMORMINO, depositava in data 13 marzo 2024 la propria relazione medico-legale, formulata tenendo conto degli apporti dei CTP agli atti.

All’esito del deposito, la difesa della dr.ssa L. richiedeva, con memoria d’udienza, la rinnovazione della CTU attraverso la necessaria nomina di un collegio peritale ricomprendente un medico specialista neurologo ed uno specialista cardiologo, in virtù della specificità delle competenze necessarie per la risposta ai quesiti.

Nella pubblica udienza del 16 ottobre 2024, le parti hanno sostanzialmente ribadito ed ulteriormente esposto le argomentazioni sopra esposte, confermando le conclusioni già rassegnate nei propri atti scritti.

La causa è stata pertanto trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Preliminarmente, deve essere esaminata l’istanza di rinnovazione della C.T.U. formulata dalla difesa della convenuta L.

La difesa eccepisce che la consulenza tecnica d’ufficio è stata eseguita senza l’apporto di un medico specialista neurologo e di uno specialista cardiologo, apporti viceversa necessari per la specificità delle competenze utili nella risposta ai quesiti.

Ha quindi richiesto la rinnovazione dell’incarico attraverso la nomina di un collegio peritale, come previsto dall’art. 15 della legge n. 24/2017 (c.d. legge “Gelli-Bianco”).

L’istanza non merita accoglimento.

1.1. Si deve, innanzitutto, osservare che il disposto dell’art. 15 della legge n. 24/2017 “Gelli-Bianco” non è applicabile al giudizio amministrativo-contabile, essendo espressamente circoscritto ai procedimenti civili e ai procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria (cfr. comma 1).

Inoltre, anche a prescindere da tale considerazione, tale diposizione non sarebbe comunque applicabile alla fattispecie di cui è causa, non essendo invocabile, *ratione temporis*, l’intera disciplina dettata dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, successiva al suo verificarsi (le condotte mediche oggetto di giudizio risalgono, infatti, al 2013).

E’ stato ormai da tempo precisato, infatti, che la citata normativa ha compiutamente disegnato un nuovo sistema di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie rivestendo, pertanto, natura sostanziale; ne consegue che le disposizioni di natura processuale in essa contenute vanno lette in stretta ed indispensabile connessione con il nuovo regime sostanziale di responsabilità, costituendone un mero corollario e non essendone ipotizzabile un’applicazione avulsa dall’intera vigenza del nuovo sistema (cfr. Corte dei conti, Sez. I App., n. 183/2018; Sez. II App, n. 366 /2023 e n. 295/2023).

In tal senso, si è espressa anche la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 28994/2019 (confermata da Cass., Sez. III, ord. n. 12593/2021), la quale, ponendo fine al contrasto interpretativo insorto sul punto, ha statuito che, in assenza di una disposizione transitoria, deve trovare applicazione l’art. 11 delle preleggi, con la conseguenza che la legge Gelli-Bianco non ha efficacia retroattiva, ma disciplina unicamente fattispecie verificatesi successivamente alla sua entrata in vigore, realizzandosi, altrimenti, un’ingiustificata *“disparità*

di trattamento non solo tra i vari giudizi, in maniera diversificata a seconda della fase in cui si trovano, ma anche all'interno dello stesso processo, con evidenti irragionevoli riflessi sul fisiologico esercizio della giurisdizione sulla materia" (in termini, Corte dei conti, Sez. III App., n. 127/2024; questa Sezione, n. 41/2023).

1.2. Quand'anche poi, per mero esercizio teorico, si volesse ritenere quanto disposto dall'art. 15 della legge n. 24/2017 (con il corollario della necessaria nomina di collegi peritali composti da specialisti), come un principio ormai immanente nel nostro ordinamento in materia di responsabilità sanitaria e pertanto svincolato dalla sua applicazione *ratione temporis* e *ratione iudicii*, occorrerebbe osservare che, in ogni caso, la nomina di un solo perito, senza l'affiancamento di uno o più specialisti della disciplina oggetto di controversia, non può mai essere considerata causa di nullità né di inaffidabilità dell'elaborato peritale.

La consulenza monocratica, infatti, è di per sé perfettamente idonea a offrire al giudice le conoscenze scientifiche necessarie per una compiuta valutazione dei fatti oggetto di giudizio, non essendo, peraltro, prevista alcuna sanzione di nullità per la violazione dell'art. 15, comma 1, della legge n. 24 del 2017 (Cass. pen., Sez. V, n. 45719/2022).

Nel caso che qui ci occupa, peraltro, le competenze tecniche del professionista medico-legale nominato da questo Collegio non hanno costituito oggetto di censura da parte delle difese, ivi compresa quella proponente l'eccezione, e appaiono, quindi, pacifiche e incontestate.

Il summenzionato perito ha, inoltre, specificamente motivato in ordine alla non necessarietà dell'apporto al proprio lavoro di medici specialisti, rilevando come

"è stata prodotta una significativa messe di dati tecnici sia attraverso le consulenze tecniche precedenti, che attraverso le relazioni tecniche dei CTP. A questo punto nulla di più a livello tecnico poteva essere aggiunto" (cfr. pag. 44 della relazione); ha attentamente vagliato e dedotto in ordine a tutte le plurime consulenze presenti in atti, redatte o partecipate anche da specialisti delle materie coinvolte (neurologia e cardiologia), sia quelle di parte che quelle acquisite d'ufficio nel precedente giudizio penale o in sede civile stragiudiziale; ha correttamente stabilito il contraddittorio con i consulenti di parte del presente procedimento, consentendo ai medesimi (e attraverso di essi ai rispettivi difensori) di sindacare le modalità di espletamento della C.T.U. e di valutarne, contro-dedurne o confutarne gli esiti e la validità delle sue conclusioni.

La depositata C.T.U. ed il complessivo procedimento in contraddittorio, che ne hanno consentito la redazione, hanno, in conclusione, fornito a questo Collegio tutti gli elementi necessari per la formazione del proprio libero convincimento, sulla base delle diverse tesi prospettate dai differenti periti d'ufficio e di parte, con ciò rendendo non necessario, superfluo ed inutile il supplemento o la rinnovazione peritale collegiale, richiesti dai difensori della convenuta

L. (cfr., in termini, Cass. pen., Sez. IV, n. 27198/2019; n.

5691/2016; n. 34747/2012; n. 45126/2008 e n. 7591/1989).

2. Occorre quindi esaminare la questione della inopponibilità della transazione conclusa tra il danneggiato e l'A.S.L. CN2, adombrata dalla difesa del dr.

C.

Quest'ultima sostiene, in buona sostanza, che non può considerarsi causa del danno addebitato al proprio assistito una transazione di cui lo stesso non è stato parte.

Sul punto non può che condividersi l'assunto ampiamente consolidato nella giurisprudenza di questa Corte, ossia che il presupposto della responsabilità per danno indiretto è l'esistenza di un obbligo giuridico di risarcire il danno cagionato al terzo, obbligo che può discendere sia da un atto negoziale della stessa amministrazione, come nel caso della transazione, sia da una condanna giudiziale (cfr. *ex multis*, Corte dei conti, Sez. II App. n. 28/2014).

Secondo la citata giurisprudenza (cfr. anche Sez. II App. n. 303/2007, nonché questa Sez. nn. 49/2014, 183/2015, 145/2012), la transazione è idonea ad interrompere il nesso di causalità tra la condotta che ha prodotto il danno al terzo ed il pregiudizio patrimoniale derivato alla p.a., assumendo un'autonoma valenza causativa del danno, solo quando sia eccezionale, irragionevole, ovvero conseguenza di scelte illogiche, *contra legem*, abnormi o che abbiano comportato la liquidazione di poste di danno non dovute (cfr. Sez. giur. Piemonte, n. 19/2023).

Nulla di tutto questo emerge nella specie, laddove la transazione *de qua* è stata conclusa all'esito di un iter procedimentale in cui sono state acquisite plurime perizie medico-legali agli atti, le quali hanno sollevato motivati dubbi sulla correttezza dell'operato dei sanitari nel quadro complessivo del sinistro di che trattasi (cfr. questa Sezione, n. 246/2021), trovando poi in larga parte conferma, come si dirà *infra*, anche nella consulenza disposta nel presente giudizio.

Il rilievo in questione, pertanto, non può essere accolto.

3. Venendo quindi al merito della controversia, la domanda attorea è parzialmente fondata e va accolta nei termini e limiti che seguono.

La fattispecie oggetto di esame riguarda, pacificamente, un'ipotesi di danno indiretto collegato ad un episodio di *malpractice* medica: in particolare, il

danno per cui è causa è derivato dalla stipula di una transazione tra l'A.S.L. CN2 di *omissis* e *omissis* ed il signor C.G., comportante il complessivo esborso a favore di quest'ultimo della somma di euro 795.000,00.

Il presupposto della transazione è rappresentato, come anzidetto, dalla supposta scorretta gestione del ricovero presso l'Ospedale *omissis* di *omissis* del paziente summenzionato da parte dei medici che ivi lo ebbero in cura, e per quanto qui interessa del neurologo dr.ssa L. e del cardiologo dr. C.: al ricovero esitava, infatti, una paraplegia completa con livello neurologico T2, conseguente ad ematoma cervico-dorsale, come meglio descritto in fatto.

Gli aspetti sui quali fondare una valutazione di responsabilità degli odierni convenuti sono, pertanto e come sempre, rappresentati dall'antigiuridicità della condotta loro addebitabile (un terzo sanitario coinvolto ha definito la propria posizione accedendo al rito abbreviato), in particolare sotto il profilo della sussistenza di un idoneo nesso causale e della gravità della colpa imputabile ai medesimi.

L'indagine circa l'antigiuridicità della condotta, infatti, nella responsabilità sanitaria, si sostanzia nell'accertare se siano state violate regole specifiche di condotta o comunque riconducibili ad un generico dovere di intervento, secondo le migliori *leges artis* in uso nello specifico ambito medico: il giudizio deve essere condotto *ex ante* (ovvero all'epoca dei fatti) ed in termini oggettivi, prescindendo dunque da ogni valutazione soggettiva di conoscenza/ conoscibilità da parte del singolo convenuto che attiene, invece, all'indagine sull'elemento psicologico (cfr., *ex plurimis,* questa Sezione, sent. n. 136/2021).

Una volta acclarata l'antigiuridicità del comportamento tenuto, consistente

nella violazione di una norma di condotta volta a prevenire l'evento verificatosi, potrà poi procedersi ad accertare l'esistenza del rapporto causa-effetto tra la condotta del responsabile e l'evento dannoso subìto dai terzi, facendo impiego dei principi generali di cui agli articoli 40 e 41 c.p., temperati dal principio della c.d. causalità adeguata o della c.d. regolarità causale (cfr., *ex multis*, Cass. n. 4791/2007; n. 15384/2006; n. 21020/2006; n. 17152/2002; n. 5962/2000). Secondo tali princìpi, ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della propria condotta, attiva od omissiva, che appaiano sufficientemente prevedibili al momento in cui ha agito, escludendosi invece la responsabilità per tutte le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili.

Ciò che differenzia l'accertamento del nesso causale in sede penale ed in sede civile o contabile, tuttavia, è, come noto, la diversa regola probatoria, valendo per il primo il principio dell'"*oltre ogni ragionevole dubbio"*, mentre nel secondo la preponderanza dell'evidenza o "*del più probabile che non*" (cfr. Cass. Civ., n. 23933/2013, secondo cui il giudice civile (o contabile) potrà affermare l'esistenza del nesso causale tra illecito e danno *"anche soltanto sulla base di una prova che lo renda probabile, a nulla rilevando che tale prova non sia idonea a garantire una assoluta certezza al di là di ogni ragionevole dubbio"* (ibidem).

Dopo aver accertato l'antigiuridicità oggettiva della condotta, individuando la norma violata dalla condotta del presunto responsabile ed il relativo nesso causale con l'evento dannoso, occorre poi indagare l'elemento soggettivo che, pacificamente, in ambito di responsabilità amministrativo-contabile si distingue, nella scala di gravità, dal corrispondente elemento civilistico.

Se in sede civile, infatti, il danneggiato può ottenere un risarcimento anche in

presenza di sola colpa lieve, la responsabilità contabile (nella specie, in regresso) si estende al sanitario solo in presenza di colpa grave. Quest'ultima si configura in presenza di *"errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione"*, ovvero di difetto di quel minimo *"di perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione medica"*, oppure ancora in presenza di *"ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera"* (cfr., *ex plurimis*, Corte dei conti, Sez. III App., n. 256/2018).

4. Per quanto concerne la condotta del neurologo dr.ssa L., la Procura imputa alla medesima il ritardo diagnostico dell'ematoma cervico-dorsale riportato dal paziente, che sarebbe stato viceversa riscontrabile attraverso la tempestiva esecuzione di una risonanza magnetica nucleare (mancata nel caso di specie), o attraverso l'ulteriore esecuzione degli opportuni accertamenti diagnostici disponibili o, quantomeno, una corretta interpretazione delle T.A.C. già eseguite.

Vertendo pertanto la fattispecie in un'ipotesi di causalità omissiva, il giudizio relativo alla sussistenza del nesso causale postula la preventiva individuazione della condotta medica corretta ed omessa dalla convenuta.

Nella causalità omissiva, infatti, l'accertamento del rapporto di causalità passa attraverso l'enunciato "controfattuale", che pone al posto dell'omissione il comportamento alternativo dovuto, onde verificare se la condotta doverosa avrebbe evitato il danno lamentato dal terzo.

4.1. Orbene, sulla base delle sopra ricordate coordinate ermeneutiche, ritiene il Collegio che la condotta della convenuta dr.ssa L., con ragionevole

probabilità, abbia rappresentato un fattore causale decisivo nella determinazione dell'esito infausto e rivesta i succitati caratteri necessari ad integrare la sua responsabilità sotto il profilo amministrativo-contabile.

A tale approdo militano gli esiti dell'espletata C.T.U., dalle cui articolate e compiute motivazioni e conclusioni il Collegio non ravvisa ragioni per discostarsi, tenuto anche conto delle osservazioni dei C.T.P e delle esaurienti risposte fornite sulle stesse dallo stesso C.T.U., che hanno confermato le conclusioni di cui sopra con ampie e convincenti argomentazioni, desumibili a pag. 38 e seguenti della relazione.

In particolare, sulla base dei quesiti sottoposti da questo Collegio, il perito incaricato Dr.ssa IMMORMINO, in tema di sussistenza del nesso causale, ha ritenuto che la menomazione subita dal sig. C.G. (consistente in una paraplegia flaccida con livello di sensibilità inferiore a D2, determinata dalla compressione di un ematoma midollare esteso da L1 in senso craniale), siano "*frutto, per buona parte, del comportamento dei sanitari convenuti che lo ebbero in cura durante il ricovero del gennaio 2013*", e per quanto qui interessa, dunque, della dr.ssa L., rilevato altresì che *"*[n]*on sono emersi elementi esterni idonei ad interrompere il nesso di causa così come ricostruito nei fatti".*

Alla medesima è, infatti, imputabile un errore diagnostico determinante, ovvero di *"non aver riconosciuto l'ematoma midollare quale causa della mielopatia dorsale correttamente ipotizzato"*.

Quanto alla condotta concretamente esigibile dal suddetto sanitario, il C.T.U. osserva che *"*[t]*ale diagnosi* (di ematoma midollare quale causa della mielopatia dorsale, n.d.r.) *poteva essere raggiunta con l'esecuzione in urgenza*

di una risonanza magnetica che però presentava difficoltà organizzative. Peraltro, in alternativa, sarebbe stato utile eseguire una ulteriore TAC mirata allo speco vertebrale".

Più specificamente, *"la convenuta avrebbe dovuto rivalutare l'aspetto neurologico in considerazione delle condizioni cliniche peggiorate (dolore ribelle agli analgesici) con la richiesta e l'attuazione di nuovi esami strumentali, considerando che le abilità specialistiche di cui è in possesso le avrebbero potuto consentire di giungere alla corretta diagnosi. Pur non essendoci delle linee guida specifiche sulla diagnosi di mielopatia dorsale, scolasticamente e quindi, secondo le buone prassi, nelle cause di questa doveva essere ricercato l'ematoma midollare"* […] "*La dott.sa L., come neurologa di reparto, avrebbe dovuto rivalutare il caso a fronte di una importante sintomatologia algica toraco-dorsale non rispondente ai farmaci analgesici per via iniettiva associata a chiara compromissione neurologica all'arto inferiore di destra. Non è dato di sapere con precisione in quanto tempo si instaurino i danni irreparabili del midollo spinale, con perdita della vitalità e conseguente paraplegia, determinati oltre che dall'estensione anche dalla compressione stessa dell'ematoma. La raccomandazione è quella di una diagnosi il più precoce possibile al fine di consentire una tempestiva terapia.*".

E ancora, "[n]*on vi era margine per differire un ulteriore accertamento strumentale al fine di una più precoce diagnosi, che avrebbe consentito al paziente di subire un danno minore di quello attuale. La RMN resta comunque il gold standard nella diagnosi dell'ematoma midollare, pertanto sarebbe stato opportuno effettuare una concreta ricerca sulla fattibilità in tempi brevi dell'esame presso altro nosocomio. In alternativa, come già descritto,*

l'esecuzione di una nuova TAC poteva verosimilmente aiutare al raggiungimento diagnostico".

Replicando alle osservazioni dei consulenti tecnici di parte, che hanno sottolineato come la R.M.N. non fosse eseguibile nei fine settimana presso l'Osped. di *omissis* e che un trasferimento presso altro nosocomio sarebbe stato rischioso per il paziente, la C.T.U. evidenzia come *"*[a]*l di là della impossibilità ad effettuare una risonanza magnetica in urgenza, l'applicazione di una metodologia diagnostica con l'esecuzione di una ulteriore TAC mirata allo speco vertebrale e al midollo spinale* […] *esame di per sé sufficiente per giungere ad una diagnosi* […] *avrebbe consentito di giungere in modo tempestivo alla diagnosi e procedere quanto prima al trasferimento per cure del caso"* (intervento per rimozione dell'ematoma, n.d.r.) […] *con possibile minor danno per il paziente".*

Viceversa, la TAC midollare *"non è stata neanche ipotizzata, a prova della superficialità nell'approfondire un caso clinico drammaticamente evolutivo"*.

4.2. Ritiene il Collegio che tali condivisibili considerazioni integrino compiutamente l'accertamento del requisito della grave negligenza del medico convenuto, idoneo e sufficiente ad integrare, anche da punto di vista dell'elemento soggettivo, la responsabilità di cui all'art. 1, comma 1, della legge. n. 20/1994.

Al riguardo, non è accoglibile la tesi della difesa, secondo la quale la stabilità del quadro clinico neurologico del paziente non suggeriva l'esecuzione di una T.A.C. midollare, dopo quella toraco-addominale eseguita in precedenza.

La C.T.U. evidenzia, infatti, che *"il paziente era soggettivamente molto sofferente e tale importante sintomatologia algica non migliorava neanche con*

la somministrazione di farmaci analgesici maggiori, proprio somministrati dalla dott.sa L.. Questo implica che il quadro clinico non fosse assolutamente stabile ma stesse evolvendo seppur in modo non lineare", in un paziente, tra l'altro, con *"patologia acuta e non responsiva a terapia farmacologica"*.

Nella valutazione del caso concreto, occorre infatti tener conto della specificità dei sintomi neurologici, ovvero, *"l'improvvisa insorgenza di questi. Come molti quadri neurologici (per esempio l'ictus) questi possono iniziare sfumati per poi peggiorare drasticamente"* (pag. 45 della relazione); in particolare *"Il dolore toracico denotava proprio l'estendersi dell'ematoma e pertanto doveva essere interpretato come dolore neuropatico*" (pag. 47).

La buona pratica in materia ed il conseguente comportamento esigibile dallo specialista accorto e diligente comportano, pertanto, che quest'ultimo si orienti alla diagnosi *"prima che i sintomi neurologici siano completamente manifesti, e quindi con minori possibilità terapeutiche*".

A maggior ragione quando, come nel caso di specie, *"*[p]*osto che la diagnosi differenziale formulata di mielopatia dorsale era corretta, occorreva ricercarne le cause in particolar modo l'ematoma, che ormai rimaneva una delle poche diagnosi possibili. L'esecuzione di esami strumentali più mirati diventava pertanto <u>imperativa</u>"* (pagg. 34-35 della C.T.U., sottolineatura aggiunta).

Ad analoghe conclusioni era giunto, peraltro, anche il consulente tecnico dr. Triolo del P.M. penale, nel procedimento poi estinto per remissione di querela da parte del danneggiato, laddove il medesimo aveva osservato che l'insorgenza improvvisa di intenso dolore e sintomi neurologici nel paziente avrebbe dovuto

indirizzare il neurologo verso la corretta diagnosi, poiché *"di fronte ad un paziente che presenta un dolore ad insorgenza acuta in sede dorsale con successiva irradiazione a fascia all'ipocondrio dx accompagnato da disturbi neurologici motori o sensitivi ingravescenti, si deve pensare all'insorgenza di un danno midollare"* (sottolineatura aggiunta).

Ed ancora conformemente, il consulente dell'Azienda sanitaria Dr. Z., in sede di trattazione del sinistro, aveva sostanzialmente stigmatizzato la mancata esecuzione di una T.A.C. midollare, rilevando come già l'esecuzione, in data 26/1/2013, della T.A.C. toraco-addominale aveva evidenziato che "*in corrispondenza del canale vertebrale è apprezzabile una sfumata area di iperdensità compatibile con circoscritta raccolta ematica di recente insorgenza".* Ne derivava, ad avviso del consulente che *"Considerato, comunque, che l'ipotesi dissecazione era "sfumata" è, in ogni caso, difficile comprendere le motivazioni all'origine della non attuazione di proiezioni TC dedicate allo studio, anche, del midollo* […]*"* (sottolineature aggiunte).

D'altro canto, lo stesso consulente neurologo della convenuta nella suddetta fase, il dr. L. di Cortemiglia, nella propria relazione agli atti (esaminata anche dal C.T.U.) aveva ritenuto che, pur costituendo la risonanza magnetica nucleare *"il Gold Standard per la diagnosi degli ematomi spinali* […]*"*, ciò nonostante "*in fase iperacuta la diagnosi RM di ematoma spinale sub durale può essere difficoltosa, in quanto nelle prime 12 ore l'ematoma non è ben visualizzabile e distinguibile dal grasso* […]*"*. Ne consegue che *"la TC conserva quindi tutta la sua validità, anzi può essere addirittura superiore alla RM nelle prime ore in cui l'ematoma si sviluppa..."*.

Il complesso di tali convergenti valutazioni conferma, ad avviso del Collegio

ed in conformità alle valutazioni della C.T.U., che l'esecuzione di ulteriori e più mirate T.A.C. da parte della dr.ssa L., o quantomeno una più approfondita e attenta valutazione di quelle già eseguite, avrebbero consentito una più tempestiva diagnosi definitiva e una corretta e sollecita impostazione terapeutica, con ciò evitando o quantomeno circoscrivendo il danno subito dal paziente.

4.3. La gravità della colpa medica riscontrabile nel caso di specie a carico della dr.ssa L., derivante dall'omissione di una condotta comunemente esigibile da un professionista del suo ruolo ed esperienza, è confermata, in conclusione, dalla circostanza che la C.T.U qualifica più volte come comune e classico caso di scuola la ricorrenza, in presenza del quadro clinico sopra riportato, di un danno da ematoma midollare: la relativa (omessa) diagnosi era pertanto *"di per sé scolastica ovvero present(e) in tutti i trattati specialistici"*, dal momento che *"in assenza di traumi, l'ematoma midollare diventava una delle ipotesi più probabili, tanto più che il paziente era stato sottoposto a rachianestesia 12 giorni prima e questo dato avrebbe dovuto mettere in ulteriore allarme i neurologi che lo ebbero in cura"* e poiché *"pur non essendoci delle linee guida specifiche sulla diagnosi di mielopatia dorsale, scolasticamente e quindi, secondo le buone prassi, nelle cause di questa doveva essere ricercato l'ematoma midollare"* (pagg. 34, 35 e 46 della C.T.U.).

Né può essere utilmente invocato, a discolpa della dr.ssa L., l'aver fatto affidamento sulle valutazioni svolte, il giorno precedente, dal proprio primario, dal momento che, come noto, in caso di cooperazione nell'attività medico-chirurgica, anche se svolta non contestualmente (la c.d. responsabilità medica d'équipe in forma diacronica), *"ogni sanitario - assumendo in quanto*

tale un obbligo di garanzia nei confronti del paziente – oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, non può esimersi dal conoscere l'attività svolta da altro collega, e perciò dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio a quegli errori evidenti e, come tali, rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio" (cfr., *ex multis,* Cass. pen., Sez. IV, 15/2/2000 e n. 33619/2006).

Ne consegue, pertanto, la sussistenza di tutti i presupposti per l'affermazione a suo carico della responsabilità amministrativa, a titolo di colpa grave.

5. Venendo invece alla disamina della posizione del medico cardiologo G.C., nella prospettazione del requirente quest'ultimo viene chiamato in giudizio sull'assunto di un'errata diagnosi di possibile sindrome coronarica acuta senza sufficienti elementi di fondatezza, a carico del paziente C.G., e di una troppo frettolosa somministrazione di una terapia anticoagulante e antiaggregante che avrebbe aggravato l'emorragia midollare in atto.

Al medesimo viene, pertanto, contestata una condotta (gravemente) colposa commissiva.

Gli esiti dell'espletata C.T.U non consentono di suffragare, in termini di necessaria valutazione delle sopra citate coordinate ermeneutiche, soprattutto sotto il profilo della condotta concretamente esigibile e dei princìpi di causalità adeguata e di *"più probabile che non"*, la suddetta tesi.

Rileva, infatti, il perito incaricato da questa Sezione che il dott. C., cardiologo *"a dire il vero, si trova di fronte ad una situazione discretamente confusa. Gli vengono forniti dati in cui erano state escluse patologie*

emorragiche, in realtà l'unica effettivamente esclusa era la dissecazione aortica e le emorragie intraparenchimali addominali, ma le cause della mielopatia ipotizzata non erano ancora state riconosciute."

Il dott. C., pertanto, attese gli esiti degli esami strumentali e ematochimici prima di impostare una terapia e, di fronte al dato di un aumento della troponina e del CPK, la cui alterazione *"è indice di danno cardiaco, ed è molto sensibile sotto questo profilo, in quanto la sua alterazione è molto precoce rispetto all'inizio della sintomatologia di una sindrome coronarica acuta*", intraprese la terapia anti-aggregante e anti-coagulante prevista per le ipotesi infartuali.

Occorre rilevare, peraltro, che tale decisione fu dallo stesso assunta *"in assenza di controindicazioni emorragiche notificate dai neurologi"* e che "[a]*llorchè la diagnosi di infarto veniva esclusa con certezza, la terapia è stata sospesa*".

La sua condotta commissiva, pertanto, non appare complessivamente improntata a quei requisiti di avventatezza e precipitosità necessari ad integrare, in casi similari, la colpa grave sanitaria, alla luce, altresì, dell'urgenza e della tempestività di intervento viceversa richiesti nelle ipotesi di patologie coronariche.

Occorre tenere conto, infatti, che quando giunse al cospetto del paziente *"*[g]*li è stato riferito che non vi erano sanguinamenti in atto"* e che *"non erano state prospettate al cardiologo, da parte dei neurologi, elementi che potessero controindicare tale terapia"* e che, in ogni caso, in presenza di dati clinici similari a quelli con cui il cardiologo dovette confrontarsi *"La corretta applicazione delle linee guida sulla diagnosi di infarto* […] *è <u>dubbia</u>"* (pagg. 39-41 della C.T.U., sottolineatura aggiunta).

Sotto altro profilo, poi, al dr. C. non è imputabile alcun ruolo *"nella fase diagnostica e diagnostica differenziale della patologia midollare che affliggeva il paziente* […]*"* (pag. 37 della relazione di C.T.U.), al punto che se la mielopatia fosse stata ulteriormente indagata dai neurologi (anche senza l'esecuzione della R.M.N., ma con più approfondite e mirate T.A.C., *"*[…] *necessità derivante dalle preoccupanti condizioni cliniche del paziente..."*), ciò *"non avrebbe indotto il cardiologo in un errore diagnostico-terapeutico e avrebbe ridotto il danno permanente del sig. G."* (pag. 38 della C.T.U.).

Anzi, *"una pronta esecuzione di una TAC midollare avrebbe condotto ad una diagnosi certa ed avrebbe evitato la confusione generale sulle reali condizioni del paziente e non avrebbe portato alla richiesta di visita cardiologica in quanto, a quel punto, i sintomi trovavano tutti una loro giustificazione"* (pag. 46 della relazione).

Ma è altresì sotto il profilo causale che non risulta comprovato, in termini probabilistici, l'apporto dell'operato del suddetto convenuto nella determinazione del danno.

Se infatti, per tutte le ragioni sopra esposte, risulta comprovato, quanto meno in termini probabilistici, che una più tempestiva diagnosi neurologica di mielopatia compressiva, raggiungibile attraverso supplementi diagnostici agevolmente disponibili presso l'Ospedale di *omissis*, avrebbe quantomeno consentito di ridurre e circoscrivere il danno patito dal paziente (e conseguentemente, in via indiretta, dall'amministrazione sanitaria attraverso il risarcimento), non vi è, viceversa, riprova che la terapia somministrata dal dr. C. abbia aggravato ed in che misura il medesimo, in quanto

"[s]*apere se tale terapia, e come questa è stata somministrata, abbia avuto un*

ruolo determinante nella genesi del grave danno subito dal sig. G. non è così facilmente accertabile […] *l'evoluzione di un ematoma midollare non è così lineare e scontata, quindi anche in assenza di una terapia anticoagulante così importante poteva causare un danno compressivo irreversibile*" (pag. 48 della C.T.U.).

In conseguenza di tutto quanto sopra esposto, il dr. C. deve essere, pertanto, assolto dalla domanda attorea.

6. In ordine alla quantificazione del danno da porre a carico della dr.ssa L., alla luce della sopra rilevata responsabilità, la Procura imputa alla medesima un concorso causale del 35% del complessivo danno di euro 795.000,00, pari dunque a euro 278.250,00.

Ciò posto e ritenuta accoglibile in astratto tale prospettazione anche in termini di complessiva incidenza causale, ciò non di meno ritiene il Collegio di dover mitigare il danno a carico della convenuta e ciò sulla base di plurime considerazioni, le quali, che, pur senza dispiegare alcuna efficacia esimente, consentono comunque di valutarne con maggiore indulgenza la responsabilità.

Occorre, infatti, tenere innanzitutto conto dell'oggettiva complessità del quadro clinico del paziente, evidenziata anche dalla C.T.U.

In secondo luogo, va rammentato che il giudizio controfattuale è fondato su di una logica meramente probabilistica, che se da un lato non esclude la sussistenza dell'eziologia causale (atteso che, come sopra illustrato, il nesso causale civilistico si fonda su criteri di probabilità e non viene escluso dalla presenza di causalità multifattoriale), dall'altro rende configurabile in termini di sola possibilità ma non di certezza che la condotta doverosa avrebbe evitato l'evento così come verificatosi.

Al riguardo, infatti, la relazione di C.T.U. evidenzia che le condizioni cliniche attuali del paziente sono riferibili, per buona parte, al comportamento dei sanitari che lo ebbero in cura, e che nello specifico della dr.ssa L.

"un ulteriore accertamento strumentale al fine di una più precoce diagnosi […] *avrebbe consentito al paziente di subire un danno minore di quello attuale*",

ma ha ritenuto altresì che *"non si possa escludere un danno permanente residuo nonostante tempestiva diagnosi e trattamento"* e che "*E' pur vero che allorché viene effettuata la visita della Dott.sa L. i sintomi e quindi la compressione era già presente da qualche ora, per cui è probabile che un non quantificabile danno irreversibile si fosse già instaurato"*.

Nella quantificazione del danno da porre in concreto a carico della convenuta, ritiene, pertanto, il Collegio che debba essere tenuta in adeguata considerazione la circostanza che *"l'attuale regime della responsabilità medica tende a conciliare la tutela del soggetto danneggiato con l'esigenza di non appesantire eccessivamente la condizione dell'autore dell'evento dannoso: ciò nel senso che la rilevanza e la centralità della colpa non costituisce più l'unico criterio di interpretazione di tale forma di responsabilità, poiché gli si deve affiancare quello del rischio che, almeno in parte, va fatto ricadere sull'Amministrazione danneggiata"* (cfr. Corte dei conti, Sez. III App,, n. 107/2017 ed i precedenti ivi richiamati).

Ciò comporta, in altri termini, che non appare irragionevole ritenere insito, in un'attività di per sé rischiosa ma al contempo necessaria, l'accollo di una parte di rischio in capo a chi quell'attività organizza e gestisce, e dunque all'amministrazione di riferimento (cfr. questa Sezione, sent. n. 136/2021 e n. 200/2021); a maggior ragione allorché, come nel caso di specie, siano

riscontrabili carenze organizzative della struttura (impossibilità dell'effettuazione di R.M.N. nei fine settimana) che, se, come detto, non rivestono certo efficacia scriminante, avrebbero comunque favorito e facilitato una più rapida e corretta diagnosi.

Alla luce delle considerazioni che precedono, ritenuta la responsabilità erariale della convenuta L.M.R., ma in applicazione del potere riduttivo dell'addebito di cui all'articolo 83 R.D. 18 novembre 1923 n. 2440, e valorizzando, in particolare, la non risultanza di precedenti disciplinari di alcuni tipo in capo al sanitario, la proporzionalità tra danno, rischi insiti nell'attività e retribuzione della convenuta, nonché il concreto apporto causale riferibile alla medesima, il Collegio ritiene equo e ragionevole ridurre l'importo del danno del 50% rispetto alla pretesa attorea, quantificandolo così in euro 139.125,00.

Sulla predetta somma, da intendersi già rivalutata, sono dovuti dalla convenuta gli interessi legali dal deposito della presente sentenza sino all'effettivo soddisfo.

7. La condanna della convenuta L. viene pronunciata in favore della Regione Piemonte e ciò in relazione all'intervenuto esercizio del potere riduttivo dell'addebito (talché è ragionevole che la limitata e residua somma di euro 5.000,00 resti a carico dell'ASL CN2) e della circostanza che il Fondo regionale dalla stessa gestito ha sostenuto la quasi integralità della spesa derivante dalla transazione (per euro 790.000,00).

8. Le spese del presente giudizio seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo nei confronti di L.M.R., cui vanno conseguentemente addebitate anche le spese di C.T.U, liquidate con separato decreto.

Stante l’assoluzione nel merito del convenuto C.G. e visto l’articolo 31, comma 2, c.g.c., le spese di lite vengono liquidate a suo favore come in dispositivo.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Piemonte, in composizione collegiale, definitivamente pronunciando,

-CONDANNA L.M.R. al pagamento in favore della Regione Piemonte della complessiva somma di euro 139.125,00 (centotrentanovemilacentoventicinque/00), da intendersi già rivalutata, oltre ad interessi legali dal deposito della presente pronuncia al saldo;

-RESPINGE la domanda proposta nei confronti di C.G.;

-CONDANNA L.M.R. al pagamento delle spese di giudizio in favore dell’Erario, che si liquidano in euro 468,96 (quattrocentosessantotto/96). Spese di C.T.U. parimenti a suo carico, liquidate con separato decreto.

-LIQUIDA a carico della Regione Piemonte le spese di lite in favore del convenuto C.G. in complessivi euro 3.800,00 (tremilaottocento/00) per diritti ed onorari, oltre il 15% per spese generali ed I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Manda alla segreteria per le comunicazioni di rito.

Così deciso in Torino, nelle camere di consiglio del 16 ottobre 2024 e del 14 novembre 2024, con l'intervento dei Magistrati:

Marco Pieroni, Presidente

Luigi Gili, Consigliere

Ivano Malpesi, Consigliere estensore

Il Giudice estensore	Il Presidente
Ivano MALPESI	Marco PIERONI
F.to digitalmente	*F.to digitalmente*

Depositata in Segreteria il 17/01/2025

Il Direttore della Segreteria

Caterina SCRUGLI

F.to digitalmente

Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali"

DISPONE

che a cura della Segreteria venga apposta l'annotazione di cui al comma 3 di detto articolo 52 nei riguardi delle persone fisiche indicate in sentenza.

Torino, *data della firma digitale*

Il Presidente

Marco PIERONI

F.to digitalmente

Su disposizione del Presidente, ai sensi dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in caso di diffusione omettere le generalità e gli altri dati identificativi delle persone fisiche indicate in sentenza.

Torino, 17/01/2025

Il Direttore della Segreteria

Caterina SCRUGLI

F.to digitalmente