

Bruna Bruni del Foro di Omissis (C.F: BRNBRN57H65A182Y) ed

elettivamente domiciliato presso il suo studio in Corso F. Cavallotti 68,

Omissis, giusta procura in atti;

C. G., (C.F. omissis), nato omissis, residente in omissis, rappresentato e difeso

dall'avv. Andrea Giussani (C.F. GSSNDR71L20F205A), presso il cui studio in

Milano, Via Filippo Corridoni n. 40, ha eletto domicilio giusta procura in atti.

Uditi, nella pubblica udienza del 18 febbraio 2021, tenutasi con le modalità

previste dall'articolo 85, comma 8 bis, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18,

convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, con l'assistenza del

Segretario, il Magistrato relatore, il Pubblico Ministero e la difesa del

convenuto, come da verbale.

Rilevato in

FATTO

La Procura regionale, con atto di citazione del 13 settembre 2020, agiva nei

confronti di C. G., C. C., S. M. e C. P. per sentirli condannare, in relazione ad

una fattispecie di colpa medica, al risarcimento del danno di euro 250.000,00

in favore di omissis, omissis.

In particolare, ricorda il requirente che alla fine del 2016, all'esito di un esame

ecocardiografico, emergeva a carico del paziente sig. M. G. un "*incremento significativo delle dimensioni del VSx con Ipertrofia concentrica*", con

conseguente programmazione di un intervento cardiocirurgico di riparazione

o sostituzione valvolare mitralica presso omissis.

L'intervento chirurgico aveva luogo il 24-1-2017 e veniva eseguito, mediante

mini-toracotomia, dai convenuti S., C. e C., consistendo nella "*sostituzione*

valvolare mitralica con impianto di bioprotesi Magna n. 21".

Ricorda quindi la Procura che, terminato l'intervento alle ore 18.00, a causa di una successiva emorragia postoperatoria, il paziente veniva riportato in sala operatoria e sottoposto ad altro intervento, con ampliamento della toracotomia e successiva sternotomia.

Secondo il requirente, gli effetti infausti dell'operazione avrebbero prodotto "effetti devastanti" sulla salute del sig. M., con successivi frequenti ricoveri ospedalieri e riabilitativi.

A seguito di domanda di accertamento tecnico preventivo ex art. 696 c.p.c. presentata dal sig. M. in data 14.03.2018, le parti addivenivano ad un accordo transattivo con accollo della somma di € 245.000,00 a carico della omissis e di € 5.000,00 a carico della omissis.

Al fine di valutare compiutamente l'operato dei sanitari, la Procura chiedeva una relazione medica al Ministero della Sanità, Ufficio medico legale con sede in Roma, la quale concludeva evidenziando diversi elementi di censura nell'operato dei sanitari che hanno avuto in cura il sig. M. presso l'Azienda Ospedaliera di omissis.

In diritto la Procura, esclusa l'applicabilità della legge n. 24/2017 ad eventi dannosi verificatisi prima della sua entrata in vigore, richiama la peculiare responsabilità da danno indiretto ai sensi dell'art. 22 del D.P.R. n. 3 del 10 gennaio 1957, applicabile alle A.S.L. ed A.O. in virtù del rinvio operato dall'art. 28 del D.P.R. n. 761 del 1979.

A fondamento della responsabilità dei convenuti, la Procura richiama le seguenti circostanze:

I) mancato svolgimento di un ecocardiogramma immediatamente preoperatorio che riporti le importanti misurazioni delle dimensioni degli atri e dell'aorta,

propedeutiche alla decisione della via di aggressione chirurgica;

II) non conformità del consenso informato rispetto all'intervento descritto nelle cartelle cliniche, da cui discende un'insufficienza del primo;

III) scelta di una bioprotesi in un paziente di 47 anni;

IV) redazione del documento di validazione del 13 febbraio in data successiva all'immediatezza dell'intervento (24 gennaio);

V) intervento che avrebbe potuto essere portato a termine, con un più accortezza ed accuratezza delle manovre chirurgiche, senza complicanze di sorta.

Secondo il requirente, vi sarebbe grave negligenza, e quindi colpa grave, in capo a coloro che hanno eseguito l'intervento, che hanno raccolto il consenso informato, che hanno steso le cartelle cliniche reticenti e le collegate relazioni cliniche, anch'esse incomplete ed inesatte.

Ancora, sostiene la Procura Regionale che seppure *“una responsabilità prevalente va attribuita alle scelte del dott. S., che, di fatto, ha diretto e guidato l'equipe ed ha posto in essere le scelte operative foriere del danno risarcito”*, tuttavia *“non può essere disconosciuto il concorso causale delle condotte del C. e del C., le cui deduzioni scritte non hanno escluso una propria partecipazione affatto passiva o irrilevante ai fini della esecuzione dell'intervento”*.

Quanto alla posizione della convenuta C., direttore sanitario all'epoca dei fatti, la Procura ne invoca la responsabilità, nella misura del 5%, atteso che su di lei *“gravava un dovere giuridico di sovrintendere alle modalità di raccolta del consenso informato, di compilazione, tenuta e stesura delle cartelle cliniche reticenti e delle collegate relazioni cliniche, rivelatesi incomplete ed inesatte”*.

Quanto al rimanente danno, secondo la Procura andrebbe attribuito per il 65%

al convenuto S. e per il 15% ciascuno ai convenuti C. e C..

La convenuta C. P., già direttore sanitario dell'A.O. di Omissis, si è costituita con memoria del 28 gennaio 2021, eccependo in primo luogo l'inammissibilità della citazione ai sensi dell'art. 13 della legge n. 24/2017 e ciò per l'omessa comunicazione dell'esistenza del contenzioso civile e della relativa trattativa stragiudiziale. Quanto all'applicabilità di tale disposto normativo, la parte ne sostiene la natura processuale e dunque l'applicabilità a tutti i giudizi sorti dopo la sua entrata in vigore.

Eccepisce, inoltre, *“l'inammissibilità della contestazione relativa alle cartelle cliniche”* e ciò considerato che, se il danno azionato dalla Procura deriva dalla transazione conclusa dall'A.O., l'originario ricorso per accertamento tecnico del sig. M. si fondava unicamente sull'errore dei sanitari, senza menzione alcuna di supposte lacune nella compilazione delle cartelle cliniche.

Nel merito, dopo aver analiticamente illustrato le proprie competenze quale direttore sanitario dell'intera Azienda Ospedaliera di Omissis, conclude per il rigetto del ricorso, evidenziando l'estraneità del ruolo del direttore sanitario ai compiti, prettamente medici, relativi alla refertazione sanitaria (compilazione delle cartelle cliniche) ed agli atti prodromici (acquisizione del consenso informato). In subordine, chiede la riduzione dell'addebito nella misura massima possibile.

Con memoria del 28 gennaio 2021 si costituiva il convenuto S. M., medico che ha operato il sig. G. M., ricostruendo la dinamica dei fatti per evidenziare la correttezza tecnica del proprio operato.

In particolare, rileva che la endocardite con conseguente embolizzazione

sarebbe conseguenza di un'infezione alle vie urinarie contratta a distanza di circa otto mesi dall'intervento e non opportunamente trattata presso altra struttura sanitaria. Lamenta l'erroneità della scelta dell'Azienda, definita abnorme, di definire transattivamente la controversia con il sig. M. prima ancora dell'esperimento delle operazioni peritali.

Quanto all'intervento, richiamata la scelta del paziente per la bioprotesi in luogo della protesi meccanica, ha evidenziato come la sua lunga durata sia dipesa da un imprevedibile sanguinamento spontaneo, non imputabile al dr. S. tanto è vero che neppure il chirurgo toracico, intervenuto durante il secondo intervento, ne ha individuato l'origine.

Le conseguenze nefaste per il sig. M., tuttavia, secondo la difesa S., sarebbero da ricondurre al diverso e successivo evento rappresentato dall'infezione alle vie urinarie, senza alcun collegamento eziologico con l'operato del convenuto. Di contro, i successivi ricoveri ospedalieri indicati in comparsa sarebbero una conseguenza, purtroppo inevitabile, del tentativo di arginare il sanguinamento e quindi dell'avvenuta compressione e manipolazione del polmone per individuare l'origine del menzionato sanguinamento.

Eccepisce l'inopponibilità della transazione, non solo per la sua irragionevolezza ed antieconomicità, ma anche in relazione all'articolo 9 della legge n. 24/2017 (atteso che sia l'endocardite che la transazione sono eventi successivi alla sua entrata in vigore) ed all'articolo 1372 c.c.

Chiede che venga disposta CTU in ordine alla correttezza dell'operato del convenuto S., all'imprevedibilità del sanguinamento occorso durante l'intervento ed al collegamento causale tra gli eventi immediatamente successivi e tale sanguinamento.

Chiede inoltre che la stessa CTU sia estesa ai danni subiti dal M. e ciò considerato che la transazione non ha permesso di svolgere tale valutazione.

Quanto al consenso informato, rileva che esso, come previsto dal modulo prestampato, è essenzialmente orale e fondato sul rapporto fiduciario paziente-sanitario. La difesa si sofferma, quindi, su tutti i singoli punti oggetto di critica nelle relazioni peritali del M. e nella relazione del Ministero della Salute (assenza di ecocardiogramma preoperatorio, scelta dell'intervento, tecnica prescelta, protesi impiantata), offrendo argomentazioni a conforto della perizia dell'operato del convenuto.

Con comparsa 27 gennaio 2021 si costituiva il convenuto C., coinvolto come aiuto secondo chirurgo del dr. S., il quale, pur riconoscendo l'inapplicabilità della legge n. 24/2017, sottolinea l'anomalia del giudizio civile, svoltosi senza la preventiva consultazione dei sanitari coinvolti e concluso con una transazione antecedente la stessa consulenza medico legale.

L'assenza di perizia medico legale, assume la difesa, rende impossibile non solo la valutazione di eziologia causale e colpevolezza ma anche quella di congruità dell'importo versato al M..

Nel merito della valutazione dell'intervento chirurgico, esclude una propria responsabilità ricordando di aver avuto esclusivamente il compito di manovrare la telecamera endoscopica, necessaria per permettere la visione intratoracica ed intracardiaca con ingrandimento attraverso un mini taglio toracico anteriore, su specifiche indicazioni del chirurgo primo operatore Dott. Massimo S..

Esclude di aver avuto alcun ruolo nella raccolta del consenso informato o nella scelta della tipologia di intervento e di protesi da applicare.

Conclude per il rigetto della domanda o, in subordine, per la riduzione

dell'addebito.

Con memoria del 7 gennaio 2021 si costituiva il convenuto C. C., terzo operatore di sala nell'intervento al paziente sig. M., rilevando la propria totale estraneità alle scelte terapeutiche del dr. S. ed avendo quale unico compito quello di *"impugnare il divaricatore e tenere aperta la ferita attraverso la quale il Dott. S. avrebbe operato"*.

Anche il convenuto C. richiama la circostanza dell'improvviso sanguinamento come causa della durata anomala dell'intervento e del secondo intervento.

Contesta l'assenza di elementi atti ad individuare l'eziologia causale della propria condotta, ritenendo una mera tautologia l'affermazione della sua responsabilità da parte della Procura.

Eccepisce la genericità della relazione ministeriale e l'assoluta assenza di colpa, concludendo per il rigetto della domanda o, in subordine, la riduzione dell'addebito. In via istruttoria, formula istanza di prova per testi circa il proprio ruolo svolto durante l'intervento chirurgico.

Nella pubblica udienza il Pubblico Ministero ha ribadito le argomentazioni fin qui esposte e confermato le conclusioni già rassegnate.

La difesa del convenuto ha richiamato il contenuto della comparsa di costituzione e insistito per il rigetto della domanda.

Tutto ciò premesso, la causa è stata assunta in decisione.

Ritenuto in

DIRITTO

La domanda non merita accoglimento.

La prima questione da esaminare, sotto vari profili sollevata dai difensori dei convenuti, attiene all'applicabilità nella fattispecie della legge n. 24/2017, con

riflessi processuali e nel merito del presente giudizio.

Tale norma, tuttavia, come ormai pacificamente riconosciuto dalla giurisprudenza consolidata, non può trovare applicazione ai fatti antecedenti la sua entrata in vigore e ciò considerato che *“la disciplina risultante dalla legge n. 24 del 2017 disegna compiutamente un nuovo sistema di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie ed ha, pertanto, natura sostanziale, di talché le disposizioni di natura processuale, pure in essa contenute, non possono che leggersi in stretta ed indispensabile connessione con il complesso del nuovo regime di responsabilità, non essendone ipotizzabile una applicazione avulsa dalla intera vigenza del nuovo sistema”* (Corte Conti, I Sezione d’Appello n. 536/2017 e n. 24/2019; II Sez. d’Appello n. 210/2020; Lombardia, n. 247/2019).

Non v’è dubbio che la condotta dannosa dalla quale è derivato l’evento di danno (somme erogate in seguito a transazione) si è verificata anteriormente all’entrata in vigore della legge, ragion per cui la nuova disciplina non trova applicazione.

Venendo al merito, la fattispecie oggetto di esame riguarda un’ipotesi di danno indiretto collegato ad un episodio di malpractice medica: in particolare, il danno, deriva dalla stipula di una transazione tra omissis e Biagio e C. A. di Omissis ed il paziente sig. G. M., comportante il complessivo esborso a favore di quest’ultimo della somma di € 250.000,00. Presupposto della transazione sarebbe lo scorretto intervento di cardiocirurgia effettuato presso il nosocomio in data 24.01.2017.

Ritiene il collegio che la domanda vada respinta per tre diversi motivi :la genericità dell’atto di citazione, l’assenza di convincenti elementi probatori

nella relazione ministeriale (Relazione Ministero della Salute – Ufficio Medicina Legale Roma del 25.11.2019) prodotta dalla Procura Regionale e, infine, la non adeguata ponderazione da parte dell’Azienda sanitaria dei presupposti per addivenire ad una transazione.

In via preliminare, peraltro, va ricordata la cornice giurisprudenziale in cui si muove la responsabilità medica.

E’ noto, infatti, 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. III Sezione d’Appello, n. 107/2017 e precedenti ivi richiamati). Ciò significa, in altri termini, che l’apprezzamento circa la condotta del sanitario deve essere svolto in modo estremamente prudente ed in tal senso per configurare la colpa grave del sanitario *“occorre accertare che si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l’assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione, ovvero abbia difettato quel minimo di perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione medica, oppure vi sia stata ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d’opera”* (III Sezione d’Appello, n. 256/2018).

Fatte tali premesse, e venendo all’esame dell’atto di citazione, è inevitabile rilevare come lo stesso non contenga elementi atti ad individuare la responsabilità dei sanitari coinvolti nell’intervento chirurgico che, in data 24

gennaio 2017, interessava il sig. M. G.. In particolare, dopo aver ripreso la successione temporale degli eventi come esposta nel ricorso per accertamento tecnico preventivo presentato dallo stesso sig. M. avanti il Tribunale di ommissis, l'atto di citazione conclude, in uno con il ricorso per ATP del M., affermando che *“gli effetti infausti della prima operazione hanno prodotto effetti devastanti sulla salute del sig. M.*

Tuttavia, nell'atto di citazione non sono individuati né gli errori che avrebbero caratterizzato la prima operazione né, soprattutto, i contributi causali dei singoli convenuti (quantomeno con riferimento agli operatori sanitari che parteciparono all'intervento), presupposto necessario per una valutazione di colpevolezza nei termini sopra esposti.

Al di là di affermazioni astratte, e del richiamo al contenuto della relazione ministeriale (su cui vedi infra), la Procura afferma che *“Il passaggio fra le criticità sopra individuate e la responsabilità dei medici rientra facilmente – e, si può dire, ovviamente – nella catena ordinaria del rapporto causale. Ovverosia, invertendo i termini, la negligenza della condotta (oggettivamente provata per la diagnosi errata e/o insufficiente) ha portato all'evento di danno (risarcimento)”*: tuttavia, al netto della riportata petizione di principio, non vi è specificazione alcuna, in concreto, su quale sarebbe la catena ordinaria del rapporto causale o la diagnosi insufficiente/errata. In difetto di indicazioni concrete, appare francamente difficile individuare e circoscrivere singole responsabilità.

L'unico riferimento alle posizioni dei convenuti S., C. e C. è contenuto a pagina 14 dell'atto di citazione, laddove si legge che *“Seppur è vero che una responsabilità prevalente va attribuita alle scelte del dott. S., che, di fatto, ha*

diretto e guidato l'equipe ed ha posto in essere le scelte operative foriere del danno risarcito, non può essere disconosciuto il concorso causale delle condotte del C. e del C., le cui deduzioni scritte non hanno escluso una propria partecipazione affatto passiva o irrilevante ai fini della esecuzione dell'intervento".

Rileva il Collegio che anche in tal caso l'affermazione del requirente è estremamente generica, rendendo impossibile l'individuazione dei comportamenti antigiuridici e dell'eziologia causale, nonché la valutazione dell'elemento soggettivo in capo ai singoli operatori sanitari.

E ciò è tanto più vero se si considera che la responsabilità non può essere genericamente riferita all'equipe medica che ha partecipato all'intervento, dovendo la stessa, per il principio cardine di personalità della responsabilità, essere individualizzata e calibrata sulla condotta del singolo convenuto.

Ma tale individualizzazione, alla luce della genericità dell'atto introduttivo, nella fattispecie in esame non è possibile.

Sulla posizione dei convenuti C. e C., secondo e terzo aiuto chirurgo durante l'intervento (mentre il C. manovrava la telecamera per permettere la visione al chirurgo dr. S., il C. si occupava del divaricatore), non solo l'atto di citazione ma neppure la richiamata relazione del Ministero della Salute offre alcun elemento utile ad individuare le loro supposte responsabilità.

Venendo a quest'ultima relazione del Ministero della Salute, Ufficio Medicina Legale di Roma, che la Procura ha posto a fondamento della responsabilità dei convenuti, la sua assoluta genericità costituisce il secondo movente al rigetto della domanda risarcitoria. In linea generale, il Collegio non può esimersi dal rilevare come tale relazione si limiti ad individuare anomalie e/o irregolarità,

senza però prendere posizione alcuna né sulla concausalità di tali fattori né sulla condotta dei singoli convenuti, né sulla specifica gravità della colpa.

In particolare, la relazione a firma della dott.ssa C. V. si sofferma dapprima sulla mancanza di un elettrocardiogramma preoperatorio: di tale asserita negligenza, tuttavia, non vengono evidenziate in alcun modo le conseguenze.

Non vi è, detto più chiaramente, un ragionamento logico e motivato che spieghi come l'effettuazione di tale esame avrebbe inciso sul successivo intervento chirurgico né, sotto altro profilo, l'affermazione che la sua mancanza avrebbe determinato un qualche successivo errore.

Il secondo aspetto evidenziato dalla relazione attiene al consenso informato: secondo il parere del medico legale incaricato dalla Procura *“nel consenso informato viene proposto l'intervento di correzione della valvulopatia mitralica ed eventuale sostituzione protesica ma nella descrizione dell'intervento non si parla di tale tentativo di riparare la valvola, omettendo anche una descrizione macroscopica della situazione valvolare mitralica che potesse giustificare l'avvenuta sostituzione valvolare protesica”*.

La contestazione è francamente contraddittoria e ciò considerato che se dapprima afferma che al paziente viene proposta la duplice possibilità di una correzione e/o sostituzione della valvola, successivamente rileva la mancata indicazione del *“tentativo di riparare la valvola”*.

L'esame del modulo di consenso informato sottoscritto dal paziente e compilato dal dr. S., invero, ne evidenzia la completezza informativa.

Se è certamente vero che il modulo viene compilato sinteticamente, è altrettanto vero che il paziente sottoscrive espressamente di *“aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto...e*

sui rischi prevedibili attraverso il colloquio con il medico”.

Non vi sono elementi, in sostanza, per ritenere a priori che il consenso informato non sia stato adeguato.

Ancora, la relazione evidenzia un’ incongruenza nella scelta della bioprotesi in luogo di una protesi meccanica. Tuttavia, senza addentrarsi in valutazioni cliniche non rientranti nelle competenze di questo Collegio, si rileva che dagli atti non risulta in alcun modo che la scelta della bioprotesi abbia avuto alcuna eziologia causale negli sfortunati eventi che hanno interessato il decorso operatorio. In nessuno degli atti di causa emerge un problema relativo alla protesi scelta, tanto è vero che la stessa Procura ammette essersi trattato di un intervento (la sostituzione della valvola con una protesi) che ha salvato la vita del paziente. Né la diagnosi e indicazione terapeutica viene in alcun modo contestata: la stessa relazione riconosce espressamente, infatti, che *“non sussistono dubbi circa l’ indicazione corretta ad intervenire chirurgicamente sulla valvola mitrale... alla luce dei gravi dati ecocardiografici di un esame eseguito nel dicembre del 2016”.*

Appare contraddittoria, inoltre, l’ affermazione secondo cui il paziente avrebbe dovuto essere trattato con farmaci anticoagulanti, necessari in caso di scelta di protesi meccaniche: nelle cartelle cliniche trova conferma l’ abbondante fenomeno di sanguinamento ricordato dal convenuto S. come causa della prolungata durata dell’ intervento (e del secondo intervento, diretto ad arrestare l’ emorragia interna). Non occorre un’ elevata perizia medica per affermare che i suggeriti farmaci anticoagulanti avrebbero inevitabilmente reso più grave l’ episodio di sanguinamento.

Tale episodio, e qui si riviene una grave lacuna della relazione ministeriale, non

viene in alcun modo messo in relazione con l'anomala durata dell'intervento ma viene ricordato al solo fine di evidenziare una non adeguata e tempestiva compilazione della documentazione clinica.

Proprio questa modalità di compilazione dei referti clinici sembra essere il profilo centrale della relazione peritale, tesa a sottolineare una certa leggerezza nella documentazione relativa agli interventi, risultante anche dall'erronea indicazione della misura di protesi inserita: tuttavia, non risulta da nessuno degli atti di causa che tale situazione abbia avuto incidenza alcuna sul decorso clinico del paziente o sul giudizio prognostico (invero non agli atti; cfr. *infra*) che avrebbe dovuto essere alla base della scelta di addivenire ad una transazione con il sig. M..

Secondo la relazione peritale, pertanto, da tali leggerezze documentali si dovrebbe poter *“ipotizzare che l'intervento avrebbe potuto essere portato a termine, con un po' più di accortezza ed accuratezza delle manovre chirurgiche da eseguire in mano esperta, senza complicanze di sorta”*: si tratta di una valutazione generica, ipotetica e priva di elementi fattuali a sostegno, senza riferimenti alle condotte dei singoli convenuti ed alla gravità dell'imperizia che a ciascun membro dell'equipe sarebbe addebitabile. Neppure vi è alcun riferimento alle linee guida medico sanitarie, intese come *“un condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, reputate tali dopo un'accurata elezione e distillazione di diversi contributi”* (Cass. S. U. n. 8770/2018 e Corte Conti Prima Sez. d'Appello n. 156/2018), la cui violazione potrebbe rappresentare un forte indizio di colpevolezza.

In estrema sintesi, alla luce di quanto esposto si deve affermare che la

conclusione presentata dalla relazione ministeriale risulta non adeguatamente

motivata, non individuando l'eziologia delle complicanze e, di conseguenza,

chiare ed evidenti ipotesi di responsabilità in capo ai sanitari oggi convenuti.

Da ultimo, occorre considerare il terzo elemento che, a parere del Collegio,

porta al rigetto della domanda: la transazione cui addivene l'Azienda Sanitaria

con il sig. M., all'interno del giudizio per accertamento tecnico preventivo da

questi promosso.

Giova premettere, sul punto, che nella fattispecie in esame la transazione

rappresenta un mero fatto storico rispetto all'obbligazione risarcitoria la quale,

pertanto, in ultima analisi trova origine nell'asserita colpa medica dei

convenuti.

Cionondimeno, perché la transazione possa fondare la richiesta risarcitoria,

essa non deve fondarsi su scelte irragionevoli, arbitrarie, illogiche o abnormi,

ma al contrario deve costituire il frutto legittimo di una ponderata valutazione,

finalizzata a salvaguardare gli interessi patrimoniali pubblici mediante una

ragionata analisi del rapporto costi/benefici in relazione alla dinamica del caso

concreto (cfr., ad es., Sez. II App. n. 67 del 2020 e 741 del 2018; Sez. III App.

nn. 536 del 2017 e 53 del 2017 e Sez. App. Sicilia n. 271 del 2013; in questi

termini anche Sez. Piemonte n. 77/2019).

Infatti, in presenza di una transazione palesemente irragionevole, essa

interromperebbe il nesso causale tra l'operato dei sanitari ed il danno

rappresentato dall'esborso economico conseguente all'accordo transattivo.

Fatta tale premessa, occorre considerare che nella fattispecie in esame la

transazione è avvenuta all'interno di un procedimento tecnico preventivo

promosso dal sig. M. senza che, tuttavia, si sia svolto un accertamento tecnico

peritale.

Dunque, non solo non sono stati sentiti i sanitari coinvolti, i quali ben avrebbero potuto fornire informazioni ed elementi tecnici necessaria a sostenere una valida difesa processuale, ma neppure si è ritenuto di attendere lo svolgimento della consulenza tecnica che, peraltro, il Giudice del procedimento civile aveva già disposto.

Vi è da supporre, pertanto, che l’Azienda Sanitaria si sia determinata alla transazione, in difetto di qualunque accertamento giudiziale, sulla base della considerazione dell’esistenza di un grave errore medico, di una più che probabile soccombenza giudiziaria.

Tuttavia, tale eventualità sembra decisamente smentita dalle risultanze processuali.

In primo luogo, va richiamata la comparsa di costituzione dell’Azienda nel giudizio ex art. 696 c.p.c.: la memoria 27 giugno 2018 dell’avv.to Battistelli contiene numerose e puntuali eccezioni di merito, dirette a contraddire, in modo francamente convincente, le risultanze della relazione peritale della parte attrice.

In secondo luogo, va rilevato che l’Azienda Sanitaria, tenuto conto di quanto prodotto dal requirente nel presente giudizio, si è determinata alla transazione sulla base delle valutazioni condensate nella scheda sinistro redatta dal Comitato gestione sinistri in data 26 giugno 2018. Tale scheda contiene le valutazioni del consulente aziendale (dr. Varetto) nei seguenti termini: *“alcune complicanze (emorragia post operatoria) si sono risolte rapidamente, altre invece hanno avuto conseguenze in termini di temporanea (circa 13/14 mesi ancora in corso) e di permanente (40%) al netto dei postumi attesi”*.

Sulla base di queste considerazioni, le motivazioni per le quali il Comitato ritiene conveniente la scelta transattiva sono le seguenti: *“Sono ravvisabili criticità nella gestione del pz. rappresentate dalla scelta del sito di accesso chirurgico non adeguato che ha determinato le lesioni iatrogene. L'assicuratore Sham intende proporre una somma a titolo transattivo pari a€ 300.000,00 omnia”*.

Da ciò la conclusione del CgS che *“ritiene di accogliere la richiesta proponendo la sua definizione secondo la quantificazione indicata dal medico legale dell'assicuratore entro il limite di€ 300.000,00. In caso di mancata accettazione la pratica sarà riesaminata all'esito dell'ATP”*.

Da quanto esposto si rilevano due circostanze: la prima è che dalla scheda del CgS non si rinvergono precise e motivate ipotesi di responsabilità gravemente colposa a carico degli operatori sanitari. Tanto è vero che è l'unico riferimento, rappresentato dal supposto erroneo sito di accesso chirurgico, è un profilo che nell'atto introduttivo del giudizio del danneggiato sig. M. neppure viene menzionato.

Di contro, l'attenzione del Comitato sembrerebbe orientarsi sulla circostanza dell'offerta transattiva proposta dall'assicuratore: questo, più che una seria analisi dell'operato dei sanitari, sembra essere l'elemento decisivo che ha spinto l'Azienda alla transazione.

In ogni caso, i fatti sopra descritti portano a ritenere non adeguatamente motivata la scelta dell'Amministrazione di addivenire alla transazione con il sig. M., quantomeno sotto il profilo della valutazione dell'operato dei sanitari oggi convenuti in giudizio.

Infatti, se l'esistenza di una CTU in seno al giudizio civile induce a ritenere

giustificata una transazione, nell'ottica di una ragionevole riduzione dell'esborso pubblico, nella fattispecie in esame non vi erano elementi tali da indurre l'Azienda a preferire la transazione piuttosto che una difesa nel merito, non essendo ancora stato espresso alcun giudizio medico legale (in questi termini, ragionando a contrario, cfr. Corte Conti Lombardia n. 156/2018 secondo cui *“all'epoca della transazione l'esito della causa civile era indubbiamente negativo per l'Azienda, alla luce della C.T.U. disposta in sede di accertamento tecnico preventivo e poi confluita nel procedimento ex art. 702 bis c.p.c. (rito a cognizione piena e con procedimento sommario semplificato); C.T.U. della quale il Giudice civile ha negato il rinnovo; sicché, l'intervenuta transazione ha rappresentato, semmai, una riduzione dell'esborso pecuniario dell'Azienda, mediante attivazione della garanzia assicurativa, e non certamente la causa del danno, che era ormai evidente”*).

Alla luce di quanto esposto, la domanda va respinta, per la palese assenza di elementi probatori a sostegno, quanto ai convenuti S., C. e C..

Analoga conclusione investe la convenuta C., direttore sanitario della struttura. Oltre a quanto esposto circa lo specifico modulo per il consenso informato sottoscritto dal paziente, va rilevato che il modulo era strutturato per rimettere all'operatore sanitario la sua compilazione puntuale. Non si rinvergono, quindi, responsabilità del direttore sanitario per la sua struttura astratta né, tantomeno, per non chiaramente individuate omissioni nelle direttive sulla sua compilazione.

D'altra parte, un simile rimprovero potrebbe avere fondatezza in caso di ripetute carenti compilazioni dei modelli, tali da sollevare dei dubbi circa le indicazioni a monte fornite dal vertice sanitario. Ma nella fattispecie in esame

la Procura non ha portato alcun elemento a sostegno di tale allegazione che, pertanto, rimane allo stato di mera affermazione.

Stante l'assoluzione nel merito e visto l'articolo 31, comma 2, c.g.c., le spese di lite vengono liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

La Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Piemonte, in composizione collegiale, definitivamente pronunciando,

Respinge la domanda.

Liquida le spese di lite in favore del convenuto S. M. in complessivi euro 3.000,00 per diritti ed onorari, oltre il 15% per spese generali ed oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Liquida le spese di lite in favore del convenuto C. G. in complessivi euro 2.500,00 per diritti ed onorari, oltre il 15% per spese generali ed oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Liquida le spese di lite in favore del convenuto C. C. in complessivi euro 2.500,00 per diritti ed onorari, oltre il 15% per spese generali ed oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Liquida le spese di lite in favore della convenuta C. P. in complessivi euro 2.200,00 per diritti ed onorari, oltre il 15% per spese generali ed oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge.

Così deciso in Torino, nella camera di consiglio del 18 febbraio 2021 con l'intervento dei magistrati:

Cinthia Pinotti Presidente

Tommaso PARISI Consigliere

Cristiano Baldi, Consigliere Estensore

Manda alla segreteria per le comunicazioni di rito.

Il Giudice estensore

Il Presidente

F.to Cristiano BALDI

F.to Cinthia Pinotti

Depositata in Segreteria il 3 marzo 2021

Il Direttore della Segreteria

F.to Caterina Scrugli

Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, 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, 3 marzo 2021

Il Presidente

F.to Cinthia Pinotti

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, 3 marzo 2021

Il Direttore della Segreteria

F.to Caterina Scrugli