



REPUBBLICA ITALIANA

259/2024

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE PRIMA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

composta dai seguenti magistrati:

Massimo Lasalvia	Presidente
Fabio Gaetano Galeffi	Consigliere
Natale Longo	Consigliere
Aurelio Laino	Consigliere
Stefania Petrucci	Consigliere relatore

SENTENZA

nel giudizio di appello in materia di responsabilità, iscritto al **n. 60569** del registro di segreteria, promosso

dal **Procuratore generale della Corte dei conti**

contro

BUZZI Giuseppina (c.f. BZZGPP66D69D286C) nata a Desio (MI) il 29 aprile 1966 ed ivi residente alla via Volta 1/D, rappresentata e difesa dall'avv. Stefano Angelo Cassamagnaghi (c.f. CSSSFN70A12D86E; pec: stefano.cassamagnaghi@milano.pecavvocati.it) ed elettivamente domiciliata presso la segreteria di questa Sezione, in virtù di mandato in calce all'atto di costituzione

per la riforma

della sentenza n. 113/2022 della Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia, depositata in data 28 aprile 2022;

Esaminati gli atti e documenti del giudizio;

Uditi, alla pubblica udienza del 7 novembre 2024, con l'assistenza del segretario dott.ssa Rita Maria Dina Cerroni, il relatore consigliere Stefania Petrucci, l'avv. Ada Esposito in sostituzione dell'avv. Stefano Angelo Cassamagnaghi per la parte appellata ed il V.P.G. Sabrina D'Alesio per la Procura generale.

Svolgimento del processo

Con atto di citazione, depositato in data 10 giugno 2021, la Procura regionale presso la Sezione giurisdizionale per la Lombardia conveniva in giudizio Giuseppina Buzzi per sentirla condannare al risarcimento del danno indiretto di euro 55.000,00 (oltre interessi e rivalutazione) liquidato, in via transattiva, dall'azienda socio-sanitaria territoriale (ASST) di Vimercate ove prestava servizio quale medico-chirurgo.

L'azione del Requirente contabile prendeva avvio in seguito alla trasmissione, da parte della predetta azienda sanitaria, della documentazione recante la liquidazione del risarcimento danni conseguenti all'operato dei sanitari che ebbero in cura, per un carcinoma mammario sinistro, la sig.ra Mancuso Caterina Lucia che contestava sia un ritardo diagnostico, che misure terapeutiche invasive per gli interventi subiti in data 28.03.2006 ed in data 19.04.2006 e che avevano determinato l'insorgenza di un linfedema all'arto, in assenza di esecuzione della tecnica del linfonodo sentinella.

In seguito al ricorso per accertamento tecnico preventivo richiesto dalla paziente, l'azienda sanitaria perveniva ad un accordo transattivo, recepito

dalla deliberazione n. 45 del 27.01.2016 del Direttore generale, provvedendo, pertanto, al pagamento del predetto importo di euro 55.000,00, mediante emissione dei mandati n. 387 del 12.02.2016 e n. 513 del 26.02.2016.

Con sentenza n. 113/2022, depositata in data 28 aprile 2022, la Sezione giurisdizionale regionale della Corte dei conti per la Lombardia, accoglieva parzialmente la domanda attorea condannando l'odierna appellata al pagamento della somma di euro 44.000,00, comprensiva di rivalutazione, interessi legali e spese di giudizio.

Avverso la su richiamata sentenza n. 113/2022, con ricorso ritualmente notificato, proponeva appello il Procuratore generale, dolendosi, con il primo motivo di gravame, per violazione di legge in sede di quantificazione del risarcimento del danno, per aver la Sezione territoriale ritenuto di porre, a carico dell'amministrazione, il 20% del danno erariale accertato, con conseguente riduzione dell'importo della condanna nei confronti dell'odierna appellata.

Ad avviso del Procuratore generale, il Giudice di primo grado non avrebbe adeguatamente motivato le ragioni dell'avvenuta rideterminazione dell'obbligo risarcitorio a carico dell'appellata avendo fatto richiamo al sistema assicurativo prescelto dall'Azienda ospedaliera danneggiata che, all'epoca dei fatti, disponeva di una polizza per responsabilità civile che prevedeva la formula della *self insurance retention* (autoassicurazione) per effetto della quale venivano esclusi dalla copertura assicurativa i risarcimenti non superiori a euro 500.000,00.

Reputa il Requirente che, stante l'esclusivo apporto causale dell'appellata nella determinazione del danno, non risulterebbe corretta l'applicazione della

normativa in tema di responsabilità degli amministratori e dei dipendenti pubblici ed, in particolare, del personale sanitario, relativamente ai profili di riduzione dell'addebito, di insindacabilità nel merito delle scelte discrezionali, di concorso del danneggiato nella causazione dei danni e della disciplina dettata dall'art. 83, comma 2, c.g.c. secondo cui, nel giudizio instaurato nei confronti di uno o di alcuni soltanto dei responsabili del danno, il Giudice deve tener conto del concorso di coloro che non sono stati convenuti.

Con il secondo motivo di doglianza, il Procuratore generale lamenta che il primo Giudice, in sede di motivazione, non avrebbe precisato di quale degli istituti appena menzionati e che consentono di attribuire al condannato una parte soltanto del danno, abbia inteso fare applicazione ed, in particolare, se sia stata ravvisata nella mancata stipula, da parte dell'azienda sanitaria, di un contratto di assicurazione che includesse il sinistro oggetto di causa, una fattispecie di concorso di terzi estranei nella causazione del danno *ex art. 83, comma 2, c.g.c.* Né risulterebbe adeguatamente motivata, dopo l'accertamento della piena sussistenza del danno, la decurtazione, in via equitativa, nella predetta misura del 20%.

Con il terzo motivo di impugnazione, il Requirente appellante insiste per la insussistenza di presupposti previsti per la riduzione dell'addebito o in tema di eventuale concorso di terzi nella causazione del danno.

Lamenta l'appellante che la circostanza presa in esame dalla pronuncia impugnata, ovvero la maggiore esposizione all'azione di responsabilità amministrativa dei sanitari che abbiano cagionato danni di entità inferiore alla soglia oltre la quale opera l'assicurazione, non avrebbe, all'evidenza, alcuna relazione né con il fatto causativo del danno alla salute del paziente (il cui

risarcimento ha provocato il danno erariale), né con la condotta anteriore o successiva dell'appellata.

Reputa, al riguardo, il Procuratore generale che la disparità di trattamento, sostenuta dalla decisione impugnata, tra i responsabili di episodi di *malpractice*, potrebbe eventualmente costituire un elemento del quale il personale dell'azienda sanitaria potrebbe dolersi nei rapporti con quest'ultima, ma non anche un fattore di cui tenere conto in sede di determinazione del danno risarcibile.

Il Requirente non ritiene, pertanto, sussistente il concorso dell'azienda danneggiata nella produzione del danno non emergendo un nesso di causalità tra la mancanza di copertura assicurativa ed il risarcimento versato dall'azienda alla paziente, che costituisce l'evento della fattispecie di danno erariale c.d. indiretto.

Aggiunge l'appellante che, peraltro, non potrebbe reputarsi certa la convenienza dell'assicurazione integrale rispetto ad altre modalità di gestione del rischio, pure contemplate dalla legge n. 24 del 2017, non avendo la Sezione territoriale compiuto alcuna indagine in tal senso ed, in ogni caso, trattandosi di una opzione contemplata dalla legge in vigore all'epoca dei fatti, la sua adozione rientrava nell'ambito della discrezionalità amministrativa, non sindacabile neppure ai fini della determinazione dell'entità del risarcimento.

Pertanto, secondo la prospettazione del Procuratore generale, non sarebbe condivisibile l'affermazione del Giudice di primo grado secondo cui se l'azienda decide di non assicurarsi integralmente deve, poi, accollarsi il relativo rischio poiché ridurre il risarcimento del danno erariale, in ragione

dell'assenza di copertura assicurativa, potrebbe addirittura risolversi in *“un parziale disconoscimento della funzione della responsabilità amministrativa”*.

In conclusione, il Procuratore generale appellante, dopo aver richiamato la giurisprudenza in materia, chiede, in riforma dell'impugnata sentenza, la condanna della parte appellata al pagamento della somma di euro 55.000,00, oltre interessi legali.

In data 5 aprile 2023, si è costituita l'appellata Buzzi chiedendo, con riserva di articolare le proprie difese, che l'atto di gravame sia respinto in quanto inammissibile, improcedibile e/o comunque infondato, con ogni conseguente statuizione in ordine alle spese di giudizio.

Con successiva memoria depositata in data 16 ottobre 2024, la parte appellata specificava che, con nota prot. 19391 del 27 maggio 2022, l'azienda sanitaria di Vimercate chiedeva, per effetto della sentenza oggetto di odierna impugnazione, il pagamento della somma di euro 44.000,00, oltre spese di giudizio e che, in data 24 giugno 2022, aveva provveduto ad effettuare il pagamento di euro 44.363,04.

Eccepisce, quindi, l'appellata che il gravame della Procura generale debba intendersi riferito alla sola differenza di euro 11.000,00, e che il Giudice di primo grado ha fatto evidente applicazione del potere di riduzione, come emergerebbe sia dalla terminologia adoperata mediante richiamo a principi di equità, sia dai precedenti giurisprudenziali della medesima Sezione, indicati dalla pronuncia impugnata e non oggetto di alcun gravame.

Deduce, inoltre, l'appellata che l'azienda sanitaria aveva, al riguardo, chiarito che il ricorso alla polizza di autoassicurazione aveva consentito di aggiudicare contratti assicurativi, con un considerevole risparmio di premio, rispetto a

quelli aggiudicati negli anni precedenti, individuandosi, così, degli elementi da assumere quali parametri nell'esercizio del potere di riduzione, dovendosi includere, tra gli aspetti gestionali ed organizzativi dell'ente, anche le scelte in tema di copertura dei sinistri.

In conclusione, l'appellata chiede l'integrale conferma della sentenza gravata e la condanna alle spese di lite.

All'udienza di discussione della causa del 7 novembre 2024, il rappresentante della Procura generale ha, in via preliminare, precisato che, alla luce dell'avvenuta esecuzione della sentenza di primo grado, la richiesta attorea, per la quale si chiede l'accoglimento, deve intendersi limitata all'importo di euro 11.000,00.

La parte appellata ha, poi, insistito per l'accoglimento delle conclusioni rassegnate in atti.

La causa è stata, quindi, trattenuta in decisione.

Motivi della decisione

La vicenda all'odierno esame attiene al danno indiretto patito, per un episodio di *malpractice* medica, dall'azienda sanitaria di Vimercate che, al fine di ristorare una paziente per la condotta posta in essere dalla parte appellata Buzzi, addiveniva, in data 11 gennaio 2016, alla stipula di un accordo transattivo che generava il pagamento dell'importo complessivo di euro 55.000,00 ed il conseguente avvio dell'azione contabile.

Il Procuratore generale, odierno appellante, si duole che, in sede di quantificazione del danno, il Giudice di *prime cure* perveniva ad una riduzione del 20% dell'importo versato dall'azienda sanitaria, in asserita violazione della normativa vigente in tema di responsabilità amministrativa ed in assenza di

adeguata motivazione giungendo ad affermare che una parte del danno doveva *“rimanere a carico dell'amministrazione quale parte del rischio che la stessa, mediante la scelta delle proprie coperture assicurative, ritiene di accollarsi”*.

L'atto di gravame si appalesa infondato e non merita accoglimento.

Osserva, in via preliminare, il Collegio che, in assenza di interposizione di specifico appello da parte di Buzzi Giuseppina, appare oramai acclarata, in conformità a quanto statuito dal Giudice territoriale, *“la gravissima condotta della convenuta che, in assenza di alcuna specifica motivazione e/o controindicazione, ha chiaramente optato per una scelta chirurgica errata”*.

L'oggetto del gravame deve, pertanto, intendersi limitato alla riduzione, in via equitativa, del 20% del *quantum debeatur* determinato dalla Sezione territoriale in euro 44.000,00, a fronte della richiesta di euro 55.000,00 formulata con la domanda introduttiva.

Emerge, inoltre, dalla documentazione versata in atti dall'appellata, l'avvenuta esecuzione della sentenza di primo grado per effetto del versamento dell'importo di euro 44.363,04.

Come noto, il danno erariale indiretto consiste nelle somme che l'amministrazione è tenuta a versare, a seguito di un provvedimento giurisdizionale ovvero sulla scorta di un accordo transattivo, al terzo danneggiato da fatti e/o atti illeciti imputabili all'ente pubblico per dolo o colpa grave dei suoi agenti.

Con il primo motivo di doglianza, il Procuratore generale lamenta l'assenza di motivazione nella rideterminazione dell'obbligo risarcitorio mediante riduzione del 20 per cento.

Rileva, al riguardo, il Collegio che, in sede di quantificazione del danno, la pronuncia impugnata si sofferma, in particolare, sui possibili effetti distorsivi del sistema assicurativo prescelto dall'Azienda ospedaliera e che pone, a carico totale della struttura pubblica, i risarcimenti di danni di importo inferiore ad una determinata soglia, mediante la formula della *"self insurance retention"* così chiarendo che: *"quanto più basso è l'importo del danno risarcito dall'azienda, tanto più possibile è la circostanza che lo stesso possa essere posto, in rivalsa, a carico dei sanitari, mentre importi più elevati, per circostanze cabalistiche, potrebbero trovare addirittura copertura integrale"*.

La sentenza gravata, ad avviso del Collegio, lungi dal risultare priva di adeguata motivazione, perviene alla riduzione del 20% dell'importo del danno contestato in citazione sulla base di un'espressa valutazione di natura equitativa che si colloca nel solco di un consolidato orientamento della medesima Sezione Lombardia volto ad applicare il potere riduttivo dell'addebito in presenza di un *"meccanismo di funzionamento delle polizze assicurative con franchigia aggregata, che affida a circostanze casuali e talvolta cabalistiche, l'imputazione a medici ed infermieri di una quota di danno patito dalla Azienda in occasione di sinistri sanitari"* (Sez. Giur. Lombardia, sent. n. 163/2016).

Tali *"circostanze cabalistiche"*, ricondotte dalla pronuncia impugnata anche al sistema di gestione dei sinistri sanitari mediante polizze caratterizzate da clausole recanti una soglia al di sotto della quale non opera l'assicurazione, risultano menzionate anche dalla precedente sentenza n. 5/2022 della medesima Sezione espressamente richiamata dal Giudice di

primo grado e che si soffermava proprio sulla predetta formula della *“self insurance retention”*.

Tale ultima pronuncia della Sezione Lombardia si conformava, poi, alla sentenza n. 171/2019 ove è espressamente fatta applicazione di un *“congruo potere riduttivo dell’addebito”*, come, peraltro, rilevabile anche dalla ulteriore precedente pronuncia n. 163/2016 che, in particolare, poneva attenzione a due rilevanti circostanze: l’ontologica difficoltà e complessità dell’arte medica ed il *“perverso”* meccanismo di funzionamento delle polizze assicurative.

Reputa, al riguardo, il Collegio che l’espresso richiamo, da parte della sentenza impugnata, all’ultimo dei precedenti della Sezione su tale materia (sentenza n. 5/2022) appare pienamente aderente al dettato dell’art. 39, comma 2, lett. d), c.g.c. che, in tema di contenuto delle sentenze, consente, nell’esposizione delle ragioni di fatto e di diritto su cui si fonda la decisione, il rinvio a precedenti a cui il Giudice intenda conformarsi.

Si rammenta, peraltro, che l’art. 17 delle disposizioni di attuazione al codice di giustizia contabile aggiunge che la motivazione della sentenza consiste nella concisa esposizione dei fatti decisivi e dei principi di diritto *“anche con esclusivo riferimento a precedenti conformi”*.

Da tanto consegue, secondo il Collegio, che la Sezione di primo grado, dopo aver attentamente esaminato la condotta tenuta dall’appellata, anche alla luce delle conclusioni della consulenza tecnica d’ufficio, risulta aver adeguatamente adempiuto all’obbligo motivazionale in sede di determinazione dell’importo del danno stante il richiamo *“a quanto già sostenuto in precedenti decisioni”* e secondo valutazioni di natura equitativa dalle

quali emerge l'*iter* logico giuridico seguito che risulta caratterizzato da piena congruenza delle premesse con le conclusioni.

Il Collegio ritiene, pertanto, infondato il primo motivo di gravame non risultando censurabile il percorso motivazionale seguito dal Giudice territoriale.

Parimenti infondato si appalesa il secondo motivo di impugnazione vertente sulla mancata indicazione dell'istituto giuridico in concreto applicato desumendosi il ricorso al potere riduttivo dal tenore letterale complessivo della sentenza impugnata, dal richiamo a valutazioni di natura equitativa e dal riferimento al consolidato orientamento in materia espresso dalla Sezione ed appena esaminato.

Inconferenti risultano, pertanto, ad avviso del Collegio, le osservazioni di parte appellante volte ad ipotizzare che la riduzione della quantificazione del danno potesse eventualmente ricondursi alla disciplina dettata dall'art. 83, comma 2, c.g.c. in tema di concorso di terzi estranei al giudizio nella causazione del danno *"per mancata stipula – da parte, evidentemente, di persone diverse dalla convenuta – di un contratto di assicurazione che includesse il sinistro oggetto di causa"* rientrando nelle scelte discrezionali dell'ente l'individuazione del sistema assicurativo reputato maggiormente confacente alle proprie esigenze, nel rispetto dell'obbligo di copertura assicurativa imposto dall'art. 27, comma 1 *bis*, del D. L. 24/06/2014 n. 90, convertito dalla L. 11/08/2014 n. 114 e reputato dal legislatore particolarmente pregnante tanto da essere confermato dall'art. 10 della L. n. 24/2017 (Sez. I App., sent. n. 198/2023).

Con il terzo motivo di gravame, il Procuratore generale appellante eccepisce l'insussistenza dei presupposti sia per l'applicazione del potere riduttivo che per il concorso di terzi nella causazione del danno.

Rammenta il Collegio che, secondo il dettato degli articoli 83, comma 1, R. D. n. 2440/1923, 52, comma 2, R. D. n. 1214/1934 e 1, comma 1 *bis*, della L. n. 20/1994, il potere di riduzione dell'addebito consente di limitare, secondo il prudente apprezzamento del Giudice contabile e valutate le singole responsabilità, il *quantum* di danno da porre a carico dell'autore di condotte di illecito erariale.

Il codice di giustizia contabile, approvato con D. lgs. n. 174/2016 e s.m.i., ne ha, poi, espressamente recepito l'esistenza mediante il richiamo contenuto nella disciplina sul rito abbreviato (art. 130, comma 6, c.g.c.).

Secondo il costante orientamento giurisprudenziale in materia, il potere di esercitare la riduzione dell'addebito è, per il Giudice contabile, meramente eventuale ed ampiamente discrezionale incontrando i limiti della coerenza e della proporzionalità, non potendo trascendere nell'abuso e/o nell'arbitrio (Sez. I App., sent. n. 54/2024, Sez. II App., sent. n. 372/2021 e Sez. III App., sent. n. 603/2021).

Al riguardo, questa Sezione ha recentemente avuto modo di affermare che: *“la riduzione dell'addebito è considerata in dottrina come un criterio di graduazione della responsabilità che caratterizza la specialità della disciplina che regola la materia”* e che: *“l'impiego di tale criterio di determinazione della condanna deve essere ancorato a una congrua giustificazione, che dia evidenza delle condizioni - variamente declinate - sia oggettive, e dunque del contesto in cui l'agente si è trovato a operare, e sia*

soggettive, ovvero le situazioni personali e psicologiche, che conducono a delimitare l'importo di danno da porre a carico del convenuto (Sez. I App., sent. n. 80/2024).

Al fine di parametrare il più possibile la condanna al caso concreto, l'esercizio del potere riduttivo può, quindi, tener conto anche di circostanze oggettive quali la non lineare organizzazione della struttura di appartenenza (Sez. III App, sent. n. 603/2021, Sez. II App., sent. n. 302/2003) o la particolare complessità dell'organizzazione (Sez. II App., sent. n. 276/2020).

Reputa il Collegio che, nella vicenda all'odierno esame, con ragionamento logico immune da vizi, il Giudice di *prime cure* ha ritenuto di addivenire ad una riduzione dell'importo del danno tenendo conto dell'elemento oggettivo afferente alla scelta organizzativa dell'ente danneggiato in materia di regime assicurativo, ove la copertura interveniva solo nell'ipotesi di danno superiore all'importo di euro 500.000,00, restando gli importi inferiori a tale somma totalmente a carico della struttura sanitaria tenuta a provvedere alla gestione del sinistro secondo una forma di auto-assicurazione.

Al riguardo, la giurisprudenza contabile d'appello, in sede di gravame avverso uno dei citati precedenti della Sezione Lombardia (n. 171/2019), in tema di responsabilità medica e scelte assicurative delle aziende sanitarie, seppure soffermandosi su un sistema di franchigia aggregata molto alta, nel ritenere corretta la limitazione dell'entità del danno addebitabile "*secondo canoni discrezionali di equità*", ha espressamente chiarito che: "*in assenza di determinazione dei criteri di distribuzione della franchigia, da parte dell'Ente pubblico*" tali "*esigenze di una più equa distribuzione della franchigia stessa non possono essere soddisfatte che con il ricorso all'esercizio del "potere riduttivo"*" (Sez. II App., sent. n. 372/2021).

Trattasi, secondo il Collegio, di condivisibile criterio applicabile anche alla vicenda all'odierno esame, ove la polizza assicurativa adottata dall'azienda danneggiata non determina, comunque, per effetto della clausola "*self insurance retention*", la copertura integrale dei sinistri.

Tale criterio appare, quindi, ancorato ad "*una più giusta imputazione sostanziale del danno acclarato*" (Sez. Lombardia, sent. n. 163/2016) posto che il meccanismo assicurativo prescelto dall'azienda sanitaria, "*seppur giuridicamente e contrattualmente lecito ed ancorato a parametri statistico-attuariali alla base del prodotto assicurativo, porta a situazioni (quale quella sub iudice) logicamente paradossali ed illogiche, a cui si può sopperire*" mediante valutazioni in via equitativa (Sez. Lombardia, sent. n. 171/2019).

Ad avviso del Collegio, nella fattispecie all'odierno esame, l'esercizio del potere di riduzione risulta, pertanto, correttamente ed adeguatamente esercitato dal Giudice di *prime cure* in relazione alle peculiari circostanze del caso concreto, in base ai canoni dell'art. 1226 c.c. e senza trascendere i parametri della logicità e della ragionevolezza.

Conclusivamente, alla luce delle considerazioni svolte, il Collegio, restando assorbite tutte le altre questioni, argomentazioni ed eccezioni, le quali vengono ritenute non rilevanti ai fini della decisione, o, comunque, inidonee a sostenere conclusioni di tipo diverso, definendo il giudizio, rigetta l'atto di appello proposto dal Procuratore generale, con conseguente integrale conferma dell'impugnata sentenza.

Le spese sono compensate per la novità della questione trattata.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Prima Giurisdizionale Centrale d'Appello, definitivamente pronunciando sul giudizio iscritto al n. **60569** del ruolo generale, rigetta l'atto di appello proposto dal **Procuratore generale**, con conseguente integrale conferma dell'impugnata sentenza.

Spese compensate.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 7 novembre 2024.

IL CONSIGLIERE ESTENSORE

f.to Stefania Petrucci

IL PRESIDENTE

f.to Massimo Lasalvia

Depositata in Segreteria il 24/12/2024

PER IL DIRIGENTE

Il Funzionario Preposto

f.to Maria Vittoria Zotta