Sentenza 86/2026

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE TERZA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

composta dai magistrati:

dott.ssa Giuseppina Maio	Presidente
dott.ssa Giuseppina Mignemi	Consigliere
dott.ssa Oriella Martorana	Consigliere
dott. Marco Fratini	Primo referendario
dott.ssa Carola Corrado	Primo referendario relatore

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nel giudizio di appello in materia di responsabilità, iscritto al n. **60587** del registro di segreteria, promossi da:

xx nato a xx il xx (CF: xx) ed ivi residente in xx, rappresentato e difeso dagli avv.ti Sergio Contestabile (CF: CNT SRG 61B08 C747J) e Giulio Varone (CF: VRN GLI 61A20 G791N) e Lucia Carmela Carlino (CF: CRL LCR 61P62 C710G) con domicilio eletto in Polistena presso lo studio dell'avv. Giulio Varone in Via Aldo Capitini, 17 e, in Roma, presso lo studio dell'avv. Annina Addesi del Foro di Roma in Via Lucrino 12 (per comunicazioni e notifiche avv.giuliovarone@pec.it, avv.luciacarlinio@pec.it, sergio.contestabile@coapalmi.legalmail.it – tel e fax 0966 940805);

appellante

contro

- Procura Regionale presso la Sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per la Calabria;

- Procura generale

appellate

avverso

la sentenza n. xx della Sezione giurisdizionale regionale per la Calabria, depositata il 27 luglio 2022, non notificata

Visto l'atto d'appello;

Esaminati gli atti e documenti di causa;

Uditi, nell'udienza in data 22 aprile 2026, con l'assistenza del segretario, dott.ssa Lucia Pellegrino, l'avv. Corrado Morrone su delega scritta degli avv.ti Carlino e Contestabile, per l'appellante, e il rappresentante della Procura generale nella persona del VPG Luigi D'Angelo.

Ritenuto in

F A T T O

1. Con la sentenza n. xx la Sezione giurisdizionale regionale per la Calabria condannava l'appellante, in applicazione del potere riduttivo, al pagamento della somma di € 70.000,00 in favore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giudizio.

La Procura regionale aveva riferito che era stato ottenuto in sede civile il risarcimento del danno per il decesso, in data 23.04.1998, del Sig. xx, citando in giudizio l'A.S.L. n. 10 di Palmi, nella persona del suo legale rappresentante pro tempore ed il Dott. xx. L'evento si era verificato nei locali dell'Ospedale di Polistena a causa di un "arresto cardiocircolatorio conseguente a

tamponamento cardiaco dovuto a rottura intrapericardica di aneurisma disseccante dell'aorta". Il sig. xx in data 21/4/1998, a seguito di un malore improvviso, veniva visitato in un primo momento dai medici del pronto soccorso dell'Ospedale di Taurianova (RC), i quali diagnosticavano uno "shock cardiogeno in paziente con sospetto infarto del miocardio". I sanitari, nella stessa data del 21.04.1998, decidevano il suo trasferimento presso il reparto UTIC dell'Ospedale di Polistena dove, dopo essere stati eseguiti gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio, si escludeva la presenza dell'infarto acuto in atto. In data 22.04.1998 le condizioni del paziente risultavano stazionarie, ma alle ore 00.50 del 23.04.1998 lo stesso spirava. Dalla cartella clinica n. xx si evinceva che il ricovero del paziente presso l'Ospedale di Polistena (RC) era avvenuto con "urgenza" in data 21.04.2018 alle ore 11.50 con la diagnosi in accettazione di "sospetto IMA" 3 (infarto miocardico acuto). Nella medesima cartella clinica alla voce "Patologica prossima" era riportato: "Il paziente viene trasferito c/o il nostro reparto dal P.S. di Taurianova dove è stata fatta diagnosi di shock cardiogeno in pz con sospetto IMA". Conseguentemente venivano effettuati diversi esami in relazione alla diagnosi fatta (apparato respiratorio e cardiovascolare). Il cardiologo di turno e l'anestesista rianimatore, stante il perdurare della sintomatologia neurologica (obnubilamento del sensorio, amnesia retrograda) decidevano di ricoverare il paziente in rianimazione e, pertanto, in pari data alle ore 13.45 veniva trasferito nel reparto di rianimazione dello stesso nosocomio. Veniva eseguito un esame ecografico dell'addome risultato negativo (operatore xx). Inoltre, veniva eseguito un ecocardiogramma (operatore dott. xx) che mostrava "ipertrofia concentrica del ventricolo

sinistro con ectasia del bulbo aortico ed insufficienza valvolare aortica relativa di lieve entità. Cinesi globale e segmentaria conservata". Il 23.04.1998 il paziente decedeva a causa di un "arresto cardiocircolatorio". Dalla consulenza tecnica medico-legale del 17.12.2011, redatta nell'ambito della causa civile n. xx presso il Tribunale di Palmi, risultava che il decesso era imputabile alla condotta del dott. xx.

A seguito di un giudizio risarcitorio (sospeso e poi riassunto), sulla base della CTU che ascriveva il decesso alla condotta del dott. xx, in data 30.04.2013, il Tribunale Civile di Palmi emetteva la sentenza n. xx, condannando in solido F.C. e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (già A.S.L. 10 di Palmi) al pagamento delle seguenti somme a titolo di danno extrapatrimoniale: - € 184.584,37 a favore di xx; - € 173.000,00 a favore di xx; - € 173.000,00a favore di xx, oltre al danno patrimoniale per l'importo di € 92.762,12 da suddividere tra il coniuge e le figlie e alla rifusione delle spese di lite alle attrici per complessivi euro 20.250,00, oltre spese documentate (IVA e CPA), con distrazione in favore del procuratore antistatario.

In tale sede era condannata anche la compagnia assicuratrice del dott. xx, la Milano Assicurazioni, chiamata in giudizio al fine di tenere indenne il medico rispetto a quanto dovuto; veniva invece dichiarato il non luogo a provvedersi sulla domanda di manleva proposta nei confronti dell'Assicurazione (della ASP) Allianz s.p.a., "*stante la mancata riproposizione della stessa conseguente alla contumacia della chiamante A.S.P. di Reggio Calabria nella fase post riassunzione".*

Sulla base del titolo giudiziale, la ASP di Reggio Calabria adottava la Determinazione con la quale veniva ordinato di procedere all'esecuzione della

sentenza per la quota dovuta di € 334.784,99 (pari alla metà della somma complessiva di cui alla condanna di euro 669.596,98). Tuttavia, in assenza di esecuzione spontanea e atteso che l'assicurazione del xx aveva già provveduto al pagamento di € 516.000,00 (pari al massimale assicurato), i creditori agivano vittoriosamente dinanzi al TAR per il pagamento del residuo, in forza del giudicato. Pertanto, il Commissario ad acta disponeva la liquidazione e il pagamento delle somme residue e degli interessi legali predetti per un totale di € 124.621,80 (€ 49.528,72 a favore di xx, € 37.546,52 a favore di xx ed € 37.546,52 a favore di xx), oltre rimborso delle imposte di registro per € 235,00.

La Procura regionale, promuoveva, pertanto l'azione di responsabilità erariale nei confronti di xx, reputando che il risarcimento residuo di € 124.621,80, corrisposto agli eredi del sig. xx, configurasse un danno indiretto per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, causalmente riconducibile a *malpractice* sanitaria ad esso imputabile.

Il giudice contabile di primo grado, rigettata l'eccezione di prescrizione, riteneva la domanda attorea fondata nel merito, riducendo la quota di danno da porre a carico dell'appellante. Reputava, infatti, che gli elementi indicati dalla difesa, seppur inidonei ad incidere sugli elementi strutturali della responsabilità amministrativa accertata, tuttavia, consentivano di commisurare l'entità del risarcimento del danno ascritto al convenuto mediante l'esercizio del potere riduttivo e ciò in ragione comunque della incontestata carenza strutturale e della dichiarata non opposizione all'esercizio del potere riduttivo da parte della Procura. Escludeva invece un contributo causale al danno dalla mancata manleva dell'assicurazione dell'ASP non

evocata in giudizio per il comportamento processuale di quest'ultima.

2. Avverso la suddetta sentenza, il dott. xx proponeva appello, riassumendo preliminarmente i fatti di causa.

Il primo motivo d'appello era rubricato "*1) ERRATA VALUTAZIONE DEL FATTO – OMESSO ESAME DI FATTI DECISIVI. CONTRADDITTORIETA' NELLA MOTIVAZIONE*".

A detta dell'appellante la sentenza di primo grado sarebbe contraddittoria nelle premesse.

Il richiamo esplicito alle motivazioni della sentenza del Tribunale di Cinquefrondi non troverebbe conferma nei motivi di condanna elaborati nella decisione appellata: in primo luogo perché il giudice di primo grado contabile nel valutare la condotta tenuta dal medico non aveva considerato le possibilità e le opportunità che in concreto l'organizzazione della struttura ospedaliera forniva ai sanitari nel 1998; in secondo luogo attribuiva apoditticamente un significato determinato ad un non-atto (la mancata registrazione in cartella clinica), peraltro relativo allo status quo ora ricordato (le carenze strutturali dell'ospedale) che non era posto in dubbio, supponendo che la mancata annotazione di cui è detto equivarrebbe a colpevole negligenza o imperizia del medico. Posto che l'ospedale di Polistena nel 1998 non disponeva di TAC né degli strumenti diagnostici per una ecocardiografia transesofagea, sarebbe stato pleonastico (ed inutile) riportare in cartella clinica un fatto notorio, che comunque non era stato neppure contestato nel giudizio civile e persino riconosciuto dalla Corte nella sentenza appellata.

L'errata valutazione del fatto si avrebbe anche nella valutazione della colpa.

Una corretta analisi della documentazione in atti, *in primis* della sentenza del

Tribunale di Cinquefrondi, assunta a presupposto della decisione appellata, avrebbe consentito alla Corte di escludere l'ipotesi di gravità della colpa. Il giudice ordinario (le cui argomentazioni erano ritenute condivisibili dal giudice contabile) parlava di "*erronea scelta professionale*", o di "*errata e negligente interpretazione delle risultanze di un ecocardiogramma*" ovvero di "*negligente mancato sospetto diagnostico*", ma nel contempo ammetteva la carenza strutturale nella quale gli eventi si erano verificati. Considerato che la distinzione della gradualità della colpa appare codificata per la prima volta nella legge 189/2012 (c.d. legge Balduzzi), il discrimine utilizzabile nel caso di specie sarebbe stato quello desumibile dalla giurisprudenza, che individua la colpa grave nella "sprezzante trascuratezza" dei propri doveri, resa ostensiva attraverso un comportamento improntato a massima negligenza o imprudenza ovvero ad una particolare non curanza degli interessi pubblici.

Indici di colpa grave sarebbero anche la previsione dell'evento, o la sua prevedibilità, e allora si sarebbe dovuto escludere la stessa colpa avendo affermato che l'appellante non aveva nemmeno ipotizzato la dissecazione in argomento. Né potrebbe essergli attribuita la colpa cosciente, che ricorre quando l'agente non intende realizzare il reato, ma prevede come possibile che si verifichi l'evento. Neppure sarebbe stata prevedibile la patologia non diagnosticata, tenuto conto di quanto disponeva il medico per la diagnosi, il quale, pur facendo uso delle doti di perizia ed esperienza, che come specialista cardiologo aveva, non avrebbe potuto individuare quella patologia, accertata infatti solo *post mortem*.

Il secondo motivo d'appello era rubricato "*ILLOGICITA' DELLA MOTIVAZIONE. CONTRASTO CON LE MOTIVAZIONI DELLA SENTENZA*

DI CONDANNA IN SOLIDO DEL GIUDICE ORDINARIO (POSTA A BASE DELLA DECISIONE DELLA SENTENZA APPELLATA). VIOLAZIONE DELL'ART 1228 CC. E DEL d.lgs. n. 174 del 26.8.2016 e ss. mm e ii.. ERRATA APPLICAZIONE DI NORME DI LEGGE".

L'appellante sottolineava l'illogicità della sentenza appellata che non aveva tenuto conto del fatto che in sede civile non vi era stato alcun esplicito riconoscimento di gravità della colpa e pertanto "*dando atto che il G.O. riconosce la solidarietà dell'obbligo risarcitorio e richiama l'art. 1228 c.c., la Corte avrebbe dovuto riconoscere il contributo attivo nella causazione del danno in capo all'ASP.".*

Inoltre la Corte avrebbe, poi, avrebbe compiere la sua analisi considerando l'intero scenario e, quindi ,anche l'assoluzione nel processo penale (la prescrizione era intervenuta solo successivamente).

Peraltro, a fronte di un danno complessivo di € 669.596,98, il dott. Xx aveva contribuito con € 516.000, pagati per lui dalla compagnia presso cui era assicurato, e corrisposti con la massima tempestività, e quindi con ben oltre il 50% da lui esigibile secondo i criteri di cui agli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c. La Corte avrebbe quindi dovuto accogliere le difese del convenuto e non condannarlo ad ulteriori pagamenti a ristoro del preteso danno erariale.

Infine l'appellante chiedeva la riforma anche del capo di sentenza, in cui si affermava che "*… a prescindere dalla applicazione dell'art. 24 del CCNL, sulla manleva invocata e sulla condotta dell'ASP (che ha omesso di costituirsi nella fase di riassunzione del processo e non ha chiamato in garanzia la Compagnia di assicurazioni che avrebbe dovuto tutelarla) alla Corte*

resterebbe preclusa qualsivoglia valutazione, in quanto il convenuto non ha prodotto in giudizio né aveva richiesto di far esibire all'Amministrazione il contratto di assicurazione.". Secondo l'appellante ciò *contrasterebbe " ..sia con quanto accertato come vero e non contestato dalla Procura (ossia l'accertamento in sede civile nel quale il Tribunale aveva ammesso la chiamata in garanzia nella prima fase del processo poi interrotto per pregiudizialità), sia con le norme del d.lgs. n.174 del 26.8.2016, come modificato dal d.lgs. correttivo n. 114 del 7.10.2019, che prescrivono (art. 94 comma 1) che la parte è onerata della produzione di prove che siano nella sua disponibilità (e tale certamente non era il contratto di assicurazione di cui parliamo.".*

In conclusione, l'appellante chiedeva a questo giudice: «*la riforma della sentenza n. xx, dichiarando INAMMISSIBILE e comunque rigettare la domanda di condanna del dott. xx, mandando assolto l'appellante da ogni addebito, essendo il danno contabile riconducibile alla condotta dell'ASP, condannata in solido ed obbligata a manlevare il proprio dipendente attraverso la copertura assicurativa e, per l'effetto, dichiarare l'indebito arricchimento dell'ASP per l'importo pagato dal dott. Xx in esecuzione della sentenza del Tribunale di Cinquefrondi;*

- in subordine, ritenuto che a fronte di una condanna in solido dell'appellante e dell'ASP alla rifusione del danno ai congiunti del paziente deceduto, dare atto che il dott. xx ha onorato ogni obbligazione a suo carico con il pagamento di € 516.000,00 ed ha quindi dato luogo ad un indebito arricchimento dell'ASP di Reggio Calabria (già ASL 10 di Palmi) per la parte eccedente il 50% delle somme corrisposte in esecuzione della sentenza del Tribunale di

Cinquefrondi.

- in ulteriore subordine, graduare la responsabilità attribuita al convenuto secondo la partecipazione ed il ruolo degli altri soggetti intervenuti a vario titolo, in primo luogo l'ASP ed i suoi funzionari - anche in ragione della condanna solidale pronunciata dal Tribunale di Cinquefrondi e per l'omessa attivazione della polizza assicurativa - valutando altresì la inadeguatezza della strumentazione dell'U.O. di Cardiologia e dell'ospedale di Polistena di cui poteva disporre il dott. xx (come peraltro accertata nel processo penale e di fatto confermata nella sentenza appellata) quale circostanza di fatto che ha contribuito in modo significativo e rilevante alla causazione dell'evento e quindi applicare il potere riduttivo in coerenza con la rilevata concomitanza di fattori estranei alla condotta del dott. xx, ulteriormente riducendo la condanna.

Con ogni conseguenza di legge anche in riferimento alle spese del giudizio».

3. In data 2 aprile 2026 depositava le proprie conclusioni la Procura generale, chiedendo il rigetto dell'appello. Deduceva, l'infondatezza del primo motivo in quanto l'appellante riproponeva argomentazioni spese in primo grado di cui il giudice aveva tenuto conto, facendo una rivalutazione del materiale probatorio del processo civile. Allo stesso modo sarebbe infondato il secondo motivo, con il quale si lamentava il fatto che in sede civile vi era stata la condanna in solido con l'ASP per le carenze amministrative e, quindi, questo avrebbe dovuto escludere la responsabilità del medico, stante l'apporto causale dei terzi. Ma detta circostanza è stata valutata in primo grado per l'esercizio del potere riduttivo. Ed anche inconferente sarebbe il rilievo che lo stesso appellante avrebbe già corrisposto € 516.000,00, tramite propria

assicurazione, considerato che l'azione erariale era proposta per la differenza rispetto alla somma di € 669.569,98, oggetto di condanna in sede civile, corrisposta dall'ASP. Priva di fondamento sarebbe l'eccezione riproposta dall'appellante in punto di inammissibilità dell'azione di responsabilità azionata dalla Procura regionale a causa della responsabilità omissiva dell'Asp che non avrebbe chiamato in garanzia la propria assicurazione. Ma l'eventuale manleva non avrebbe inciso sulla responsabilità dell'appellante, attenendo la mancata chiamata ai rapporti tra amministrazione e assicurazione.

4. All'udienza del 22 aprile 2026 sia il difensore dell'appellante sia la Procura generale si riportavano ai propri atti.

Al termine della discussione, la causa era trattenuta in decisione.

Considerato in

DIRITTO

1. Il Collegio ritiene di poter esaminare e accogliere, in via assorbente il secondo motivo d'appello, valutando con maggior rilievo, di quanto fatto in primo grado, il concorso e quindi l'apporto causale dell'amministrazione nella causazione del danno.

Rileva il Collegio che, dalla lettura della domanda introduttiva del giudizio, emerge che la Procura regionale contestava un *"…. danno indiretto per pagamento di somme di denaro, da parte di una pubblica amministrazione, in esecuzione della sentenza di un Giudice diverso da quello contabile per fatti di un suo dipendente*" (pag. 11 atto di citazione). In particolare, il Requirente contabile reputava sussistente "*la responsabilità del dr. xx per il decesso del sig. xx, che ha determinato la condanna in sede civile, in solido con la ASP al risarcimento complessivo di Euro 669.596,98*." Il danno erariale, era poi

riquantificato in € 124.621,80, pari alla somma residua fra l'importo liquidato quale risarcimento e quanto già pagato dall'appellante, attraverso la propria assicurazione.

L'appellante censurava la motivazione della sentenza di primo grado perché non aveva adeguatamente riconosciuto il contributo attivo dell'ASP nella causazione del danno. La decisione resa in sede civile non aveva, infatti, qualificato grave la condotta del medico, riconoscendo ex art. 1228 c.c. la solidarietà dell'obbligo risarcitorio con la struttura. Inoltre "*a fronte di un danno complessivo di € 669.596,98, il dott. xx ha contribuito con € 516.000, pagati per lui dalla compagnia presso cui era assicurato, e corrisposti con la massima tempestività, e quindi con ben oltre il 50% da lui esigibile secondo i criteri di cui agli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c.".* Contestava, altresì, l'omessa valutazione della mancata chiamata in garanzia della propria assicurazione da parte dell'ASP e la condotta di quest'ultima al riguardo. Su tale profilo l'appello merita accoglimento.

Occorre, preliminarmente chiarire che, da un lato, vi è il danno consistente nel decesso del paziente ed oggetto di risarcimento ai parenti di quest'ultimo e, dall'altro, vi è il danno erariale consistente nella perdita patrimoniale dell'amministrazione che ha come presupposto il primo. Pertanto, in tema di apporto causale va distinto l'apporto causale al danno - decesso e l'apporto causale al danno erariale, quale perdita patrimoniale. In altri termini la responsabilità amministrativa discende in questa sede innanzitutto per aver causato il primo danno, che è il presupposto del risarcimento pagato ai parenti e, quindi, il presupposto del danno erariale.

Nei fatti, la responsabilità del sig. xx era riconosciuta in sede civile e in primo

grado dal giudice contabile perché, dopo aver escluso la sussistenza in atto di un infarto del miocardio, non aveva sospettato la sussistenza di altra patologia. Ciò sulla base della relazione medico legale redatta il 17.12.2011 dai CTU nominati dal giudice nel giudizio civile. In essa si legge che «*Tale diagnosi è stata successivamente esclusa all'Ospedale di Polistena senza peraltro che ciò inducesse i cardiologi ad approfondire le indagini clinico-strumentali atte a formulare una approfondita diagnostica differenziale con altre affezioni che potessero mimare la dissezione acuta (embolia polmonare, pleuriti, pericarditi)*» (pag. 18).

E già in precedenza i CTU avevano specificato che «*Gli esami più importanti ai fini diagnostici sono, però, costituiti da: Ecocardiogramma transesofageo, TAC torace (con e senza mezzo di contrasto), AngioRMN.*

La procedura scelta dipende dalla disponibilità delle relative attrezzature, nonché dalla presenza di personale specializzato nel presidio Ospedaliero» (pag. 15).

Da qui la conclusione dei CTU nella loro relazione: «*4) Sulla base del bagaglio culturale "medio" di un moderno cardiologo, il dott. xx, una volta escluso l'infarto miocardico, avrebbe dovuto disporre l'esecuzione dei più comuni esami (Rx torace, ecocardiogramma trans-toracico, dosaggio del D-dimero) atti al raggiungimento di una diagnosi differenziale con altre patologie che potessero mimare la dissezione (pleurite, pericardite, embolia polmonare, etc.).*

5) Il sanitario avrebbe dovuto, poi, attuare una rapida strategia più specificamente orientata a raggiungere la certezza diagnostica di dissezione aortica (ecotransesofageo, TAC toraco-addominale con m.d.c., integrata da

un esame ecodoppler TSA ed arti inferiori) presupposto essenziale per l'immediato trattamento chirurgico dell'affezione.

6) Nell'evenienza di una mancata disponibilità o funzionamento delle apparecchiature necessarie per l'esecuzione delle suddette indagini diagnostiche presso l'Ospedale di Polistena, il dott. xxavrebbe dovuto registrare ciò in cartella clinica per le ovvie implicazioni medico legali connesse a tali eventuali gravi carenze strumentali ed organizzative, di verosimile responsabilità amministrativa.

7) Il sanitario avrebbe dovuto indi disporre il sollecito trasferimento del paziente, (elisoccorso, 118), presso struttura ospedaliera idonea per completare l'iter diagnostico-terapeutico approfittando della relativa stabilità del quadro clinico successiva all'esordio acuto».

Le risultanze emerse in sede di CTU riconoscono pertanto, con certezza il nesso causale tra il decesso del paziente e la condotta del medico, che se fosse stato più diligente avrebbe potuto evitare l'evento. Nella sentenza di primo grado si legge, infatti, che «*In particolare, per quanto qui di interesse, risulta sufficiente mente provato, secondo il principio del "più probabile del non" che governa la responsabilità amministrativa, come la mancata azione del cardiologo nell'effettuare gli accertamenti medico clinici - i quali, se attuati, avrebbero consentito di ravvisare la presenza di una dissezione aortica e di intervenire con una opera zione che, con elevate possibilità, avrebbe salvato la vita del paziente – si sia posta quale causa sufficientemente idonea alla produzione del danno in contestazione (esborso di somme da parte dell'Azienda sanitaria agli eredi del sig. xx); danno derivante non tanto dall'evento morte, quanto dalla perdita di chance del paziente di poter*

ottenere una diagnosi corretta del rischio in atto e di vedere attuato quell'intervento operatorio che gli avrebbe consentito di restare in vita».

Relativamente alla censurata inadeguatezza della struttura sanitaria, la sentenza impugnata si è soffermata, esclusivamente, sulla circostanza che l'appellante non aveva indicato nella cartella clinica carenze strutturali (strumenti medici per diagnosi differenziale) ed organizzative, e non aveva effettuato, sulla base della documentazione depositata agli atti del giudizio, alcuna considerazione dell'impossibilità di effettuare con immediatezza gli esami necessari per la diagnosi, mancando le dovute apparecchiature all'interno della struttura ospedaliera. Accertamento necessario per valutare l'incidenza del comportamento della struttura sanitaria sulla sussistenza del nesso causale tra la condotta tenuta dal dr. Xx e l'evento verificatosi.

Infatti, sulla base delle considerazioni esposte dai consulenti, può ritenersi che non era facile la diagnosi di dissezione aortica, soprattutto in alcuni pazienti, e che per giungere a tale diagnosi gli esami più appropriati risultano essere TAC ed ecografia transofagea, per le quali però mancava la strumentazione.

La carenza, incontestata, della struttura ospedaliera non avrebbe, pertanto, consentito di effettuare nell'immediatezza gli esami necessari ad individuare la giusta diagnosi, anche qualora al medico si fosse rappresentata la possibilità che era in atto un'ipotesi di dissezione dell'aorta. E a tal riguardo non risulta affatto dimostrato, secondo un attento giudizio controfattuale, che il trasferimento del paziente sarebbe poi stato concretamente eseguito in tempi tali da consentire la diagnosi e l'intervento in tempo utile ad evitare il decesso.

Risulta, pertanto, adeguatamente comprovata la sussistenza di un apporto causale tra la condotta tenuta dall'ASP e l'evento verificatosi, apporto

maggiore di quanto valutato in primo grado. La sentenza civile infatti condannava solidalmente il medico e l'amministrazione e quanto alla responsabilità di quest'ultima, seppur fra parentesi, richiamava sia il titolo di responsabilità contrattuale per fatto altrui *ex* art. 1228, sia quello per fatto proprio *ex* art. 1218 c.c. (a pag. 5 laddove dichiara responsabili il xx e l'allora ASL n. 10 di Palmi, «*da considerarsi coobbligata solidale per il medesimo titolo di responsabilità contrattuale ex art.1228 c.c.: Cass. civ. n. 8826/2007, Cass. civ. n. 10297/2004, Cass. civ. n. 1698/2006; Cass. civ. n. 9085/2006; da ultimo Cass., 1620/2012: "l'ospedale risponde a titolo contrattuale dei danni patiti dal paziente, per fatto proprio, ex art. 1218 cod. civ., ove tali danni siano dipesi dall'inadeguatezza della struttura, ovvero per fatto altrui, ex art. 1228 cod. civ., ove siano dipesi dalla colpa dei sanitari di cui l'ospedale si avvale"*»).

Occorre, altresì, valutare l'apporto causale della condotta tenuta dall'amministrazione nel giudizio civile e che ha determinato il pagamento da parte della stessa del risarcimento residuo di € 124.621,80, corrisposto agli eredi del sig. xx e quantificato nella differenza fra l'importo riconosciuto dal giudice civile e quanto versato dall'appellante attraverso la sua assicurazione. Sotto tale profilo, in realtà la condotta dell'amministrazione più che concorrere al danno erariale può dirsi che abbia interrotto il nesso causale tra la condotta dell'appellante e il danno erariale qui contestato nella misura residua del risarcimento pagato alle congiunte del paziente deceduto.

Con la sentenza n. xx, emessa in data 30.04.2013 il Tribunale Civile di Palmi, dopo aver condannato in solido tra loro xx e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria (già A.S.L. 10 di Palmi) al pagamento di € 669.596,98,

escludeva di poter provvedere sulla domanda di manleva nei confronti dell'assicurazione dell'ASP, in considerazione del comportamento processuale di quest'ultima che non si era costituita a seguito della riassunzione del giudizio. Infatti risulta che nel processo civile l'allora ASL di Palmi n. 10 si era costituita e aveva chiesto e ottenuto di evocare in giudizio la Lloyd Adriatico s.p.a. (Allianz s.p.s.), quale società assicuratrice per la sua responsabilità civile. Il processo civile era stato, poi, sospeso in attesa del giudizio penale, concluso con declaratoria di annullamento senza rinvio, causa intervenuta estinzione per prescrizione, della sentenza della Corte d'Appello di Reggio Calabria che, in riforma dell'opposta sentenza di primo grado, aveva assolto il xx dalle accuse mossegli (così pag. 3 sentenza del Tribunale di Palmi, sez. di Cinquefrondi, n. 142/2013). In seguito alla riassunzione però l'ASP era rimasta contumace e il giudice dichiarava il non luogo a provvedere sulla sua domanda di manleva rispetto all'Allianz s.p.a., proprio in ragione della mancata riproposizione della stessa conseguente alla contumacia della chiamante ASP di Reggio Calabria nella fase post riassunzione.

Il comportamento processuale tenuto dall'ASP ha fatto sì che neppure fosse messa in discussione l'eventuale manleva.

In esecuzione della suidicata sentenza l'Azienda Sanitaria di Reggio Calabria, condannata in solido con l'odierno appellante, disponeva, con la determinazione n. xx dell'08/04/2015, il pagamento della somma di euro 334.784,99 pari alla metà dell'importo di condanna. Il pagamento non veniva mai effettuato e nelle more l'assicurazione del xx provvedeva al pagamento della somma di € 516.000,00.

Osserva il Collegio che risulta adeguatamente comprovata l'incidenza in

termini di apporto causale della condotta dell'amministrazione alla realizzazione del danno erariale, contestato in questa sede e che la somma di € 124.621,80, (oltre al rimborso delle spese di registro per € 235,00) che è quanto in sostanza stato pagato dall'ASP, somma poi ridotta in primo grado ad € 70.000,00, debba essere imputata esclusivamente alla struttura sanitaria essendo diretta conseguenza della sua condotta.

2. Accolto l'appello, sono liquidate le spese a favore dell'appellante e carico dell'Asp di Reggio Calabria, nella misura determinata sulla base del D.M. 55/2014 e ss. Mm., tenendo conto del valore della domanda sia per il primo e sia per il secondo grado e con la riduzione al 50% (art. 4), in € 3.788,5 per ciascun grado, oltre accessori.

P.Q.M.

La Corte dei Conti, Sezione terza giurisdizionale centrale d'appello, definitivamente pronunciando così decide:

- accoglie l'appello;

- liquida in favore dell'appellante e a carico dell'ASP di Reggio Calabria le spese liquidate in € 7.577, oltre accessori.

Manda alla Segreteria per i successivi adempimenti.

Così deciso in Roma nelle camere di consiglio in data 22 aprile 2026 e 13 maggio 2026.

L'Estensore	Il Presidente
Carola Corrado	*Giuseppina Maio*
(firma digitale)	(firma digitale)

DECRETO

Il Collegio, ravvisati i presupposti applicativi dell'art. 52, del d.lgs. 196/2003,

dispone

che a cura della Segreteria venga apposta l'annotazione di cui al comma 3, di detto art. 52, a tutela delle parti private.

Il Presidente

Giuseppina Maio

"F.to digitalmente"

Depositata in Segreteria il 26/05/2026

Il Dirigente

"F.to digitalmente"

In esecuzione del provvedimento del Collegio, ai sensi dell'art. 52, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, in caso di diffusione, omettere le generalità e gli altri dati identificativi della parte privata e del suo dante causa.

Roma, lì 26/05/2026

Il Dirigente

"F.to digitalmente"