



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE PER LA TOSCANA

composta dai magistrati:

LEONARDO VENTURINI **Presidente relatore**

ANNALaura LEONI **Giudice**

KHELENA NIKIFARAVA **Giudice**

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel giudizio di responsabilità iscritto al n. 63136 del registro di segreteria,
promosso dalla Procura regionale della Corte dei conti nei confronti di:

- **B. P.**, C.F. -, nato a - il - e residente a - in -, PEC -, rappresentato e difeso
dall'Avv. Gabriella Baldi (C.F. BLDGRL64E70D612Z) ed elettivamente
domiciliato presso il suo studio in Firenze, Viale Mazzini n. 35, PEC
gabriella.baldi@firenze.pecavvocati.it:

Visto il decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 174 (codice di giustizia
contabile);

Esaminati gli atti e i documenti della causa;

Uditi, nella pubblica udienza del giorno 16 gennaio 2025, Il Presidente relatore
Leonardo Venturini, il Sostituto Procuratore Generale Fabio Alpini e l'Avv.to
Gabriella Baldi per il convenuto B. -

RITENUTO IN FATTO

Con atto di citazione ritualmente notificato, la locale Procura ha citato B. P., rappresentato e difeso dall'Avv. Gabriella Baldi, a comparire per sentirsi condannare, nei termini e per le ragioni di cui di seguito, al risarcimento, in favore dell'Azienda USL Toscana Centro, del danno complessivo pari a € 3.720,00, cui devono aggiungersi la rivalutazione monetaria dall'evento lesivo e, dalla data di pubblicazione della sentenza di condanna, gli interessi legali, oltre alle spese di giustizia.

La *notitia damni* si ricollega alla nota n. 50404 del 2 agosto 2023 acquisita al prot. CdC n. 2316 del 3 agosto 2023 e ritenuta costituente specifica e concreta notizia di danno erariale, con cui l'Azienda USL Toscana Centro (in particolare, la S.O.C. Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni) ha trasmesso alla citante Procura gli atti relativi alle pratiche di risarcimento danni il cui pagamento è avvenuto nel mese di giugno 2023, con la relativa documentazione.

Tra di esse, figurava quella relativa ad un paziente a favore del quale era stato effettuato un pagamento pari a € 9.300,00, a titolo di risarcimento danni causati dalla ritenzione, nell'addome dello stesso, di un corpo estraneo (in particolare, di una garza) dopo l'esecuzione di un intervento di adenomectomia transvescicale.

In data 29 giugno 2020, il paziente in questione è stato sottoposto ad un intervento chirurgico appunto di adenomectomia transvescicale e diverticolectomia transvescicale presso l'Ospedale San Giovanni di Dio. Dopo l'intervento, il paziente è stato dimesso in data 9 luglio 2020. I membri dell'equipe chirurgica erano: B. P., primo operatore; L.V., secondo operatore; M.G., anestesista; B. A., strumentista; M.M. , infermiere; M. E., operatrice

socio-sanitaria (OSS).

In data 10 maggio 2021, in occasione di una visita di controllo per altra patologia, per la quale veniva eseguita, presso la stessa struttura, TC dell'addome completo e angio TC dell'aorta addominale, è emersa la presenza di un corpo estraneo aderente alla parete vescicale destra.

Il paziente è stato quindi ricoverato in data 22 giugno 2021 per essere sottoposto ad intervento di rimozione del corpo estraneo, che poi è risultato essere una garza; all'esito della vicenda, il paziente ha chiesto all'Azienda, tramite legale, il risarcimento dei danni non patrimoniali subiti, quantificati in € 24.257,00, oltre spese, rivalutazione ed interessi legali. Come da prassi, la richiesta di risarcimento danni, unitamente alla documentazione sanitaria, è stata esaminata dai medici interni, che hanno redatto apposita relazione in data 4 ottobre 2022. Nella cartella clinica relativa al primo ricovero, quello effettuato per l'intervento di adenomectomia transvescicale, è presente la lista di controllo di sala operatoria, compresa la sezione relativa alla conta delle garze. In tale sezione il conteggio delle garze risulta regolare. A giudizio dei medici interni, la compilazione della scheda è da considerarsi errata poiché il paziente, dopo quell'intervento, non è stato sottoposto ad altre operazioni chirurgiche che potessero spiegare il successivo rinvenimento della garza; quindi, risulterebbe evidente che la ritenzione di tale corpo estraneo è ascrivibile indubbiamente ed esclusivamente a quell'intervento, datato 29 giugno 2020.

In ragione delle conclusioni raggiunte dai medici interni, il Comitato Gestione Sinistri dell'Azienda USL Toscana Centro ha deciso di definire la vicenda in via transattiva; di conseguenza, ai sensi dell'art. 13 della l. 24/2017, ha

comunicato, ai membri dell'*équipe* chirurgica che hanno condotto il primo intervento, nel corso del quale non era stata rimossa la garza, l'avvio delle trattative con il paziente danneggiato, invitandoli a partecipare.

A seguito di tale comunicazione, il solo dott. L., che ha partecipato all'intervento in qualità di secondo operatore, ha trasmesso al Comitato Gestione Sinistri una dichiarazione, affermando che durante l'intervento non era emersa alcuna criticità, e che prima della fine dell'intervento il personale infermieristico ha provveduto al conteggio delle garze, risultato regolare, per cui *“da parte dell'equipe chirurgica non c'è stato alcun dubbio che possa essere successo quanto accertato successivamente”*. All'esito dell'istruttoria e delle trattative, il Comitato Gestione Sinistri, con determina dirigenziale n. 1104 del 5 maggio 2023, ha deliberato la liquidazione e il pagamento di una somma pari a € 9.300,00 in favore del paziente. Il pagamento della somma è avvenuto con mandato n. 20174 dell'8 giugno 2023, dopo aver ottenuto la quietanza dal paziente danneggiato. Poiché, dall'esame dei documenti richiamati, era emersa la sussistenza dei presupposti per l'esercizio dell'azione amministrativa contabile (danno erariale, rapporto di servizio, condotta antiggiuridica, connotata dall'elemento psicologico della colpa grave, nesso di causalità tra la condotta e il danno), la citante Procura ha emesso, nei confronti dei soggetti che hanno preso parte all'intervento causativo del danno (non è stata inclusa nel novero di questi M. G., anestesista), l'invito a dedurre previsto dall'art. 67 c.g.c., datato 2 febbraio 2024 e regolarmente notificato ai presunti responsabili, e cioè a P. B., V.L., A. B., M.M.e E. M.. Preme all'Organo di difesa erariale ricordare, quale punto principale di addebito, che Il Ministero della Salute, con Raccomandazione n. 2 del marzo 2008, prevede una

procedura per il conteggio del materiale chirurgico utilizzato durante tutti gli interventi, in modo da ridurre la probabilità di ritenzione di tale materiale nel sito chirurgico. Secondo tale raccomandazione, il conteggio deve essere effettuato in diversi momenti: prima di iniziare l'intervento; prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità; prima di chiudere la ferita; alla chiusura della cute o al termine dell'intervento; in caso di cambio di infermiere o di chirurgo responsabile.

Il conteggio deve essere effettuato dal personale infermieristico, mentre il personale chirurgico deve verificare che il conteggio sia stato eseguito, e che il numero delle garze utilizzate, unito a quello delle garze rimanenti, corrisponda al totale delle garze ricevute.

Il conteggio deve essere effettuato a voce alta, da due operatori contemporaneamente, verificando che il numero di garze riportato nella confezione sia esatto, e contando singolarmente ogni singola garza, per poi riportare il numero sull'apposita scheda, che deve documentare l'operazione di conteggio, ed essere allegata alla documentazione operatoria.

Tra la documentazione operatoria relativa all'intervento del 29 giugno 2020, la scheda relativa al conteggio del materiale utilizzato è presente, ed è stata compilata, anche nella sezione relativa al conteggio delle garze.

Diversamente da quanto previsto dalla raccomandazione sopra richiamata, tuttavia, rileva la Requirente, la scheda non riporta il numero delle garze utilizzate, ma solo una spunta, che attesta che, verbalmente, è stato effettuato il conteggio degli strumenti, delle garze e dei taglienti.

Nella scheda, poi, sono riportati i nomi dei componenti dell'*équipe* chirurgica. Per la Procura è evidente quindi, nel caso di specie, la negligenza e l'imperizia

dei soggetti coinvolti i quali, di fronte ad un'attività elementare, non hanno posto in essere quelle condotte esigibili non solo da professionisti esperti, ma da qualunque soggetto. Tali elementi connoterebbero la condotta dei soggetti coinvolti nella vicenda in termini di colpa grave.

Afferma la citante che il conteggio delle garze è un compito che spetta all'intera equipe, che ha il dovere di garantire, unitariamente, la sua correttezza, oltre alla buona riuscita dell'operazione, in qualunque suo aspetto. Gli obblighi di protezione nei confronti del paziente gravano su ciascun membro dell'*équipé*, indipendentemente dalle mansioni affidate, e ciascun operatore sanitario ha il dovere di controllare l'operato degli altri, e di verificare, quantomeno, che non siano commessi errori evidenti, rilevabili con le conoscenze professionali medie e con la dovuta diligenza.

Si è verificato, quindi, un danno indiretto, pari alla somma che l'Azienda USL Toscana Centro ha corrisposto al paziente, in via transattiva, e pari a € 9.300,00.

Detto danno, nell'invito a dedurre, è stato attribuito ai vari soggetti secondo la seguente ripartizione percentuale:

- B. P., primo operatore, 40%, per un importo corrispondente a € 3.720,00;
- L. V., secondo operatore, 20%, per un importo corrispondente a € 1.860,00;
- B. A., strumentista, 20%, per un importo corrispondente a € 1.860,00;
- M. M., infermiere, 10%, per un importo corrispondente a € 930,00;
- M. E., OSS, 10%, per un importo corrispondente a € 930,00.

Afferma la Procura che in assenza delle gravi, negligenti ed imperite condotte sopra descritte, la ritenzione della garza nel sito chirurgico non si sarebbe verificata, e il paziente non sarebbe stato costretto a subire un secondo intervento riparatore, né si sarebbe attivato per il risarcimento dei danni subiti,

poi effettivamente riconosciuti.

L., B. e M. hanno già provveduto al ristoro del danno erariale loro attribuito.

L'atto di citazione ha riguardato quindi esclusivamente la posizione del primo operatore, B. P..

Questa la difesa del predetto.

Non sussisterebbe nel caso di specie la colpa grave in capo al medesimo Dott.

B. atteso che lo stesso si è adeguato alle buone pratiche ed alle linee guida in tema di conteggio del materiale chirurgico utilizzato durante gli interventi. La "lista di controllo" di sala operatoria attesterebbe chiaramente che il conteggio delle garze è stato effettuato sia prima dell'incisione – essendo stata spuntata la relativa casella sull'apposito modulo- che prima che il paziente lasciasse la sala operatoria, dove, ancora una volta, la relativa voce è stata regolarmente così segnata.

La circostanza che detta "lista di controllo" non riporti l'indicazione del numero di garze, non sarebbe da ritenersi inadempimento di obbligo poiché la stessa Azienda Sanitaria non prevedendo alcuno spazio apposito nel modulo conseguentemente non richiedeva che l'*equipé* operatoria appuntasse il numero di garze ritenendo sufficiente che il conteggio venisse fatto oralmente nei diversi momenti dell'iter operatorio, come appunto fatto nel caso di specie.

Durante l'operazione del paziente, sig.O.P., l'infermiere-ferrista ha provveduto a contare gli strumenti operatori e le garze sia prima dell'incisione, sia prima della chiusura della ferita che prima che il paziente lasciasse la sala operatoria ed il B. ha verificato che il conteggio venisse fatto in tutti gli stadi dell'operazione non riscontrando alcuna discrepanza numerica tra i vari momenti.

Infatti, se fosse stata riscontrata una qualche incongruenza numerica o vi fosse stato anche solo il minimo dubbio in ordine al conteggio, come da prassi costante, il chirurgo, prima di chiudere la ferita avrebbe chiesto che venisse effettuata una lastra di controllo del campo operatorio (con ferita ancora aperta), onde verificare se una qualche garza fosse rimasta dentro al paziente.

Ancora, a corroborare e concludere il ragionamento effettuato, la difesa B. conclude:” Come noto, infatti, ai sensi dell’art. 590-sexies, secondo comma, c.p. *“Qualora l’evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto”*. Nel caso di specie, secondo il B., sarebbero state ampiamente rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e **pertanto la sussistenza della colpa grave deve essere esclusa”**

Del resto, non è ipotizzabile, si afferma, che il chirurgo con i guanti sterili e dovendo ricucire il paziente possa controllare il numero delle garze perdendo la sterilità dei guanti o tempo essenziale per la cucitura della ferita.

Da ultimo la difesa B. chiede il ricorso a prove testimoniali.

Nella pubblica udienza del giorno 16 gennaio 2025 le parti hanno reiterato le loro valutazioni, convincimenti e richieste quali versate in atti. Al termine il giudizio è transitato in decisione.

Ritenuto in

DIRITTO

Oggetto del presente giudizio è la valutazione, in termini di colpevolezza o

meno (con la eventuale conseguenza del risarcimento del danno), della vicenda che si qualifica come danno indiretto, ovvero la rivalsa sull'esborso che un ente pubblico, in questo caso sanitario, ha dovuto patire a seguito dell'operato colpevole di un proprio dipendente o, comunque, di un soggetto inseritosi nell'azione amministrativa, e ciò ai sensi dell'art.28 della Costituzione. Verificatosi detto danno (diretto) risarcito dall'ente pubblico, il medesimo soggetto è passibile di giudizio circa il proprio operato in relazione a detto danno ed a fini al contempo sanzionatori e risarcitori. Nel caso di specie il fatto dannoso è costituito dalla dimenticanza di una garza a seguito di intervento di adenomectomia transvescicale.

L'anzidetta valutazione di colpevolezza vede nel presente giudizio come convenuto solo il capo *équipe* medica, dott. B., avendo i restanti membri di detta *équipe* preferito accondiscendere – con la somma loro richiesta – agli addebiti formulati in sede di invito a fornire deduzioni (L., B. e M. hanno già provveduto al ristoro del danno erariale loro attribuito) o sono stati ritenuti estranei in punto di nesso di causalità (M. G., anestesista; M. E., operatrice socio-sanitaria (OSS)).

Chiamata ad esporre le proprie ragioni era stata anche la sig. M. destinataria anch'essa di un invito a dedurre; *re melius perpensa* la Procura ha opinato di non procedere a citazione nei confronti della stessa proprio, come detto prima, per la non ravvisabilità di un legame causale tra le incombenze gravanti sulla stessa ed il danno da cattiva pratica medica creatosi. In conclusione, in capo a nessuno dei due soggetti la Procura attrice ha individuato i termini per una chiamata in giudizio. Sottoponendo a valutazione di responsabilità gli altri sanitari di cui sopra in ciò questo Collegio condivide il ragionamento di parte

attorea ovvero: nell'intervento di adenomectomia transvescicale, certamente, si assume, con induzione logica, vi è stata la derelizione della garza poiché tra questo e il rinvenimento della stessa a seguito di una Tac di individuazione di un corpo estraneo con conseguente successivo intervento di asportazione dello stesso non vi è stato alcun evento operatorio sul paziente.

Ad avviso di questa Sezione, nella presente fattispecie (che vede come convenuto, stante quanto sopra esposto, solo il dott. B.) sono ravvisabili tutti gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa: il rapporto di servizio, la condotta antigiuridica, il nesso causale fra condotta ed evento dannoso (per una limpida esposizione in tema di responsabilità per derelizione di garze nel "sito" operatorio si vedano Corte conti, sez.II, 278/2019; 250/2023; sez.I, 240/2024;10/2024),

Quanto al primo elemento fondante la giurisdizione di questa Corte, l'individuazione dell'anzidetto rapporto di servizio discende "de plano" dalla posizione di dipendenza contrattuale fra il B. e Azienda USL Toscana Centro.

In relazione alla sussistenza del nesso causale la Corte dei Conti ha già più volte puntualizzato (si veda, fra le altre, *ex plurimis*, Sez. II app. sent. n. 45/2022, 250/2022; 240/2023; 278/2019) che, anche alla stregua di un orientamento ormai stabile della Corte di cassazione, in tema di colpa medica (cfr. quale *specimen* Cass., sent. 21530/2021), la verifica del nesso causale tra condotta (commissiva e/o omissiva) e fatto dannoso – regolato nella sua conformazione dalle norme di cui agli artt. 40 e 41 c.p. (e, dunque, nel momento interpretativo, in forza dell'applicazione della teoria condizionalistica, temperata dalla teoria della c.d. regolarità o adeguatezza causale) – "deve compiersi sulla scorta del criterio del "più probabile che non",

conformandosi ad uno standard di certezza probabilistica che, in materia civile, va verificato riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e, nel contempo, di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili nel caso concreto. Allorquando, poi, venga in rilievo, segnatamente, una condotta omissiva, quella verifica si sostanzia nell'accertamento della probabilità, positiva o negativa, del conseguimento del risultato idoneo ad evitare il rischio specifico di danno, riconosciuta alla condotta omessa, da compiersi mediante un giudizio controfattuale, che pone al posto dell'omissione il comportamento dovuto". Nel caso qui a giudizio certamente l'esatta "conta" delle garze ed una supervisione attenta della zona corporea oggetto di incisione ed intervento avrebbero senza dubbio alcuno evitato il permanere - con tutti i rischi che ciò ha comportato - di un oggetto estraneo all'interno del corpo del paziente.

Quanto alla colpevolezza, osserva il Collegio che, con riferimento alla responsabilità sanitaria, la condotta può essere valutata come gravemente colposa allorché il comportamento sia stato del tutto anomalo e inadeguato, tale cioè da costituire una devianza macroscopica dai canoni di diligenza e perizia tecnica e da collocarsi in posizione di sostanziale estraneità rispetto al più elementare modello di attività volta alla realizzazione degli interessi cui i pubblici operatori sono preposti. Ne consegue che, per configurare un'ipotesi di responsabilità a carico del sanitario, non andrà solo indagato se il comportamento appaia riprovevole in quanto non rispondente in tutto o in parte alle regole della scienza e dell'esperienza, ma è anche necessario verificare se il sanitario medesimo, usando la dovuta diligenza, sarebbe stato in condizione di prevedere e prevenire l'evento verificatosi. Perché, quindi, possa parlarsi di

colpa grave 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 il grado di perizia tecnica necessario in relazione all'atto operatorio posto in essere o anche che siano rimaste inosservate elementari regole di cautela e di attenzione, oppure che vi sia stata ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure dell'operatore sanitario. Se si fa riferimento, nel caso di specie, solamente alle "regulae artis" che sono venute meno, bisogna dire che la qualificazione di colpa grave si contrappone alla non condivisibile qualificazione di irreprendibilità in ragione delle argomentazioni apportate dalla difesa B. che ha rilevato che talvolta le garze sarebbero indistinguibili in quanto adesive al tessuto "campo" dell'operazione tanto che la loro presenza diviene identificabile solo con una radiografia, possibile per il particolare tessuto delle garze.

Ma, per la Sezione, a dissipare ogni dubbio, sono in primo luogo le rigorose linee guida di cui alla raccomandazione del Ministero della Salute n. 2 del 2008. Queste si pongono, su di un piano generale, come linee guida (*soft law* nella sua origine anglosassone, ma oramai termine invalso nel nostro dizionario) su cui ai fini di questa motivazione conviene soffermarsi (nello specifico con sentenza n. 28187/2017, la Cassazione penale ha definito le linee-guida come: "sapere scientifico e tecnologico codificato, metabolizzato, reso disponibile in forma condensata, in modo che possa costituire un'utile guida per orientare agevolmente, in modo efficiente ed appropriato, le decisioni", detto in altri termini un ausilio nel processo decisionale). Più recentemente (con sentenza n. 8770/2018), la Suprema Corte penale, a Sezioni Unite, ha definito

nuovamente le linee guida come "un condensato delle acquisizioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche concernenti i singoli ambiti operativi, repute tali dopo un'accurata selezione e distillazione dei diversi contributi, senza alcuna pretesa di immobilismo e senza idoneità ad assurgere al livello di regole vincolanti". Secondo questa definizione le linee guida sono, appunto, delle raccomandazioni elaborate da vari studiosi ed esperti che indicano le condotte terapeutiche da adottare in relazione a determinati situazioni cliniche, ovvero comportamenti da tenere al fine di curare una determinata malattia partendo dal presupposto che sia possibile con certezza o quasi certezza portarla a guarigione". La questione non è tanto l'uso delle linee guida, ma la forza vincolante delle medesime. Le linee guida, stando a quanto riportato fino ad ora, non possono e non devono essere considerate norme giuridiche, ossia regole di diritto positivo. Rientrano nella categoria delle cosiddette *soft law* proprio perché si basano sull'ampia approvazione e condivisione della comunità scientifica, conferendo loro un forte carattere persuasivo senza essere in alcun modo coercitive. Quanto detto avrà chiarimento qualora si parlerà delle Raccomandazioni in questione e delle regole e prassi cautelari. Benchè in astratto, come nel caso di specie, con riferimento ad un organo amministrativo, abbiano le parvenze di una normativa interna quindi vincolante, le variabili che entrano in gioco rispetto al caso specifico di un determinato paziente, piuttosto che un altro, sono talmente tante per cui sarà comunque decisione del medico (in condivisione con il paziente/ *Shared Making Decision*) optare per il percorso più adeguato a quello specifico caso clinico. L'attuale versione è stata condivisa dal Ministero della Salute e dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei

pazienti, ed ha come obiettivo quello di evitare la ritenzione di garze, strumenti e altro materiale estraneo nel sito chirurgico, con la previsione di un conteggio.

Questo dovrebbe essere effettuato nelle seguenti fasi :

1. prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale);
2. durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità;
3. prima di chiudere la ferita;
4. alla chiusura della cute o al termine della procedura;
5. al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'*équipe*;

Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato nelle seguenti fasi:

1. quando si apre la confezione sterile che lo contiene;
2. quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo;
3. quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario devono essere effettuati dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo deve verificare che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento.

Va qui ricordato che l'attuale orientamento giurisprudenziale, in tema di lesioni colpose conseguenti a omissione del conteggio o della rimozione dei corpi estranei all'interno del sito chirurgico, estende l'attribuzione di responsabilità a tutti i componenti dell'*équipe* chirurgica (Sentenze della Corte di cassazione IV sezione penale: 26 maggio 2004 n. 39062; 18 maggio 2005 n. 18568; 16

giugno 2005 n. 22579). Ancora, le linee guida prescrivono i seguenti comportamenti cautelari:

A) la procedura di conteggio deve essere effettuata a voce alta effettuata da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere di sala, operatore di supporto);

B) relativamente al conteggio iniziale delle garze, si deve verificare che il numero riportato sulla confezione sia esatto, contando singolarmente ogni garza e riportandone il numero sull'apposita scheda: il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi;

C) tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente conteggiati e registrati nella documentazione operatoria;

D) l'operazione di conteggio deve essere sempre documentata mediante firma su specifica scheda predisposta dall'azienda e da allegare alla documentazione operatoria;

E) tutto il materiale che arriva e ritorna al tavolo servitore va controllato nella sua integrità;

F) devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili, usate per l'intervento chirurgico differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di sala operatoria;

G) bisogna evitare di fare la medicazione di fine intervento con garze con filo di bario rimaste inutilizzate per evitare falsi positivi in caso di controllo radiografico.

Nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio ovvero sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti e materiali occorre:

A) procedere nuovamente alla conta delle garze;

B) segnalare al chirurgo;

C) ispezionare il sito operatorio;

D ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati);

E) effettuare la radiografia intraoperatoria con la relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria;

F) registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente;

Il clima di lavoro all'interno della camera operatoria deve favorire una comunicazione libera ed efficace che coinvolga l'intera *équipe* chirurgica, affinché tutti i componenti siano nelle condizioni ottimali per comunicare ogni dubbio circa eventuali discordanze di conteggio.

Poiché la procedura può non essere sufficiente, in aggiunta al conteggio, viene raccomandato di utilizzare, nel corso dell'intervento, esclusivamente garze contrassegnate con filo di bario od altro materiale idoneo ad agevolare l'eventuale successiva identificazione.

Per i pazienti ad alto rischio (procedure chirurgiche effettuate in emergenza, cambiamenti inaspettati e non programmati delle procedure durante l'intervento, obesità) viene suggerito, ove possibile, una visione radiografica da effettuare prima che il paziente lasci la sala operatoria, per individuare oggetti e garze radioopache.

Le esposte Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione della ritenzione di materiale all'interno del sito chirurgico (vanno menzionate anche quelle per l'utilizzo della " *lista di controllo*" in sala operatoria (2009) e le linee guida

dell'OMS (2009)), ritiene il Collegio che espongano in approfondito dettaglio, se infrante, omissioni a carico del personale medico e infermieristico che costituiscono possibili comunque, di tutta evidenza, violazione di regole cautelari di carattere generale (c.d. colpa generica), che da sempre incombono sul personale medico e paramedico proprio al fine di scongiurare il verificarsi di eventi dannosi per la salute dei pazienti.

Si tratta evidentemente di *regulae professionis*, ora codificate e raccomandate, da lungo tempo, come si è detto, stratificatesi proprio in relazione alla moltitudine di accadimenti dannosi per la salute dei pazienti, verificatisi a seguito di colpevole derelizione di materiale operatorio (garze, ferri cotone etc..) nel corpo dai pazienti (in termini, nel senso della violazione di regole cautelari generiche, Corte conti, sez. II di appello, sent. n. 250/2023). In definitiva, le richiamate linee guida e raccomandazioni, lungi dall'introdurre obblighi cautelari radicalmente nuovi, hanno sostanzialmente articolato in dettaglio regole cautelari generiche preesistenti, quantomeno nel loro nucleo fondamentale, così qualificando la loro negligente e/o imperita violazione in termini di colpa c.d. specifica.

Ora, una procedura così attenta ad ogni potenziale rischio per la salute del paziente in caso di derelizione di garze od altri oggetti necessari in sala operatoria, se seguita, pare a questo Collegio lasci intravedere poche possibilità di produzione di danno; questo può verificarsi in caso di omissione improntata ad elevata imprudenza ed imperizia; omissione che, pare al Collegio, si sia verificata nel caso di specie.

Esaminando quella in capo al convenuto B., si rileva anzitutto che questi doveva verificare che il conteggio fosse stato eseguito e che il totale di garze

utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento. A facilitare e rendere il più sicuro possibile il compito la Raccomandazione n.2/2008, alla quale più volte si è fatto riferimento, esige un conteggio a voce alta ed effettuato da due operatori. Opina il Collegio che, se seguita, tale procedura non può – se non ad un operatore distratto- evitare la verifica del conteggio (a meno che vi siano stati disturbi acustici in quel lasso di tempo), consentendo anche al medico primo operatore (a questi con maggiore onere di responsabilità, ma in ogni caso a tutti i membri della *équipe* medica) di seguire con facilità il conteggio sequenziale dei numeri delle garze. Sempre sul piano cautelare generico e poi specifico vi era il dovere del medico – prima di chiudere l'uno o i più strati aperti per delineare il "campo" operatorio- di osservare questo attentamente.

Il B. argomenta quale circostanza difensiva che la "lista di controllo" vi è stata, ed è stata seguita, da parte di tutta l'*équipe* medica. Egli si sarebbe sincerato della circostanza che il conteggio fosse avvenuto con le modalità di cui sopra e la prova della diligenza di tutta la squadra medica sarebbe costituita da una "spunta" apposta sul modello riportante i dati e le operazioni contrassegnanti l'intervento.

Pare a questa Sezione che la trasparenza ed efficacia di detta "spunta" lasci adito a molti dubbi, o almeno abbia il tenore dell'imperfezione circa l'avvenuto conteggio; semplice ma dirimente accorgimento sarebbe stato l'apporre anche numericamente il numero delle garze utilizzate oppure in luogo del segno simbolico contrassegnare numericamente l'effettuata operazione. In sintesi: a favore della citante Procura vi è la constatazione che in luogo dei probabilmente richiesti dati numerici si rinviene una "spunta" dato foriero di

incertezza; sul B. grava l'onere della dimostrazione che, invece, detta spunta, fosse, per la Direzione sanitaria che l'ha predisposta e per la sua personale deontologia, sufficiente a dar contezza dell'avvenuto conteggio delle garze. In realtà va ravvisata con sicurezza la responsabilità del B. e dell'èquipe medica tutta perché tutela cautelare sicura esige di apporre il dato numerico.

Il convenuto, poi, afferma che il controllo delle garze immesse e poi estratte dal sito operatorio si riduceva, quale suo compito, alla verifica che detto conteggio fosse stato effettuato, essendo questo compito degli infermieri; quanto al controllo del medesimo "campo" operatorio adduce la circostanza, oltre a ciò che si dirà di seguito, della difficoltà dell'attendere alle cruciali fasi dell'intervento e al tempo stesso focalizzare l'attenzione sulla quantità di garze immesse.

Invece questa Sezione ritiene, in unisono con – su fattispecie omologhe alla presente – plurimi pronunciamenti che: *“La mancata rimozione di garza dall'addome della paziente non può che ritenersi fonte di colpa grave, anche con riguardo medico operante..., versandosi in una fattispecie di grave negligenza colpevolmente serbata in occasione dell'ordinaria esecuzione delle procedure e delle tecniche chirurgiche (espletamento della c.d. "conta delle garze") così che il convenuto non può a buon diritto invocare l'affidamento nell'osservanza altrui di una norma precauzionale al cui rispetto era parimenti obbligata (Corte dei conti, Sez.I app.40/2004; Corte dei conti, Sez. App. Sicilia, n. 216/2018; Cassazione penale n. 18568 del 26 gennaio 2005; n.15282 del 7 marzo 2008; n. 46961 del 3 novembre 2011).*

E' pacifico, del resto, in giurisprudenza, che nel caso di intervento posto in essere da una équipe medica, tutto il personale sanitario coinvolto è tenuto a

cooperare ed ad attivarsi concretamente per la buona riuscita dell'intervento, non potendo degradare il ruolo dei medici o del personale presente in sala, che affianca il primo operatore a quello di mero esecutore materiale degli ordini o indicazioni impartite, assumendo viceversa ogni operatore sanitario la piena responsabilità dell'attività posta in essere e delle relative conseguenze. In tale senso è stato affermato che "in tema di responsabilità medica, l'obbligo di diligenza che grava su ciascun componente dell'équipe medica concerne non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui che siano evidenti e non settoriali, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio" (Cass. Pen, sez. IV, 18.10.2016, n. 53315; Corte conti, Sez. II App., n. 278/2019).

Sulla fattispecie che qui ne occupa è doveroso – oltre quanto sopra detto, al fine di confermare l'assolutezza di un indirizzo ermeneutico - richiamare qui la Corte di cassazione, che, in sede penale (settore del diritto in cui il principio di personalità dell'illecito risulta codificato a livello costituzionale nel testo dell'art. 27 della Carta), ha avuto modo di stigmatizzare la condotta colposa innanzitutto del personale medico (per fatto proprio omissivo) in ipotesi di "mancata asportazione di tutte le pezze laparotomiche utilizzate e nel mancato o inadeguato controllo del campo operatorio prima della e sino alla chiusura del medesimo" (Cass. sent. n. 34503/2016), attività di stretta competenza medica. Personale medico che è altresì tenuto, in ragione della posizione di garanzia sulla salute del paziente (fondata sul principio costituzionale di cui agli art. 2 e 32 della Carta), anche al controllo dell'attività di competenza infermieristica (nell'ambito dell'équipe operatoria) di conteggio delle garze,

che “è adempimento aggiuntivo, che non elide il dovere del chirurgo di accorgersi della presenza nell’addome di una garza...”; “l’esistenza di un dovere di diligenza del chirurgo nell’utilizzo delle garze laparotomiche “non è escluso dalla attribuzione ad un componente specifico dell’*équipe* operatoria del compito del conteggio delle garze preliminare, concomitante e successivo all’intervento operatorio (il cd. ferrista)” (in termini, anche Cass. sent. n. 53453/2018).

Del resto, in tema di responsabilità di *équipe* medica, la consolidata giurisprudenza della suprema Corte ha affermato il principio di diritto secondo cui, in tema di colpa professionale medica, “ogni sanitario compreso il personale paramedico - è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, all’osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico, senza che possa invocarsi il principio di affidamento da parte dell’agente che non abbia osservato una regola precauzionale su cui si innesti l’altrui condotta colposa, poiché la sua responsabilità persiste in base al principio di equivalenza delle cause, salva l’affermazione dell’efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che presenti il carattere di eccezionalità ed imprevedibilità” (Cass. sent. n. 53453/2018; in termini, con riguardo alla responsabilità di tutti i membri dell’*équipe*, C. conti, Sez. I app. sent. n. 10/2024).

Anche con riguardo al personale paramedico, la giurisprudenza penale della suprema Corte ha avuto modo di affermare che l’infermiere “è *ex lege* portatore di una posizione di garanzia, espressione dell’obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto *ex artt. 2 e 32 Cost.*, nei confronti dei pazienti, la

cui salute deve tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità, per l'intero tempo del turno di lavoro” e che sul personale infermieristico incombe l'obbligo del conteggio delle garze e dei ferri e più in generale un “dovere collaborativo” verso il personale medico, “al fine non di sindacare l'operato del medico, bensì per richiamarne l'attenzione sugli errori percepiti...” (Cass. sent. n. 8365/2024).

Ancora, in un'ulteriore pronunzia la Corte di cassazione ha avuto modo di affermare come il rapporto tra infermiere e medico non possa qualificarsi in termini di mera subordinazione, ma di collaborazione nelle rispettive sfere di competenza, con conseguente assunzione (al pari del chirurgo) di una specifica e autonoma posizione di garanzia da parte dell'infermiere in ordine alla salvaguardia della salute del paziente e in adesione al principio della prevedibilità ed evitabilità delle conseguenze derivanti dal mancato completo “sgombero del campo operatorio” (Cass. pen. n. 33329/2015).

L'addebito di colpevolezza in capo al B. appare, al termine dell'“iter” motivazionale esposto, fondato e concreto.

Vi è però un punto su cui questo Collegio intende divergere dall'assunto della Procura, ed è sotto il profilo della somma entità della condanna.

Richiamando quanto detto in fatto, l'Ente sanitario danneggiato ha corrisposto al paziente, in via transattiva, la somma pari a € 9.300,00, creando così una fattispecie, come già detto, di “danno indiretto”.

Detto danno, nell'invito a dedurre, è stato attribuito ai vari soggetti secondo la seguente ripartizione percentuale (per il convenuto B. anche quanto chiesto in citazione):

- B. P., primo operatore, 40%, per un importo corrispondente a € 3.720,00; L.

V., secondo operatore, 20%, per un importo corrispondente a € 1.860,00; B. A., strumentista, 20%, per un importo corrispondente a € 1.860,00; M. M., infermiere, 10%, per un importo corrispondente a € 930,00; M. E., OSS, 10%, per un importo corrispondente a € 930,00.

Questo Collegio rileva un'aporia nel computo effettuato dalla Procura nel convenire in giudizio il B., poiché, venuta meno la valutazione di apporto causale e colpevole della M. nelle intenzioni della Requirente, così come interpretabile dall'invito a dedurre, la somma di 9.300,00 euro non viene completamente coperta seppur calcolando i soggetti che hanno riconosciuto il proprio debito *ante citationem*.

Questo Giudice è di contrario avviso rispetto all'esposta prospettazione; rilevanti responsabilità devono giustamente ravvisarsi in B. A., strumentista, M. M., infermiere, ma anche, ritiene il Collegio, seppur di minor intensità, in capo a M. E. (OOSS) e, in veste solo di colpa non grave a M. E., anestesista (la M. chiamata a fornire deduzioni ma poi ritenuta immune da addebiti la M. ritenuta *ab origine*, già all'esito dell'attività istruttoria esente da colpa mentre L., B. e M. hanno provveduto ad adempiere, come detto, al loro debito risarcitorio già in sede di invito a dedurre). La M. viene ritenuta colpevole da questo Collegio avendo consapevolezza dei compiti di un OOSS: volge attività di cura con semplici apparecchi medicali e aiuta nell'assunzione dei farmaci; rileva i parametri vitali dell'assistito e ne percepisce le comuni alterazioni; procede alla raccolta dei rifiuti, al trasporto del materiale biologico, sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici;

La M. va, invece ritenuta responsabile solo per colpa lieve poichè i suoi compiti si svolgono in una posizione che le rende molto difficile la visione del campo

operatorio.

Va però rammentato che i primi due (M. e M. , qualora anche in questa si ravvedesse una colpa grave) non possono essere evocati in giudizio, atto spettante solo alla Procura (v. Corte Cost. n. 203 del 2022; al Giudice che ravvisi responsabilità addebitabile anche su chi non è stato evocato in giudizio dall'organo requirente vi è la sola possibilità di defalcare dalla somma accertata il profilo parziario cui il medesimo ha dato causa).

Vi è di più. Questo Collegio, diverge dall'impostazione dell'Organo requirente anche sul piano della causalità e della colposità (grave) dell'azione all'interno della globale responsabilità della "squadra sanitaria" ritenendo che, rispetto a quanto chiesto dalla Procura, se il L. ha corrisposto il 20% del danno che la requirente vuole soddisfare, il B., odierno convenuto, appare al Collegio equo sia chiamato a corrispondere una quota del 30% del danno arrecato; rileva qui dar conto della ragione di tale rapporto di responsabilità del L. rispetto al B.; il primo, infatti in quanto assistente del medesimo B., aveva il compito di integrare o supplire a talune sopravvenienti difficoltà, procedere a specifici atti medici ed anche, effettuare una vigilanza di pari ausilio e responsabilità del primo operatore medico su ciò che accadeva in sala medica e nel "sito" operatorio, ovvero *sub corpore* del paziente oggetto di intervento.

In sintesi la somma di euro 9.300,00 corrisposta dalla Azienda Usl Toscana centro va, fittiziamente, valutata nella somma del 10% da addebitare alla M. per la ritenuta, secondo questo Giudice, parte colpevole solo per colpa lieve alla causazione del danno (ancorchè, si ripete, non citata né invitata a dedurre) mentre la responsabilità della M. va computata, all'interno della somma di cui sopra, nel 10% di responsabilità parziaria per colpa grave, come aveva già

ravvisato la Procura in sede di invito a dedurre.

A quanto finora detto nulla può apportare la richiesta prova testimoniale che, perciò, va ritenuta inammissibile.

In sintesi, tenendo conto delle quote di debito già soddisfatte in relazioni agli addebiti prospettati in sede di invito a dedurre, in parziale accoglimento della domanda della Procura l'unico convenuto B. viene condannato a pagare la somma di 2.790,00 euro, il 30% della somma risultante dalla transazione in vece del 40% richiesto, in favore dell'Azienda USL Centro, oltre rivalutazione monetaria da calcolarsi secondo gli indici ISTAT dalla data del pagamento (8 giugno 2023 mandato di pagamento n.20174) fino al deposito della sentenza ed oltre interessi nella misura legale decorrenti dal deposito della sentenza e fino al soddisfo.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza (parziale) e sono liquidate come in dispositivo (pari a € 208,00.=).

P.Q.M.

La Corte dei conti - Sezione giurisdizionale regionale per la Toscana, in composizione collegiale, definitivamente pronunciando con riferimento al giudizio iscritto al n. 63136 del registro di segreteria, in parziale accoglimento della domanda proposta dalla Procura regionale, rigettata ogni altra eccezione e/o istanza condanna il sig. B. P., nei termini e per le ragioni di cui in motivazione, al risarcimento, in favore dell'Azienda USL Toscana Centro, del danno complessivo pari a € 2.790,00, cui devono aggiungersi la rivalutazione monetaria dall'evento lesivo e, dalla data di pubblicazione della sentenza di condanna, gli interessi legali, oltre alle spese di giustizia.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza parziale e sono liquidate in €.

208,00= (diconsi euro Duecentootto.=).

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deciso in Firenze, nelle camere di consiglio del 16 gennaio 2025 e del 24 febbraio 2025.

Il Presidente Estensore

Leonardo Venturini

Firmato digitalmente

Depositata in Segreteria il 17 marzo 2025

Il Funzionario di Segreteria

Dott. Simonetta Agostini

Firmato digitalmente

Il Presidente, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 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 con riferimento al danneggiato dall'incidente medico e al convenuto

Il Presidente

Leonardo Venturini

Firmato digitalmente