Sentenza

n. 81 /2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE TOSCANA

composta dai seguenti magistrati:

Giuseppe	di Pietro	Presidente f.f.
Claudio	Guerrini	Consigliere (*relatore*)
Alessandra	Cucuzza	Primo Referendario

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nel giudizio di responsabilità, iscritto al numero **63035** del registro di segreteria, promosso dalla Procura regionale presso la Sezione giurisdizionale per la regione Toscana della Corte dei conti nei confronti della **sig.ra F.F.** (c.f. -), nata a - il - ed ivi residente in -, rappresentata e difesa, giusta procura speciale in atti, dall'avv. Andrea Manzi (c.f. MNZNDR64T26I804V) ed elettivamente domiciliata presso l'indirizzo digitale P.E.C. del suddetto avvocato andreamanzi@ordineavvocatiroma.org, dove dichiara di voler ricevere ogni comunicazione e/o notificazione inerente il presente procedimento, oltre che presso il relativo Studio, sito in Roma alla Via Alberico II n. 33 (telefax 063211370).

Esaminati gli atti e i documenti della causa.

Uditi, nell'udienza del 7 febbraio 2024, svoltasi con l'assistenza del segretario dott. Giacomo Vannacci, il magistrato relatore cons. Claudio

Guerrini, il pubblico ministero nella persona del sostituto procuratore generale dott. Fabio Alpini, nonché l'avv. Andrea Manzi per la convenuta.

FATTO

I. Con atto di citazione ritualmente notificato, la Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale ha chiamato in giudizio la dott.ssa F.F., per sentirla condannare al pagamento in favore dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest dell'importo di euro 155.000,00, aumentato della rivalutazione monetaria dall'evento lesivo e degli interessi legali dalla data di pubblicazione della eventuale sentenza di condanna, oltre che delle spese di giudizio.

A sostegno dell'azione la Procura contabile afferma che la convenuta avrebbe arrecato un danno patrimoniale indiretto all'Azienda USL 2 Lucca, oggi confluita nell'AUSL Toscana Nord Ovest, in relazione alla somma da questa liquidata al sig. A. D. S. a titolo di risarcimento delle lesioni asseritamente subite in conseguenza di una sua condotta medica errata e gravemente negligente.

L'azione erariale trae origine da una segnalazione datata 7 marzo 2014 con la quale la predetta Azienda sanitaria, nell'ambito del *report* dei sinistri a gestione diretta liquidati nel periodo 1° luglio 2013–31 dicembre 2013, riportava, tra gli altri, quello relativo ai danni conseguiti al sig. D.S. da errore e ritardo diagnostico di patologia ischemica in sede di pronto soccorso, a seguito del quale era stata disposta, con deliberazione del Direttore generale n. 452 del 18 luglio 2013, la definizione transattiva della vicenda mediante corresponsione al

paziente, a titolo di risarcimento, della somma di euro 155.000,00.

Nel corso dell'attività istruttoria che ne è seguita, la Procura contabile acquisiva varia documentazione relativa al sinistro sanitario in questione, tra cui, in particolare: le richieste di risarcimento, corredate di perizia medico-legale di parte e di relazione psichiatrica dell'interessato, presentate all'Azienda sanitaria dal D.S. per il tramite di proprio legale in data 7 novembre 2012 e 23 gennaio 2013, in cui si quantificavano i danni subiti in complessivi euro 1.139.000,00; il parere medico-legale interno all'Azienda sanitaria sulla cui base il Comitato di gestione sinistri aziendale aveva ritenuto sussistenti nel caso di specie profili di responsabilità professionale e un altissimo rischio di soccombenza in un eventuale giudizio civile e quindi proponeva la conclusione con la controparte di una transazione stragiudiziale per una somma offerta a ristoro non superiore a euro 160.000,00; evidenza del bonifico datato 12 agosto 2013 concernente il pagamento in favore del sig. D.S. dell'importo di euro 155.000,00 e della relativa quietanza; il verbale di pronto soccorso del 25 dicembre 2011, ove risultava che il medico di turno che aveva avuto in cura il sig. D.S. e che avrebbe commesso l'errore diagnostico causativo della lesione sanitaria oggetto di risarcimento era stata la dott.ssa F.F., all'epoca dei fatti in servizio presso la Struttura Complessa Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza del Presidio Ospedaliero di Lucca.

Nella fase preprocessuale, la Procura contabile ha altresì richiesto all'Azienda USL Toscana Nord Ovest di provvedere alla costituzione in mora della dott.ssa F.F. per il danno erariale subito di euro 155.000,00,

costituzione poi perfezionatasi come da ricevuta di raccomandata sottoscritta dalla stessa odierna convenuta in data 6 marzo 2018. Ha inoltre acquisito dal Collegio medico-legale dello Stato maggiore della Difesa presso la Corte dei conti, appositamente incaricato, un parere medico-legale datato 9 agosto 2022 in cui tale organo, previa valutazione di quanto affermato nelle menzionate perizie medico-legali di parte e interna all'Azienda sanitaria, si è conclusivamente espresso per la sussistenza di una responsabilità gravemente colposa in capo alla dott.ssa F.F. per il danno causato al sig. D.S. in conseguenza del ritardo diagnostico di patologia ischemica, già oggetto di risarcimento stragiudiziale da parte dell'Azienda sanitaria.

Nell'atto introduttivo di giudizio, la Procura contabile anzitutto ricostruisce i fatti obiettivi essenziali della vicenda esaminata. In data 25 dicembre 2011, il medico del servizio di continuità assistenziale inviava il sig. D.S., a mezzo ambulanza, al locale presidio ospedaliero al fine di poter indagare l'origine dell'intenso dolore epigastrico, irradiato alla regione retrosternale, lamentato dall'uomo. Nel foglio di invio della guardia medica veniva riportata la "*non positività per malattie gastroenteriche né cardiache*". Giunto al pronto soccorso del Presidio Ospedaliero di Lucca, il sig. D.S. veniva preso in cura dalla dott.ssa F.F., al momento medico di turno, la quale visitava il paziente e disponeva l'effettuazione di esami ematici di routine ed un controllo ecografico completo dell'addome, da cui non emergevano lesioni gastriche. Come attestato dal verbale di pronto soccorso sottoscritto dalla stessa dott.ssa F., dopo poche ore il medesimo veniva quindi

dimesso con la diagnosi di "*epigastralgia*" e rimandato al proprio domicilio, con la prescrizione di una dieta idrica e di una terapia anti-spastica ed anti-acida.

Il giorno 27 dicembre 2011, circa 36 ore dopo la suddetta dimissione, il sig. D.S. veniva di nuovo ricondotto al medesimo pronto soccorso in seguito al riacutizzarsi del dolore epigastrico, associato al riscontro da parte del personale del servizio del 118 di "onde T negative in sede inferiore" ritenute suggestive di sofferenza ischemica miocardica in atto. Sottoposto a elettrocardiogramma e agli esami ematochimici indicativi di eventuale patologia cardiaca, il medesimo veniva quindi trasferito presso l'Unità operativa di Cardiologia, con la diagnosi di "*ischemia miocardica subacuta con elevati valori della troponina*".

L'organo requirente, poi, basandosi fondamentalmente sulle menzionate relazioni peritali versate in atti e sul parere medico-legale del Collegio medico-legale istituito presso la Corte dei conti, procede ad esporre i motivi che lo inducono a ravvisare nella fattispecie gli elementi costitutivi della responsabilità erariale da danno indiretto per *medical malpractice* ascrivibile alla dott.ssa F.F., per aver posto in essere omissioni ed errori diagnostici inescusabili da cui sarebbe derivata la lesione iatrogena al sig. D.S., foriera di danni anche permanenti ed invalidanti e oggetto del ristoro risarcitorio disposto dall'Azienda USL Toscana Nord-Ovest.

La condotta medica posta in essere dalla convenuta in occasione dell'accesso al pronto soccorso del sig. D.S. nel giorno 25.12.2011 sarebbe anzitutto connotata da evidente antigiuridicità.

Ciò in primo luogo poiché, a fronte del dolore epigastrico con irradiazione alla regione retrosternale lamentato dal paziente, la specialista avrebbe omesso di sottoporre il medesimo a indagini ed esami clinici semplici, rapidi e non invasivi che avrebbero potuto rilevarne la genesi cardiaca. Ed invero, la più accreditata letteratura medica, nonché i protocolli di intervento e le linee guida regionali, nazionali ed internazionali di settore, tra cui in particolare quelle dell'*American College of Cardiology* e dell'*American Heart Association*, individuerebbero nella sintomatologia avente caratteristiche analoghe a quelle manifestate dal sig. D.S. il 25.11.2011 un fattore normalmente associabile a un infarto miocardico di tipo inferiore (o diaframmatico) e, pertanto, per la relativa valutazione e, in genere, per i casi di pazienti con dolore toracico senza una causa manifesta di natura cardiaca, raccomanderebbero l'esecuzione di un elettrocardiogramma e di analisi ematochimiche per la rilevazione di eventuali enzimi di necrosi miocardica, precisando in aggiunta che, anche nell'ipotesi di negatività di tali accertamenti, occorrerebbe trattenere il paziente in osservazione per ripetere gli stessi esami strumentali e le medesime valutazioni a distanza di alcune ore. Nulla di tutto ciò è stato invece compiuto dalla dott.ssa F., che non avrebbe nemmeno proceduto ad un'auscultazione del torace e dell'aia cardiaca e si sarebbe limitata a far effettuare esami diagnostici esclusivamente orientati verso una certa patologia gastroenterica, peraltro risultata insussistente, per poi disporre le dimissioni.

In base agli atti risulterebbe anche che la sanitaria in questione non

avrebbe neppure acquisito i minimi riferimenti anamnestici necessari in caso di pazienti con dolori toracici, non avendo sufficientemente indagato sulle caratteristiche del dolore sofferto né richiedendo al paziente di riferire se fosse (come effettivamente era) un forte tabagista, caratteristica che, unita alla giovane età (quarantun anni) e al sesso maschile, risultava integrare un tipico fattore di rischio cardiovascolare. In sostanza, dunque, la convenuta avrebbe commesso nella fattispecie un grossolano errore diagnostico nell'aver ricondotto ad una banale gastrite quella che era, in realtà, una manifestazione di ischemia miocardica in atto o, al più, in fase prodromica, la quale veniva successivamente accertata e trattata soltanto in seguito al nuovo accesso al pronto soccorso del paziente avvenuto il 27.12.2011.

Secondo la tesi accusatoria, sussisterebbe il nesso eziologico tra la descritta condotta medica antigiuridica e le gravi lesioni, anche irreversibili, subite dal paziente, da cui è scaturito il risarcimento in suo favore concordato con l'Azienda sanitaria in sede di transazione stragiudiziale.

Al riguardo, richiama il parere del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti il quale, pronunciandosi espressamente sul punto, ha evidenziato che un immediato riconoscimento della sintomatologia del sig. D.S. da parte del medico di guardia avrebbe potuto verosimilmente garantire senza alcun ritardo un *timing* perfetto di intervento, limitando l'estensione dell'area cardiaca coinvolta da necrosi. Ciò in quanto il tessuto miocardico subisce delle lesioni che diventano irreversibili a distanza di circa 30 minuti - 4 ore dall'inizio dell'evento ischemico,

determinando un danno alla cinetica cardiaca solo parzialmente recuperabile.

In senso analogo si sono espressi anche i periti dell'Azienda sanitaria, i quali hanno rimarcato come il ritardo diagnostico abbia modificato in senso peggiorativo l'evoluzione dell'insulto ischemico, determinando nella fattispecie una grave compromissione della funzione ventricolare sinistra con acinesia della parete posteriore ed infero-laterale.

Come riferito, il danno erariale per cui la Procura contabile agisce corrisponde all'esborso di euro 155.000,00 effettuato dall'Azienda USL 2 Lucca in favore del sig. D.S., a seguito di transazione stragiudiziale, a titolo di risarcimento dei danni asseritamente subiti a causa della condotta medica antigiuridica della dott.ssa F.. In ordine alla quantificazione del suindicato importo su cui è stato raggiunto l'accordo tra le parti, la Procura afferma che essa è stata operata considerando il danno biologico da invalidità permanente stimato dai periti tra il 25 e il 40 per cento, oltre che le ulteriori voci di danno subite dal paziente.

Quanto al profilo soggettivo, l'attore pubblico addebita alla convenuta un atteggiamento gravemente colposo, recependo in tal senso le conclusioni del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti, a questo riguardo investito in fase istruttoria di apposito quesito specifico. In particolare, ritiene che la mancata effettuazione di accertamenti laboratoristici e strumentali, peraltro semplici, rapidi e non invasivi, ritenuti universalmente necessari per intercettare la reale origine della sintomatologia algica del paziente in questione, nonché la mancata acquisizione di dati anamnestici fondamentali, integrerebbero una

condotta medica non conforme a quel principio di diligenza qualificata richiesto nel caso di specie, in quanto violativi delle raccomandazioni riportate nei più accreditati protocolli di intervento e linee guida regionali, nazionali ed internazionali di settore all'epoca vigenti.

La Procura contabile svolge infine alcune considerazioni a confutazione delle argomentazioni prospettate dalla convenuta in sede di audizione personale e nelle deduzioni difensive depositate a seguito dell'invito a dedurre ritualmente notificato, ai sensi dell'art. 67 del Codice di giustizia contabile (c.g.c.), in data 31 gennaio 2023.

Riguardo alla circostanza per cui nell'istruttoria interna all'Azienda sanitaria che ha condotto alla transazione con il paziente danneggiato non vi sia stato il coinvolgimento del medico, premette che il sinistro sanitario in questione non rientra nel campo di applicazione della legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco) e, in ogni caso, ne contesta la rilevanza tenuto conto che nella fase preprocessuale il medesimo ha avuto la possibilità di prospettare le sue difese in contraddittorio sull'intero materiale probatorio in atti e che la contestazione di responsabilità erariale non si fonda esclusivamente sulla perizia interna resa nella suddetta istruttoria svolta in sede amministrativa ma anche e soprattutto sullo specifico parere specialistico reso dal Collegio medico-legale presso la Corte dei conti.

Rispetto alle specifiche obiezioni volte a respingere ogni addebito per condotta antigiuridica gravemente colposa, la pubblica accusa anzitutto replica che, né la modificabilità del dolore alla palpazione, peraltro soltanto indicata nel verbale della guardia medica che ha inviato il

paziente al pronto soccorso e non verificata personalmente dalla dott.ssa F. nell'ambito dell'esame obiettivo, né la presenza di minute immagini ecogene corpuscolate mobili endo-luminali in colecisti, di per sé non sufficienti ad avvalorare l'origine gastroenterica del dolore, e neppure il manifestarsi di meteorismo e di un unico episodio di diarrea, che ben potevano sussistere a prescindere dalla patologia in atto, sarebbero state evidenze idonee e sufficienti ad escludere senz'altro l'origine cardiaca del dolore epigastrico, tanto più che la localizzazione di questo con irradiazione retrosternale costituirebbe, in base alle linee guida e alla letteratura medica presa a riferimento, sede tipica dell'infarto del miocardio postero-inferiore.

Sarebbe poi priva di rilevanza la circostanza che il dolore epigastrico del paziente fosse regredito dalle dimissioni del 25.12.2011 e per tutto il 26.12.2011 per poi tornare acuto il 27 dicembre 2011, posto che una tale evoluzione sarebbe in linea generale compatibile con una patologia ischemica in corso già dall'inizio della sintomatologia in questione e che, come emergerebbe anche dal verbale di pronto soccorso redatto in esito al secondo accesso del 27.12.2011, sarebbe acclarato che la tipologia di dolore sofferto quel giorno fosse la stessa di quella avvertita il 25.12.2011.

Del pari, in base alle conoscenze scientifiche riportate nel parere del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti, anche la tempistica della comparsa e dell'andamento dei livelli di Troponina T dimostrerebbe che il fenomeno ischemico era già in atto il pomeriggio del 25.11.2011 e non ha avuto inizio soltanto la sera del 26.11.2011

come dedotto dalla difesa. Tale evidenza sarebbe peraltro confermata anche dall'evoluzione dell'ulteriore indice ematico della CK-MB, non considerato dalla difesa sebbene parimenti rilevante ai fini dell'accertamento della patologia cardiaca, che sarebbe allo stesso modo coerente con l'affermazione per cui la sintomatologia lamentata dal sig. D.S. in data 25.12.2011 costituiva in realtà l'inizio o tutt'al più il segnale di una patologia ischemica conclamata.

Secondo la Procura, infine, l'antigiuridicità della condotta e la grave colpevolezza della dott.ssa F. sarebbero ulteriormente confermate dal fatto che, come ammesso dalla stessa convenuta in sede di audizione personale, le indicazioni diagnostiche fornite dalle ridette linee guida e protocolli di intervento e dalla letteratura medica richiamati nei pareri medico-legali in atti, in particolare quella relativa alla verifica degli enzimi ematici ripetuta a 6 e a 9 ore di distanza dalla prima, trovavano applicazione anche nel pronto soccorso in cui operava all'epoca dei fatti e costituivano la prassi ivi ordinariamente seguita per indagare la natura cardiaca e ischemica in caso di dolore epigastrico retrosternale.

II. La convenuta dott.ssa F.F. ha depositato un atto di costituzione formale in giudizio in data 24 agosto 2023 e poi un'articolata memoria difensiva in data 18 gennaio 2024.

In via preliminare eccepisce l'intervenuta prescrizione dell'azione erariale ai sensi dell'art. 66 c.g.c., lamentando la tardività della notifica dell'invito a dedurre, datata 30 gennaio 2023 e quindi successiva allo scadere del termine complessivo di prescrizione di sette anni dall'esordio del medesimo, identificato nella data del 12 agosto 2013 di

pagamento dell'importo di cui all'atto di transazione.

Nel merito il difensore deduce anzitutto l'insussistenza di antigiuridicità nella condotta della propria assistita e del nesso di causalità contestato dalla Procura contabile.

Sotto questo profilo afferma in particolare che nel caso di specie non sia stata raggiunta alcuna prova che il fenomeno ischemico fosse già in atto nel momento in cui il sig. D.S. è stato visitato dalla dott.ssa F.. All'opposto, sussisterebbero evidenze che i dolori lamentati dal paziente il giorno 25.12.2011 non fossero da ascrivere ad un infarto miocardico in evoluzione, bensì esclusivamente ad un'epigastralgia correlata a fenomeni di meteorismo e diarrea, pertanto correttamente diagnosticata e trattata dal medico del pronto soccorso.

In primo luogo, il fatto che il dolore in questione, già descritto dalla guardia medica in sede di invio al pronto soccorso come del tutto aspecifico, non cardiaco e in aumento alla palpazione, risultasse appunto molto accentuato durante la palpazione e digitopressione nella regione dell'epigastrio, costituirebbe un dato clinico che, secondo la letteratura medica, sarebbe assolutamente estraneo all'infarto del miocardio, così come sarebbe incompatibile con tale condizione la circostanza che il dolore stesso sia regredito nei due giorni successivi a quello delle dimissioni, prima del suo riacutizzarsi nella notte del 27 dicembre 2011.

Inoltre, nel corso del primo accesso al pronto soccorso del 25.12.2011 non si sarebbe manifestato alcun sintomo tipico dell'infarto del miocardio di tipo inferiore, come profili di irrequietezza ed ansia, cute

pallida e fredda, sudorazione evidente e pressione arteriosa variabile o senz'altro ipertensione, che invece sono stati riscontrati nel secondo accesso del 27.12.2011 dove si palesavano tutte le caratteristiche cliniche riconducibili all'infarto che aveva colpito il sig. D.S..

Occorrerebbe poi fare riferimento all'andamento della curva della concentrazione di Troponina T, poiché, come regola per definire il momento dell'esatta insorgenza di un evento acuto infartuale, dovrebbe registrare il relativo picco a circa 36 ore dall'infarto non riperfuso. Pertanto, nel caso di specie, per associare il dolore insorto nelle ore precedenti il ricovero del 25.12.2011 ad un evento ischemico, l'apice di Troponina T si sarebbe dovuto verificare nella serata del 26 dicembre 2011, mentre tutte le successive determinazioni da quel momento fino al secondo accesso al pronto soccorso avrebbero dovuto assumere un andamento decrescente. Invece, nel corso della giornata del 27.12.2011 la Troponina T ha continuato a salire sino a raggiungere il culmine alle ore 00:44 del 28.12.2011, così significando che l'infarto si sarebbe verificato nel corso della sera del 26.12.2011 e non già nel corso del primo accesso in pronto soccorso.

Del resto, l'insorgenza o il rischio di eventi critici cardiovascolari coronarici acuti potevano essere esclusi in base agli esami ecografici eseguiti al pronto soccorso, i quali avrebbero confermato la presenza di una patologia gastro-intestinale in corso ("*microconcrezioni nel lume delle colecisti*"), come responsabile del dolore avvertito dal paziente.

Sarebbe infine dirimente, sotto il profilo specifico in questione, la circostanza che, in altre due occasioni, ovvero il 6.10.2019 e il

15.2.2021, allorquando il sig. D.S. si recava in pronto soccorso (della Valle del Serchio) riferendo sintomi simili a quelli manifestati il 25.12.2011, gli elettrocardiogrammi e i controlli ematici cui veniva sottoposto non evidenziavano alcune complicanza cardiaca in corso.

Concludendo sul punto, la difesa afferma che l'operato della dott.ssa F. nel giorno 25.12.2011 è stato del tutto corretto e coerente con la sintomatologia clinica e con i rilievi eseguiti, e non può esser posto in rapporto di causalità con l'infarto del paziente, insorto diverse ore dopo. Pertanto, anche l'esecuzione di un esame elettrocardiografico non avrebbe potuto rilevare alcun infarto, in quanto assente come nei due accessi del 2019 e del 2021.

Quanto sopra osservato vale altresì, secondo la difesa, a dimostrare l'insussistenza di colpa o in ogni caso di gravità colposa nella condotta medica della dott.ssa F., che non avrebbe violato alcuna norma di comportamento, normativa o regolamentare ma sarebbe stata improntata esclusivamente su criteri e principi di rigore scientifico. L'esponente, infatti, dopo aver individuato la patologia in essere, avrebbe adottato la terapia farmacologica idonea a sollevare il paziente dal dolore sofferto, che infatti andava a regredire, mentre non avrebbe potuto prevedere l'attacco cardiaco successivamente verificatosi.

La convenuta contesta poi l'inopponibilità e l'inopportunità dell'accordo transattivo in quanto concluso senza il suo necessario coinvolgimento, posto che la norma introdotta con l'art. 13 della legge n. 24/2017, che prevede la comunicazione all'esercente la professione medica dell'avvio delle trattative stragiudiziali e dell'invito a prendervi parte

come condizione di ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa, sarebbe espressione di un principio valido anche anteriormente alla sua codificazione, quale regola di valutazione della condotta concorrente del creditore nella causazione del danno (*ex* art. 1227 c.c.). Nel caso di specie il danno sarebbe costituito da un risarcimento certamente evitabile, in quanto accordato senza accertare l'effettiva consistenza dei danni subiti dal paziente e l'esistenza di una loro correlazione causale (diretta ed efficiente) con la condotta medica osservata.

In ogni caso, secondo la difesa emergerebbe una eccessiva quantificazione del danno risarcibile accettata dall'Amministrazione in sede di transazione, che non potrebbe esser fatta gravare sulla dott.ssa F.. Ciò anzitutto perché, se il quadro attuale dello scompenso cardiaco del sig. D.S. si colloca al limite inferiore della III classe NYHA (New York Heart Association), con frazione di eiezione (FE) al 39 per cento e una valutazione pari al 31 per cento ipoteticamente incrementabile per la presenza di extrasistoli sino al 35 per cento, andrebbe però considerato che, se anche vi fosse stata, nel caso di specie, una totale prevenzione il giorno 25.12.2011 nel senso preteso dall'attore pubblico, questa non avrebbe potuto comunque impedire la produzione di una invalidità nella misura almeno del 9 per cento, situando il danno attuale nella I classe NYHA. Ciò quindi condurrebbe, per differenza, ad una valutazione dei postumi permanenti pari al massimo a complessivi 26 punti percentuali come maggior danno dal 9 per cento - comunque gravante sul soggetto – al 31 per cento attuale. Quanto all'invalidità temporanea, essa si

potrebbe al più computare in 15 giorni di inabilità temporanea assoluta, seguiti da ulteriori 15 giorni di inabilità temporanea parziale al 75 per cento e ulteriori 15 giorni di inabilità temporanea parziale al 50 per cento.

Infine, alla luce delle considerazioni complessivamente esposte nella memoria difensiva, unite al rilevo della risalenza dei fatti, la difesa invoca l'applicazione del potere riduttivo da parte di questo Collegio.

Conclusivamente, la convenuta chiede: in via preliminare, la dichiarazione di prescrizione dell'azione erariale; nel merito, l'integrale rigetto delle conclusioni formulate dalla Procura regionale; in subordine, la rideterminazione del *quantum* risarcibile; in ulteriore subordine l'applicazione del massimo potere riduttivo di legge al fine di contenere la condanna nel minimo; in via istruttoria, una verificazione o consulenza tecnica d'ufficio (CTU) per la definizione dei parametri corretti di determinazione del danno risarcibile; con vittoria di spese.

III. All'odierna udienza di discussione, il pubblico ministero, dopo aver ribadito le argomentazioni poste a fondamento dell'azione erariale, respinge l'eccezione di prescrizione avanzata dalla difesa deducendo l'inapplicabilità al caso in esame dell'art. 66 c.g.c., ritiene la legge n. 24/2017 non applicabile alla fattispecie con conseguente opponibilità alla convenuta dell'accordo transattivo concluso dall'azienda sanitaria, si oppone alla richiesta di CTU per la quantificazione del danno. In conclusione, insiste per l'accoglimento integrale della domanda risarcitoria.

La difesa della convenuta anzitutto afferma che la prescrizione

dell'azione erariale promossa dopo tredici anni dai fatti contestati vada pronunciata soprattutto in ragione di una regola di civiltà giuridica. Sul merito della contestazione ribadisce che l'assenza di un infarto miocardico in corso al momento della visita del paziente da parte della convenuta sia dimostrato dal rilevato andamento della troponina e invoca sul punto una consulenza tecnica d'ufficio, al cui esperimento peraltro si oppone il pubblico ministero. Ripropone tutte le altre deduzioni difensive svolte negli scritti depositati, ritenute idonee ad escludere la responsabilità della convenuta o, in subordine, a giustificare l'applicazione del potere riduttivo in sede di determinazione dell'importo da addebitare alla medesima.

Terminato il contraddittorio orale, la causa viene trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Preliminarmente, deve essere rigettata l'eccezione di prescrizione dell'azione risarcitoria prospettata dalla difesa della convenuta in relazione alla previsione contenuta nell'art. 66 c.g.c. che fissa in ogni caso in sette anni la durata complessiva massima del termine prescrizionale dal momento del suo esordio.

Al riguardo si evidenzia che l'articolo 2, comma 2, dell'Allegato 3 (*Norme transitorie e abrogazioni*) al medesimo c.g.c. prevede testualmente che "*Le disposizioni di cui all'articolo 66 del codice si applicano ai fatti commessi e alle omissioni avvenute a decorrere dalla data di entrata in vigore del codice*" (ovvero, il 7 ottobre 2016).

La suddetta disposizione invocata dalla convenuta non è quindi applicabile alla fattispecie in esame, la quale risulta dedotta in giudizio

con riferimento ad eventi verificatisi fino al 12 agosto 2013, data di pagamento dell'importo di cui all'atto di transazione.

Pertanto, in base alla disciplina generale allora vigente e all'assunzione di tale ultima data (12.08.2013) come riferimento per l'*exordium praescriptionis*, deve conseguentemente osservarsi che l'atto di costituzione in mora, in quanto notificato all'odierna convenuta il 06.03.2018, ha debitamente interrotto il decorso del termine di prescrizione quinquennale per l'esercizio dell'azione erariale, cosicché risultano tempestivi, sia l'invito a dedurre emesso dalla Procura contabile e notificato il 30.01.2023, sia il successivo atto di citazione notificato in data 17.07.2023.

2. Nel merito, la domanda attorea risulta fondata, sussistendo nella fattispecie gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa per danno indiretto contestata alla convenuta.

2.1 L'antigiuridicità della condotta medica osservata dalla dottoressa F.F. in relazione alla visita e alla valutazione del sig. Alfredo D.S., che il 25.12.2011 si era presentato al pronto soccorso dell'ospedale di Lucca lamentando un dolore epigastrico irradiato alla regione retrosternale, emerge in modo palese dalla documentazione in atti e, in particolare, dalle univoche osservazioni svolte nelle relazioni peritali predisposte dal consulente del paziente leso e dell'Azienda sanitaria che ha liquidato il risarcimento addivenendo alla transazione, come confermate nell'articolato parere espresso dal Collegio medico-legale presso la Corte dei conti su incarico affidato dalla Procura regionale.

Le riferite perizie medico-legali in atti sono concordi nel concludere che

nella fattispecie la dottoressa F.F. sia incorsa in un grossolano errore diagnostico nell'aver ricondotto ad una banale patologia gastroenterica quella che era, in realtà, una manifestazione di ischemia miocardica in atto o, al più, in fase prodromica, successivamente complicatasi con una severa disfunzione ventricolare sinistra.

Secondo tutti gli organi tecnico-consulenziali interpellati, quella che in sostanza viene ritenuta essere un'omessa diagnosi differenziale di infarto acuto del miocardio è stata il risultato del comportamento negligente dell'odierna convenuta rilevabile sotto vari profili.

Una prima importante mancanza si riscontra nella assoluta carenza dell'indagine anamnestica del paziente preso in cura, visto che il verbale di visita stilato dalla stessa dottoressa F., oltre a non dar conto dell'acquisizione dei riferimenti essenziali raccomandati per i casi di pazienti con algie a livello toracico, in merito alle modalità e al tempo di insorgenza del dolore sofferto, alla tipologia di dolore e alla distanza di questo dai pasti e al suo andamento nel tempo, menziona soltanto una pregressa appendicectomia mentre non riporta alcuna annotazione in merito a noti fattori di rischio cardiovascolare, come l'abitudine tabagica associata alla giovane età (quarantun anni) e al sesso maschile del paziente.

La grave responsabilità ascrivibile all'odierna convenuta è comunque da registrarsi soprattutto in relazione alla mancata prescrizione degli esami clinici ed accertamenti strumentali, rapidi e non invasivi, che sono comunemente ritenuti necessari e quindi prescritti per dirimere i dubbi diagnostici a fronte di un quadro anamnestico e sintomatologico con

caratteristiche analoghe a quelle manifestate dal paziente in questione. In particolare, i riferiti pareri medico-legali rimarcano come la dottoressa F., rilevati i sintomi epigastralgici con irradiazione alla regione retrosternale che avrebbero dovuto quantomeno maturare il sospetto della possibile genesi coronarica, ha omesso di sottoporre il paziente a un esame elettrocardiografico oltreché ad indagini ematochimiche comprendenti i dosaggi dei marcatori cardiaci.

Ed invero, riguardo alla possibile diagnosi di infarto in relazione a pazienti con dolore toracico senza una causa manifesta di natura cardiaca, nel corso degli anni sono stati sviluppati da più enti di rilievo internazionale, tra i quali l'American College of Cardiology e l'American Heart Association, numerosi protocolli d'intervento e linee guida universalmente riconosciute. Queste ultime, in particolare, raccomandano l'esecuzione di un elettrocardiogramma all'arrivo del paziente e un altro prima della prova da sforzo, nonché la rilevazione della concentrazione dei c.d. enzimi di necrosi miocardica (tra cui le troponine) da ripetersi a intervalli di quattro ore con reperti normali. Ciò significa, pertanto, che secondo le linee guida nazionali ed internazionali di settore, siffatti esami vanno ripetuti anche in caso di primo esito negativo, tenendo il paziente sotto osservazione per alcune ore, posto che la valutazione dei sintomi integrata con le informazioni ottenute dall'anamnesi, dall'elettrocardiogramma basale e da un singolo prelievo della troponina non identificano con sufficiente sensibilità i pazienti idonei ad una dimissione precoce, essendo invece necessarie ripetute determinazioni, in taluni casi anche a distanza di 12

e poi 24 ore. È peraltro la stessa dottoressa F. ad ammettere, in sede di audizione personale, che anche il protocollo aziendale prevedeva per i casi di sospetto infarto la verifica degli enzimi ematici a 6 e a 9 ore.

Ed invece, come emerge dal verbale di pronto soccorso del 25.12.2011 sottoscritto dallo stesso medico, nulla di quanto raccomandato dalla linee guida di settore è stato effettuato dalla odierna convenuta, la quale, orientando le indagini diagnostiche verso una certa origine gastroenterica della sintomatologia lamentata, si è limitata a disporre esclusivamente generiche analisi ematiche di routine (per la determinazione dell'emocromo e della concentrazione di amilasi pancreatica) e una mera ecografia addominale, peraltro risultata negativa per patologie, per poi dimettere il paziente con la diagnosi erronea di epigastralgia e la prescrizione di una dieta idrica e una terapia anti-spastica e anti-acida.

Sul punto il parere del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti precisa che "*una volta indagata ed esclusa l'origine gastroenterica del dolore, in quanto (a) l'esame obiettivo rilevava un 'addome trattabile, dolorabile in epigastrio […]; (b) gli esami ematici risultavano nella norma […]; (c) l'ecografia addominale negativa per patologie gastroenteriche in atto, il medico di guardia avrebbe dovuto, quantomeno, sospettare ed escludere la possibile genesi cardiaca dello stesso. In quanto la localizzazione epigastrica del dolore con irradiazione retrosternale rientra come sede tipica dell'infarto del miocardio postero-inferiore, in base alle linee guida suindicate. Di fronte a tale evidenza, pertanto, la dott.ssa F. doveva, prima di procedere alla dimissione del paziente,*

almeno escludere l'origine cardiaca come eziopatogenesi del dolore insorto in regione epigastrica. Tale diagnosi differenziale avrebbe dovuto completarsi dell'auscultazione del torace e dell'aia cardiaca, di un tracciato ecg e di un'analisi del sangue comprendente gli enzimi cardiaci, ossia di indagini alquanto rapide e non invasive". (pagg. 42, 43 del parere).

Come evidenziato in narrativa, soltanto due giorni dopo la dimissione dal presidio ospedaliero il sig. D.S. vi accedeva nuovamente accusando lo stesso intenso dolore epigastrico e veniva quindi trasferito all'Unità operativa di Cardiologia con la diagnosi di "*ischemia miocardica subacuta con elevati valori della troponina*".

2.2 In ordine al nesso causale, esaminate le concordi perizie medico-legali versate in atti e, in particolare, il parere del Collegio medico-legale presso la Corte dei conti, espressamente pronunciatosi sul punto, nessun dubbio si nutre nel porre la condotta medica antigiuridica sopra individuata in correlazione diretta e determinante con le importanti lesioni alla funzionalità cardiaca subite dal paziente e, di conseguenza, con l'esborso a titolo risarcitorio sostenuto dall'Azienda sanitaria a seguito della transazione stragiudiziale conclusa col medesimo.

In termini generali va rammentato che riguardo alla valutazione degli effetti delle condotte sanitarie in punto di responsabilità civile (e, di conseguenza, amministrativo-contabile), la Corte di Cassazione, ha statuito che "*al criterio della certezza degli effetti della condotta si può sostituire, nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta del professionista e l'evento dannoso, quello della probabilità di tali effetti e*

dell'idoneità della condotta a produrli", sicché "*il rapporto causale sussiste anche quando l'opera del professionista, se correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto non già la certezza, bensì serie ed apprezzabili probabilità di successo*". In altre parole, "*il rapporto causale può e deve essere riconosciuto anche quando si possa fondatamente ritenere che l'adempimento dell'obbligazione (ad opera del sanitario), ove correttamente e tempestivamente intervenuto, avrebbe influito sulla situazione … in termini non necessariamente d'assoluta certezza, ma anche solo di ragionevole probabilità*". "*In particolare e con riguardo alla sussistenza del nesso di causalità fra l'evento dannoso e la condotta colpevole (omissiva o commissiva) del medico, ove il ricorso alle nozioni di patologia medica e medicina legale non possa fornire un grado di certezza assoluta, la ricorrenza del suddetto rapporto di causalità non può essere esclusa in base al mero rilievo di margini di relatività, a fronte di un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica, specie qualora manchi la prova della preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori determinanti*" (cfr. Cass. civ. sez. III, sent. n. 4400/2004, sent. n. 7997/2005, nonché Cass. Sez. Un., sent. n. 576/2008, e ancora Cass. civ. sez. III, sent. n. 975/2009, sent. n. 16123/2010 e sent. n. 6275/2012; v., altresì, Corte conti, Sez. giur. Toscana, sent. n. 18/2023, sent. n. 309/2022 e sent. n. 187/2022, nonché Sez. giur. Calabria, sent. n. 93/2017).

L'applicabilità delle regole civilistiche nel processo di responsabilità amministrativo-contabile è stata ripetutamente confermata dalla giurisprudenza della Corte dei conti, che ha escluso i diversi criteri

penalistici anche in virtù della "*autonomia tra giudizio penale e giudizio contabile*" (v. sul punto SSRR ord. n.2/2018), che "*si fonda anche sulla diversa regola di giudizio che conforma la costruzione del convincimento del giudice penale da quello contabile. Il giudice penale affermerà l'esistenza di un fatto qualora la prova ne fornisca la relativa evidenza "oltre il ragionevole dubbio" (art. 533 c.p.p. …); il secondo procederà secondo la regola della preponderanza dell'evidenza o "del più probabile che non"* (artt. 94 e 95 c.g.c.; in questo senso v.: Cass. civ III, sent. n. 21619/2007 e sent. n. 346/2018; Cass. civ. II, sent. n. 191/2017; v. altresì Corte conti, Sez. III App., sent. n. 475/2018, e ancora, sull'applicazione del criterio della preponderanza dell'evidenza, Sez. III App, sent. n. 144/2018, Sez. II App., sent. n. 278/2019 e sent. n. 1101/2016).

Nel caso in esame, risulta agli atti che, ancora in base all'esito di un controllo del 18.04.2012, il quadro clinico del sig. D.S. evidenziava una acinesia della parete posteriore ed infero laterale del ventricolo sinistro con moderata compromissione globale della funzione dello stesso e con segnalazione di extrasistoli. Secondo il perito di parte, alla data della relativa valutazione, nonostante l'intervento di rivascolarizzazione e la lunga riabilitazione cardiologica, residuava un'importante compromissione della funzione globale del ventricolo sinistro, con danno irreversibile del tessuto miocardico determinante una funzione cardiaca deficitaria e una ridotta aspettativa di vita in un paziente all'epoca quarantunenne.

Affermata la riconducibilità della sintomatologia lamentata dal sig. D.S.

in data 25.12.2011 all'inizio o tutt'al più al segnale di una patologia ischemica conclamata, il Collegio medico-legale presso la Corte dei conti ha quindi puntualizzato che un immediato riconoscimento di tale condizione "*da parte del medico di guardia avrebbe potuto verosimilmente garantire e senza alcun ritardo un timing perfetto di intervento limitando l'estensione dell'area miocardica coinvolta da necrosi*". Ciò in quanto il "*tessuto miocardico, tra l'altro, subisce delle lesioni che divengono irreversibili a distanza circa di 1/2 - 4 ore dall'inizio dell'evento ischemico stesso, determinando pertanto un danno alla cinetica cardiaca stessa, solo parzialmente recuperabile*".

In senso analogo si sono espressi anche i periti dell'Azienda sanitaria, rimarcando l'assoluta importanza del trattamento precoce di un'ischemia miocardica per conservare una maggiore funzionalità cardiaca residua, data la correlazione diretta tra la sua durata e l'estensione dell'area necrotica.

Non rinvenendo alcun motivo per discostarsi dalle comuni osservazioni svolte sul punto in tutte le richiamate relazioni peritali, cha risultano immuni da vizi logici o giuridici, è quindi possibile concludere che l'omessa diagnosi della patologia cardiaca nelle sue fasi iniziali, a seguito della visita effettuata dalla dottoressa F. al momento del primo accesso in pronto soccorso il 25.12.2011, ha modificato in senso peggiorativo l'evoluzione dell'insulto ischemico e alla fine provocato effetti pregiudizievoli anche irreversibili sullo stato di salute del paziente, in quanto ha impedito un intervento terapeutico più tempestivo e maggiormente efficace che avrebbe assai verosimilmente lasciato,

quanto meno, reliquati di entità minore rispetto a quanto in effetti concretizzatosi.

2.3 Occorre a questo punto prendere in considerazione quelle tra le argomentazioni difensive prospettate dalla convenuta che appaiono finalizzate a contestare principalmente la dianzi affermata sussistenza nella fattispecie degli elementi della condotta antigiuridica e del nesso di causalità. Di seguito si espongono i motivi per cui nessuna di esse può essere condivisa.

La dottoressa F. non coglie nel segno anzitutto quando, per dimostrare che il suo operato è stato corretto e coerente con la sintomatologia clinica e con i rilievi eseguiti, sostiene in primo luogo che il quadro sintomatologico che si era trovata a fronteggiare il 25.11.2011 non poteva orientarla verso l'ipotesi di un infarto in corso, considerato soprattutto che il dolore accusato dal sig. D.S. mutava di intensità a seconda dei punti in cui veniva effettuata la palpazione.

Come infatti chiarito in modo inequivoco dal parere del Collegio medico-legale della Difesa e anche dal parere medico-legale interno all'Azienda, tale circostanza risulta assolutamente inidonea ad escludere l'origine cardiaca di un dolore epigastrico che, peraltro, nel caso di specie, veniva già descritto nel verbale della Guardia medica come irradiato alla regione retrosternale e pertanto necessariamente richiedeva, secondo le linee guida e i protocolli medici pertinenti e vigenti all'epoca dei fatti, oltre alla letteratura medica richiamata nei pareri, almeno l'auscultazione del torace, oltre ad un elettrocardiogramma ed esami ad intervalli orari degli enzimi ematici,

indagini alquanto rapide, non invasive e decisive per la corretta diagnosi differenziale.

In particolare, in merito all'irrilevanza e aspecificità sintomatica della modificabilità del dolore alla palpazione in relazione all'origine cardiaca e ischemica di un dolore epigastrico retrosternale, il parere medico-legale interno all'Azienda sanitaria, sul punto condiviso anche dal Collegio medico-legale della Difesa, contiene i seguenti passaggi: "*In letteratura viene ampiamente dato rilievo al fatto che una sintomatologia non tipica d'angina, un dolore toracico di tipo pleuritico o che si accentua alla digitopressione non esclude con certezza l'origine ischemica: in alcuni studi è stato osservato infatti come fino al 10% dei pazienti che si erano presentati con un dolore che poteva essere definito 'probabilmente non angina', presentava in realtà ischemia miocardica acuta. Ciò considerato anche il dato relativo all'aumentata intensità del dolore epigastrico provocato dalla palpazione, come risulta dall'esame obiettivo del paziente, non costituiva elemento sufficiente (assieme alla sede) per una valutazione (certa) della sottostante etiopatogenesi, senza la messa in atto dell'algoritmo diagnostico condiviso dalla comunità scientifica*" (pagg. 3 e 4 del parere interno, richiamato a pag. 28 del parere del Collegio medico-legale della Difesa).

In sostanza, quindi, merita la piena adesione di questo Collegio l'osservazione di sintesi del parere interno all'Azienda sanitaria secondo cui, sebbene "*alcune caratteristiche del dolore possano aumentare o diminuire la probabilità dell'origine ischemica dei sintomi, nessuna caratteristica di per sé è sufficientemente potente da permettere di*

dimettere il paziente sulla base della sola anamnesi dell'episodio di dolore toracico".

Risulta analogamente fallace l'affermazione per cui gli esami ecografici ai quali era stato sottoposto il paziente avrebbero evidenziato che i dolori lamentati fossero realmente da ascrivere a una patologia gastro-intestinale in corso correlata a fenomeni di meteorismo e diarrea.

Sul punto il parere del Collegio medico-legale della Difesa è chiaro nel riferire che i risultati degli esami effettuati dalla dottoressa F. escludevano - e nient'affatto confermavano - l'origine gastroenterica del dolore, poiché: (i) avevano dato esito negativo tutte le verifiche effettuate a tal fine, ossia la verifica Blumberg, Murphy e Giordano (in particolare, la verifica Murphy negativa escludeva proprio una patologia della colecisti); (ii) gli esami ematici risultavano nella norma; (iii) l'ecografia addominale era negativa per patologie gastroenteriche in atto (pag. 42 del parere Collegio medico-legale della Difesa). In tale quadro probatorio, totalmente inconferente risulta essere il riferimento al meteorismo del paziente, che poteva anche sussistere a prescindere dal dolore epigastrico irradiato nella regione retrosternale, e all'unico episodio di diarrea che lo stesso ha dichiarato di aver avuto.

Neppure convince la tesi avanzata dalla difesa e in questa sede puntualmente ricostruita in narrativa, secondo cui l'analisi dei dati relativi all'andamento della curva dinamica della Troponina T dovrebbe condurre ad escludere con assoluta certezza che il 25.12.2011, al momento del primo accesso al pronto soccorso dell'ospedale di Lucca, il paziente avesse già in atto un fenomeno cardio-ischemico, il quale si

sarebbe invece verificato solo la sera del giorno successivo.

Che già al momento della visita effettuata dalla dottoressa F. si versasse invece nel suddetto quadro clinico trova infatti conferma nel fatto che, soltanto due giorni dopo, il 27.12.2011, il paziente si recava nuovamente al pronto soccorso con la medesima sintomatologia di intenso dolore epigastrico, questa volta correttamente diagnosticata nell'infarto miocardico infero posterolaterale complicato da shock cardiogeno, e inoltre che, in questa circostanza, venivano rilevati valori degli enzimi di necrosi compatibili con la riconduzione dell'insorgenza della patologia ischemica al giorno 25.12.2011.

In argomento, il Collegio medico-legale presso la Corte dei conti ha in termini generali rammentato le evidenze scientifiche secondo cui: i) la Troponina T inizierebbe a registrare valori ematici anormali dopo circa 3-6-ore dalla dall'origine ischemica del dolore, mentre raggiungerebbe il picco plasmatico dopo 24-48 ore, con normalizzazione entro i 5-10 giorni successivi; ii) l'ulteriore indice ematico della CK-MB, non considerato dalla difesa sebbene parimenti rilevante ai fini dell'accertamento della patologia cardiaca, raggiungerebbe il suo apice entro le prime 24 ore dall'evento iniziale.

Nel caso in esame, i risultati delle analisi di laboratorio, monitorati a partire dal secondo accesso in pronto soccorso, hanno mostrato un andamento costantemente decrescente della CK-MB ed un'evoluzione crescente della Troponina T fino all'arco temporale che andava dalle ore 20:00 del 27.12.2011 alle 00:44 del 28.12.2011 e poi decrescente.

Da ciò è possibile inferire, peraltro in conformità alle conclusioni cui

perviene il Collegio medico-legale presso la Corte dei conti, che il picco della CK-MB si è venuto a manifestare già prima del secondo accesso in pronto soccorso, mentre il culmine della Troponina T si è verificato quando erano trascorse poco più di 48 ore dalla prima dimissione ospedaliera.

Si tratta, cioè, di dati che, tenuto conto dell'orario in cui la dott.ssa F.F. ha disposto le dimissioni del paziente, ovvero le ore 16:49 del 25.12.2011, oppure, in via ancor più prudenziale, quello in cui la medesima ha preso in carico il paziente stesso, ovvero le 14.17 dello stesso giorno, sono assolutamente coerenti con l'affermazione per cui la sintomatologia lamentata dal sig. D.S. in data 25.12.2011 costituiva in realtà l'inizio o tutt'al più il segnale di una patologia ischemica conclamata. Ed invero, il predetto lasso temporale di 24-48 ore in cui, di norma, il valore della Troponina T raggiunge il suo massimo, nel caso di specie andrebbe conteggiato assumendo come termine di inizio l'orario che si ottiene sommando l'intervallo minimo di 6-9 ore, prescritto dalle linee guida e protocolli medici riconosciuti in materia per la reiterazione degli esami dei marcatori ematici, all'orario in cui la dott.ssa F. avrebbe dovuto avere contezza degli esiti non risolutivi delle indagini orientate ad accertare l'origine gastrica del dolore ed in cui avrebbe dovuto far eseguire i primi esami ematici per indagare la possibile eziologia cardiaca invece di disporre le dimissioni del paziente, ovvero le ore 16:49 del 25.12.2011, oppure, in via ancor più prudenziale, a quello in cui la medesima ha preso in carico il paziente stesso, ovvero le 14.17 dello stesso giorno.

L’esposta analisi ricostruttiva, come già sopra anticipato, trova corrispondenza e coerenza con le osservazioni svolte sul punto dal Collegio medico-legale dello Stato maggiore della Difesa presso la Corte dei conti, ovvero da un organo consulenziale e indipendente, di riconosciuta competenza specialistica e sovente impiegato dai collegi giudicanti di questa Corte per acquisire pareri medico-legali in relazione a fattispecie di responsabilità erariale derivante da lesioni sanitarie, anche per riesaminare ed eventualmente disattendere consulenze e perizie rese in altri sedi giudiziarie sulla medesima fattispecie (cfr. Sez. giur. Toscana, sent. n. 195/2022 e sent. 334/2022).

Tale rilievo, associato all’esaustivo materiale probatorio già presente negli atti di causa e alla convinzione che debba ritenersi altamente implausibile e inverosimile che il medesimo dolore epigastrico retrosternale lamentato dal sig. D.S., sia stato, la prima volta, valutato come sintomatico di una patologia gastrica, ancorché gli esami effettuati per appurarne tale natura non abbiano sortito esiti positivi e gli esami per acclararne l’origine cardiaca non siano stati effettuati, mentre, la seconda volta, a distanza di soli due giorni ed effettuati i necessari esami, ne sia stata acclarata la riconducibilità a una ischemia conclamata, fanno propendere per la assoluta superfluità di un’ulteriore CTU medico-legale sul punto e quindi per la non accoglibilità della richiesta istruttoria avanzata in udienza dalla difesa in tal senso. Del resto, una siffatta ulteriore CTU non costituirebbe un vero e proprio mezzo di prova, bensì “*un mezzo istruttorio di ausilio per il giudice, volto alla più approfondita conoscenza dei fatti già provati dalle parti,*

l'interpretazione dei quali richieda nozioni tecnico-scientifiche, e non un mezzo di soccorso volto a sopperire all'inerzia probatoria delle parti" cfr. (tra le tante, Cass. sez. trib., sent. n. 25253/2019). Per queste ragioni, "*il giudizio sulla necessità ed utilità di far ricorso allo strumento della consulenza tecnica d'ufficio rientra nel potere discrezionale del giudice*" (Cass. civ. I, sent. n. 7472/2017; v. anche Corte di conti, Sez. giur. Toscana, sent. n. 309/2022, cit.).

Nessuna valenza probatoria può infine essere riconosciuta alla circostanza dedotta dalla difesa dell'accertata assenza di disturbi cardiaci in corso in occasione di altri due accessi al pronto soccorso del sig. D.S. avvenuti negli anni 2019 e 2021, nonostante la manifestazione di sintomi simili a quelli avvertiti il 25.12.2011.

2.4 Nella delineata condotta medica della convenuta si ritiene di ravvisare una inescusabile negligenza tale da integrare l'elemento soggettivo della colpa grave.

In linea generale, secondo la giurisprudenza contabile, la colpa grave del sanitario è ravvisabile nell'errore inescusabile, che a sua volta è rinvenibile o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e delle linee guida fondamentali attinenti alla professione, ovvero nella mancanza di prudenza o di diligenza, sicché "*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 gli operatori pubblici*

sono preposti” (Sez. II App., sent. n. 601/2014, cfr., *ex plurimis*, Sez. giur. Toscana, sent. n; 18/2023, n. 309/2022 e n. 187/2022, Sez. giur. Calabria, sent. n. 93/2017). Insomma, per configurare ipotesi di responsabilità a carico del medico, occorre accertare uno scostamento macroscopico dalla “regola a contenuto cautelare” , che manifesti “*errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione*”, ovvero il difetto di “*quel minimo di perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione medica*”, oppure qualunque altra imprudenza “*che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera*” (Sez. III App., sent. n. 662/2005; cfr., *ex plurimis*, Sez. giur. Toscana, sent. n; 295/2023; Sez. giur. Lombardia, sent. n. 107/2018; Sez. giur. Lazio, sent. n. 883/2021).

Con riferimento alla fattispecie concreta in questione, la prassi diagnostica consistente quantomeno nell’esame elettrocardiografico e nella rilevazione del dosaggio dei marcatori cardiaci, eventualmente ripetuti a definiti intervalli di tempo, si configura quale regola standard di minima diligenza e perizia, secondo tutti i più accreditati protocolli di intervento e linee guida applicabili in caso di dolore toracico senza una causa manifesta di natura cardiaca. Pertanto, come rappresentato dalle perizie mediche versate in atti, l’inosservanza di tali canoni di comportamento da parte della dottoressa F., che non ha disposto gli esami indispensabili per verificare l’origine cardiaca del dolore toracico sottoposto alla sua valutazione, oltre che la precedente omessa acquisizione di dati anamnestici fondamentali, denotano una

negligenza e un'imperizia che si situa ben al di sotto degli standard professionali minimi richiesti a un medico di pronto soccorso che può trovarsi a fronteggiare un paziente con la sintomatologia come quella del sig. D.S..

La latitudine della gravità della colpa professionale ascrivibile alla dottoressa F. nella vicenda qui scrutinata può peraltro cogliersi rapportando la rapidità, non invasività e semplicità degli esami cardiaci omessi nel caso di specie, universalmente riconosciuti come il corredo diagnostico minimo per valutare la riconducibilità di una sintomatologia algica a una patologia cardiaca, con l'entità elevata dei rischi che un ritardo diagnostico discendente da tali omissioni può cagionare al paziente, considerato, come riportato nelle perizie in atti, che l'infarto del miocardio è la principale manifestazione della cardiopatia ischemica e una delle principali cause di morte nell'ambito di alcuni paesi industrializzati e che, come già riferito, il tessuto miocardico subisce delle lesioni che divengono irreversibili a distanza di circa 30 minuti-4 ore dall'inizio dell'evento ischemico. La convenuta dottoressa di pronto soccorso, quindi, non poteva non sapere quanto basilare fosse addivenire ad una diagnosi tempestiva di una patologia ischemica utilizzando pochi e semplici accertamenti strumentali, anche trattenendo il paziente in osservazione e reiterando gli esami cardiaci, se necessario.

In linea con tali conclusioni risulta essere il parere espresso dal Collegio medico-legale presso la Corte dei conti che, muovendo dalle ridette indicazioni relative alla diagnosi di infarto provenienti dai protocolli

d'intervento e dalle linee guida di settore (in particolare dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association), dopo aver esaminato tutta la documentazione del caso concreto ha ritenuto inequivoco l'errore diagnostico e di inquadramento clinico ascrivibile alla dottoressa F. e ha considerato che la mancata esecuzione degli accertamenti laboratoristici e strumentali utili ad intercettare la reale origine della sintomatologia algica del paziente è da imputare a una condotta dello stesso medico di pronto soccorso "*non conforme a quel principio di diligenza qualificato richiesto nel caso di specie*", tenuta in palese violazione delle linee guida di settore vigenti e quindi configurabile in termini di contegno negligente gravemente colposo.

2.5 Il danno erariale derivato dalla condotta di *malpractice* sanitaria imputabile alla dottoressa F. è costituito dall'importo di euro 155.000,00 che in data 12.08.2013 l'Azienda USL 2 Lucca ha effettivamente corrisposto al sig. D.S. a titolo di risarcimento della lesione sanitaria iatrogena subita e a seguito della transazione conclusa in via stragiudiziale col paziente stesso.

In tema, occorre in primo luogo respingere in quanto infondata l'eccezione difensiva che contesta l'inopponibilità e inopportunità dell'accordo transattivo raggiunto senza il coinvolgimento della convenuta nelle trattative stragiudiziali, quantomeno sotto il profilo degli effetti ex art. 1227 cod. civ della relativa valutazione come concorso del creditore nella causazione del danno altrimenti evitabile.

Al riguardo, preliminarmente, circa l'inapplicabilità *ratione temporis* alla fattispecie dell'art. 13 della legge n. 24/2017, che in effetti prevede

come condizione di ammissibilità della eventuale futura azione di responsabilità amministrativa la comunicazione da parte delle strutture sanitarie dell'avvio delle trattative stragiudiziali e dell'invito a prendervi parte, è sufficiente in questa sede fare mero rinvio alla consolidata giurisprudenza contabile che si è soffermata sull'irretroattività del nuovo regime della responsabilità medica introdotto con l'indicato provvedimento legislativo (di recente, in tal senso, Sez. II App., sent. n. 228/2023 e anche Sez. I App., sent. n. 198/2023; v. anche, tra le tante, Sez. giur. Toscana, sent. n. 361/2023, n. 295/2023 e n. 440/2019; Sez. giur. Piemonte, sent. n. 246/2021), stante la consapevolezza sul punto espressamente manifestata dalla parte convenuta.

Con riferimento all'altro profilo sopra evidenziato, occorre tener conto che, in generale, "*il pagamento operato in attuazione dell'accordo transattivo integra un elemento fattuale liberamente valutabile dal giudice contabile in ogni sua componente, risultando sindacabile, a seguito di pertinenti contestazioni, sia la ragionevolezza di addivenire ad una composizione bonaria della pretesa avanzata dal danneggiato, sia la consistenza del risarcimento accordato*" (così, di recente, Sez. II App., sent. n. 245/2023). Infatti, l'accordo transattivo è solo un elemento sintomatico del possibile danno erariale, la cui fonte effettiva è rappresentata dalle eventuali condotte del sanitario, attive od omissive, produttive di danno e poste in essere con dolo o colpa grave. Il giudice contabile, pertanto, non è chiamato a valutare la scelta discrezionale dell'amministrazione di addivenire alla transazione, ma piuttosto la sussistenza di profili di responsabilità rinvenibili nel comportamento,

commissivo od omissivo, tenuto dal dipendente dell'amministrazione stessa (in tal senso Sez. II App., sent. n. 30/2022; v. anche Sez. giur. Toscana, sent. n. 361/2023).

Nel caso di specie, dalla deliberazione n. 452/2013 del Direttore generale della Azienda sanitaria interessata che ha disposto il pagamento in questione si evince anzitutto che la decisione dell'Amministrazione di definire la vicenda mediante transazione è stata assunta previa valutazione sia delle risultanze della perizia medico-legale interna sia delle determinazioni cui era pervenuto il competente Comitato Gestione Sinistri aziendale, le quali concordavano sull'altissimo rischio di soccombenza in una eventuale controversia giudiziaria col paziente leso.

Considerato l'insieme delle osservazioni finora rappresentate in ordine alla responsabilità sanitaria ascrivibile in capo alla dottoressa F., si ritiene conseguentemente che detto accordo transattivo non risulta connotato da palese irragionevolezza, quale unica ipotesi in cui sarebbe ravvisabile, alla stregua della consolidata giurisprudenza di questa Corte, l'interruzione del nesso eziologico tra la condotta del convenuto ed il danno (in termini, Sez. giur. Toscana, sent. n. 231/2023; Sez. giur. Lombardia, sent. n. 6/2017; Sez. giur. Abruzzo, sent. n. 4/2017).

Priva di rilievo è, infine, la contestazione difensiva relativa al *quantum* risarcibile basata sulla asserita eccessività della valutazione del danno biologico sofferto dal sig. D.S. operata dall'Amministrazione sanitaria in piena aderenza al conteggio eseguito dal Comitato Gestione Sinistri aziendale per giungere all'individuazione dell'importo di euro

160.000,00 come base massima di negoziazione della transazione.

Ciò in quanto risultano differenze minimali, oltre che talvolta di dubbia vantaggiosità per la convenuta, tra i parametri valutativi indicati dalla difesa (ovvero, per l'invalidità permanente, 26 punti percentuali quale maggior danno tra il 9 per cento non evitabile anche in caso di diagnosi corretta e tempestiva e il 35 per cento del danno complessivo attuale, nonché, per l'invalidità temporanea, 15 giorni al 100 per cento, altri 15 giorni al 75 per cento e ulteriori 15 giorni al 50 per cento) e quelli applicati dall'Amministrazione.

Ed invero, dalla menzionata deliberazione direttoriale n. 452/2013 emerge che, rispettivamente: a) il pregiudizio da invalidità permanente è stato calcolato assumendo un coefficiente di danno differenziale relativo alla cardiopatia residuata pari al 20 per cento, cui è stato sommato un ulteriore coefficiente di danno differenziale per la turbe del ritmo cardiaco pari al 5 per cento, per un totale quindi del 25 per cento; b) a titolo di invalidità temporanea sono stati computati n. 58 giorni complessivi, di cui n. 13 al 100 per cento e n. 45 al 50 per cento; c) agli importi determinati in base ai suddetti criteri si doveva aggiungere un ulteriore importo imprecisato a ristoro delle spese legali.

Non emergendo nel complesso rilevanti divergenze tra i criteri valutativi sopra specificati e non avendo parte convenuta provveduto a tradurre in termini monetari concreti la propria proposta valutativa, si ritiene di non poter apprezzare l'effettiva utilità dell'ulteriore consulenza tecnica finalizzata alla quantificazione del danno risarcibile di cui alla richiesta istruttoria formulata dalla difesa, la quale pertanto viene rigettata.

3. Valutate tutte le circostanze del caso concreto, si ritiene invece condivisibile la richiesta di riduzione dell'addebito *ex* art. 52 del regio decreto n. 1214/1934.

Al riguardo, questo Collegio muove dall'iniziale considerazione per cui l'importo di euro 160.000,00, assunto dall'Azienda sanitaria, su proposta motivata del Comitato Gestione Sinistri aziendale, quale limite massimo del risarcimento riconoscibile al sig. D.S. nell'ambito delle trattative finalizzate alla transazione stragiudiziale col paziente stesso, corrisponde sostanzialmente alla valutazione del danno non patrimoniale operata secondo i parametri oggettivi indicati nelle tabelle utilizzate dal Tribunale di Milano e con applicazione sia dell'incremento per sofferenza soggettiva sia della massima personalizzazione (34 per cento).

Tenuto conto di ciò, si ritiene che, in sede di trattativa col paziente leso, l'Azienda sanitaria aveva ampia possibilità di ottenere una definizione transattiva della vicenda maggiormente conveniente rispetto all'esito registrato, ad esempio sfruttando come argomenti a favore, tra gli altri, il vantaggio per il paziente leso di riscuotere in tempi certi e celeri la somma a titolo di risarcimento dei danni sofferti, il vantaggio per il medesimo di evitare il ricorso a un giudizio civile verosimilmente lungo e con esiti incerti, nell'ambito del quale, peraltro, la possibilità di vedersi riconosciuto il diritto al ristoro di eventuali danni patrimoniali sarebbe stata subordinata all'onere della relativa prova.

Invece, l'accordo transattivo è stato chiuso con il riconoscimento del risarcimento per euro 155.000,00, ovvero per un importo assai poco

inferiore a quello suindicato di euro 160.000,00 che costituiva solo la base di partenza.

In definitiva, quindi, la transazione stragiudiziale conclusa dall'Azienda sanitaria e il paziente leso appare tendenzialmente sbilanciata in favore di quest'ultimo e tale circostanza, valutata secondo il prudente apprezzamento di questo Collegio, è idonea a quantificare il danno erariale addebitabile a carico della convenuta nella misura ridotta del 20 per cento rispetto all'importo del danno più sopra determinato, pari a euro 155.000,00 e corrispondente all'effettivo esborso sostenuto dall'Amministrazione a titolo risarcitorio della lesione subita dal paziente.

4. Alla luce delle esposte motivazioni, questo Collegio ritiene conclusivamente che, per il danno erariale indiretto cagionato con la propria condotta medica errata e negligente, da cui è derivata al sig. Alfredo D.S. la lesione iatrogena oggetto del ristoro disposto in via stragiudiziale dall'Azienda sanitaria interessata, la dottoressa F.F. sia tenuta a corrispondere all'Azienda USL Toscana Nord-Ovest la somma di euro 124.000,00 a titolo di risarcimento. Detto importo deve essere maggiorato della rivalutazione monetaria, da calcolare su base annua e secondo gli indici ISTAT per le famiglie di operai e impiegati, a far data dall'evento lesivo (il versamento della somma alla parte danneggiata), fino alla pubblicazione della presente sentenza; sulla somma così rivalutata, sono dovuti gli interessi legali, dalla pubblicazione della sentenza e fino al soddisfo.

5. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate in favore

dell’Erario come da dispositivo.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione giurisdizionale regionale per la Toscana, definitivamente pronunciando con riferimento al giudizio iscritto al n. 63035 del registro di segreteria, in parziale accoglimento della domanda proposta dalla Procura regionale, condanna la **sig.ra F.F.** al pagamento della somma di euro 124.000,00 (*diconsi euro centoventiquattromila/00*=) in favore dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest, oltre alla rivalutazione monetaria dall’evento lesivo e fino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre agli interessi legali sulla somma così rivalutata, da quest’ultima data e fino al soddisfo.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate in euro 384,00,= (*diconsi Euro Trecentoottanquattro/00.=)*

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

Così deciso in Firenze, nella camera di consiglio del 7 febbraio 2024.

L’estensore

Claudio Guerrini

Firmato digitalmente

Il Presidente ff

Giuseppe di Pietro

Firmato digitalmente

Depositata in Segreteria il 26/07/2024

Il Funzionario

Dott. Simonetta Agostini

Firmato digitalmente

Il giudice, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, dispone che a cura della Segreteria venga apposta l'annotazione di cui al comma 3 di detto articolo 52.

L'estensore

Claudio Guerrini

Firmato digitalmente

Il Presidente ff

Giuseppe di Pietro

Firmato digitalmente

In esecuzione del provvedimento del giudice, ai sensi dell'articolo 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in caso di diffusione devono essere omesse le generalità e gli altri elementi identificativi della convenuta e del paziente cui si riferisce la vicenda.

Firenze, 26/07/2024

Il Funzionario

Dott. Simonetta Agostini

Firmato digitalmente