



Sentenza n. 12/2025

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE PER L'UMBRIA

composta dai seguenti magistrati:

Piero Carlo	FLOREANI	Presidente
Giuseppe	DI PIETRO	Consigliere
Giuseppe	VICANOLO	Consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al n. 13646 del registro di segreteria, proposto dalla
Procura regionale presso la Sezione giurisdizionale regionale per
l'Umbria

contro

Anna Maria Rotelli (c.f. RTLNMR59S68H501C), nata il 28 novembre
1959 a Roma e residente a Preci (PG), in Fraz. Saccovescio, n. 26 in Via
Cairolì, rappresentata e difesa dall'avv. Massimo Marcucci del foro di
Perugia, ed elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in Spoleto
(PG), Piazza Duomo n. 8 (indirizzo p.e.c.: massimo.marcucci@avvocatiperugiapec.it).

Visti l'atto introduttivo del giudizio e gli altri atti e documenti di causa.
Uditi nella pubblica udienza del 17 luglio 2024, con l'assistenza del
segretario Marida Amodio Mancino, il consigliere relatore Giuseppe
Vicanolo, il pubblico ministero nella persona del sostituto procuratore
generale Enrico Amante e l'avv. Massimo Marcucci per la convenuta

	Anna Maria Rotelli.	
	Ritenuto in	
	FATTO	
	La Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale con atto di	
	citazione depositato il 18 dicembre 2023 ha convenuto in giudizio Anna	
	Maria Rotelli, nella qualità di dirigente medico in servizio presso il	
	Pronto soccorso dell'ospedale di Spoleto, per l'accertamento della	
	responsabilità amministrativa in relazione al danno erariale indiretto	
	causato all'Azienda USL Umbria 2, quantificato nella misura di	
	complessivi € 59.000,00, ovvero nella somma ritenuta di giustizia, oltre	
	alla rivalutazione monetaria secondo gli indici Istat, agli interessi legali	
	ed alle spese di giudizio.	
	La fattispecie riguarda un incongruo trattamento sanitario praticato il 2	
	agosto 2017 al signor L.B. presso il Pronto soccorso dell'ospedale di	
	Spoleto, ove il paziente si era presentato alle ore 17,15 per dolore	
	addominale e febbre da due giorni. Al <i>triage</i> infermieristico era stato	
	assegnato il codice di priorità 'verde', era stata effettuata la manovra del	
	Giordano con risultato positivo, rilevata la presenza di emazie nello <i>stick</i>	
	delle urine ed effettuata la visita medica alle ore 18,35 da parte del	
	medico di turno dottor Redento Onofri, il quale aveva richiesto un	
	esame ecografico dell'addome. Nelle more di tale accertamento, il dott.	
	Onofri alle ore 20 aveva passato le consegne alla dott. Anna Maria	
	Rotelli, omettendo di trascrivere nella cartella clinica l'esame obiettivo	
	effettuato sul paziente, poiché si era ripromesso di formalizzarlo	
	all'esito dell'ecografia.	
	2	

Quest'ultima è stata effettuata solo per la parte inferiore dell'addome ed ha evidenziato a carico di entrambi i reni immagini iperecogene puntiformi, ossia riflessi ultrasonici più luminosi dei tessuti, compatibili con la presenza di microcalcoli renali. Pertanto, la dott. Rotelli alle ore 20,35 ha dimesso il paziente diagnosticando una 'calcolosi renale bilaterale', per la quale ha prescritto terapia antibiotica, ha consigliato analgesici in caso di dolore e programmato una visita urologica per il 9 agosto successivo. In realtà, due giorni dopo, alle ore 21,19 del 4 agosto 2017, L.B., a causa della persistenza di febbre, dolori al fianco e nella fossa iliaca destra, si è recato al Pronto soccorso dell'ospedale di Foligno ove è stato visitato; è stato rilevato un addome teso, poco trattabile, e negativo alla palpazione con il metodo *Blumberg*; gli esami del sangue hanno evidenziato un innalzamento dei neutrofili (88%) e delle proteine C reattive, chiaro sintomo della sussistenza di un processo infiammatorio in atto. Infatti, l'esame ecografico dell'addome effettuato in urgenza ha documentato una appendicite acuta gangrenosa con peritonite circoscritta, confermata da una tomografia computerizzata effettuata subito dopo. Il paziente è stato ricoverato immediatamente in chirurgia, dove è stato rilevato un dolore spiccato alla palpazione nella fossa iliaca e positivo segno di *Blumberg*; portato in sala operatoria alle ore 2,30, L.B. è stato sottoposto ad un intervento in laparoscopia, che ha consentito di esplorare l'addome da vicino e di repertare un piastrone pericecale formato da anse di intestino tenue (ammasso fibrino-purulento) ed un ascesso voluminoso formatosi nell'intestino cieco ed esteso lungo la parete del colon ascendente, le cui pareti in prossimità

dell'ascesso erano retratte e malaciche; l'appendicite non era più evidente per i fenomeni necrotici sopravvenuti con il passare delle ore, ma erano presenti sviluppi di flogosi a carico del colon cieco ascendente e delle ultime anse ileali. Pertanto, è stato deciso di eseguire una emicolectomia destra asportando gli ultimi 20 cm. di ileo ed il colon ascendente flogosato, fino a suturare l'ileo con il traverso. L'intervento è terminato alle ore 4,45; il decorso post operatorio è stato regolare ed il paziente è stato dimesso il 12 agosto 2017 con diagnosi di 'appendicite acuta gangrenosa con peritonite circoscritta'.

In dipendenza di questi fatti, L.B. ha presentato una richiesta di risarcimento danni nei confronti dell'Azienda USL Umbria 2, supportata da una relazione medico-legale predisposta dal dott. Sergio Scalise Pantuso, con cui è stato sottolineato che la condotta dei sanitari del Pronto soccorso di Spoleto era certamente censurabile poiché, secondo la buona pratica medica, il paziente avrebbe dovuto essere sottoposto ad un esame obiettivo dell'addome (invece, mancante nella cartella clinica), nonché ad un esame strumentale ecografico completo (e non ad una ecografia limitata alla parte inferiore) e, soprattutto, avrebbero dovuto essere effettuati specifici esami ematobiochimici per rilevare emocromo e proteine C reattive, i cui valori sovente si alterano nel corso di processi infiammatori addominali. Non avendo rispettato questi passaggi, i sanitari hanno formulato una diagnosi errata di calcolosi renale bilaterale, quando in realtà il 2 agosto era certamente in atto una appendicite allo stadio iniziale, verosimilmente non ancora perforata e degenerata in peritonite, che poteva essere asportata senza

	conseguenze dannose, come avviene normalmente in casi simili. Per	
	converso, le omissioni gravi dei sanitari di Spoleto hanno fatto sì che la	
	peritonite si sia sviluppata con grande rapidità fino a provocare la	
	flogosi acuta purulenta ascessualizzata del tessuto dell'intestino, e	
	quindi la necessità della resezione di una parte dell'ileo e del colon	
	ascendente, provocando danni biologici a carico del paziente	
	quantificabili in misura del 25% ed un'invalidità totale temporanea di	
	tre mesi.	
	L'azienda sanitaria ha avviato l'istruttoria interna del sinistro, mediante	
	visita medico-legale effettuata l'1 dicembre 2018 dalla dott. Anna	
	Mencarelli, che ha riconosciuto il fatto che secondo le linee guida	
	d'indirizzo nella gestione dell'addome acuto il primo passo dei sanitari	
	del pronto soccorso doveva essere la valutazione clinica da effettuare	
	per stabilire se il dolore addominale richiedesse o meno un trattamento	
	chirurgico urgente. Oltre alla storia anamnestica, all'esame obiettivo ed	
	alla rilevazione dei parametri di laboratorio, il medico in tali casi deve	
	decidere se sono necessarie ulteriori indagini, tra cui un esame	
	ecografico e, secondo le raccomandazioni delle linee guida, esami	
	ematici di laboratorio per rilevare il numero di globuli bianchi e di	
	proteine C reattive, che quando salgono al di sopra della norma sono	
	particolarmente significativi di un problema di appendicite, da trattare	
	con urgenza mediante approccio chirurgico. In sostanza, nella	
	fattispecie, i sintomi accusati dal paziente riguardo al dolore in fossa	
	iliaca ed alla febbre presente da due giorni avrebbero richiesto un	
	maggiore approfondimento dei sanitari di Spoleto sul versante di un	
	5	

	possibile stato infettivo. Ciò nondimeno, il danno biologico conseguente	
	è apparso sovrastimato nella richiesta di risarcimento, ritenendosi	
	congrua la misura del 15% ed una inabilità temporanea assoluta di 20	
	giorni e parziale al 50% di ulteriori 20 giorni.	
	Ha concordato con queste analisi ed è giunto alle stesse conclusioni il	
	medico legale dell'Azienda ospedaliera di Perugia - dott. Anna Maria	
	Verdelli, rimarcando che una diversa condotta dei sanitari mediante un	
	accurato esame obiettivo addominale ed esami ematobiochimici	
	appropriati avrebbe consentito con ogni probabilità di formulare una	
	corretta diagnosi di appendicopatia acuta, e, quindi, di anticipare	
	l'intervento chirurgico, così da evitare il peggioramento del processo	
	flogistico-infettivo e l'intervento di emicolectomia destra.	
	Il Comitato di gestione sinistri - Co.ge.si. interaziendale - ha recepito le	
	osservazioni della dott. Mencarelli e della dott. Verdelli ed ha	
	riconosciuto il diritto del paziente al risarcimento del danno, rientrante	
	però nella prima fascia (fino a 70.000 euro) di competenza del Comitato	
	di gestione sinistri aziendale della USL Umbria 2, cui è stato rimesso il	
	caso. Da ultimo, il Co.ge.si. aziendale, il 9 maggio 2019, ha autorizzato	
	il <i>loss adjuster</i> a tentare la definizione transattiva della controversia entro	
	l'importo di € 60.000,00.	
	Il 16 maggio 2019 l'Azienda USL Umbria 2 ha comunicato alla dott.	
	Anna Maria Rotelli, in qualità di esercente la professione sanitaria	
	interessata ai fatti, ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017, n. 24,	
	che il Co.ge.si. aveva deciso di chiudere transattivamente la	
	controversia e che erano state avviate le trattative stragiudiziali con il	
	6	

	danneggiato, con invito a prendervi parte. L'interessata non ha fornito	
	alcun riscontro al riguardo, rimanendo estranea al confronto tra le parti.	
	Il signor L.B. ha accettato la somma di 59.000,00 euro <i>omnia</i> , per cui il	
	Commissario straordinario USL ha autorizzato il pagamento, effettuato	
	con mandato del 15 luglio 2019.	
	Il 27 ottobre 2022 l'Azienda USL Umbria 2 ha notificato alla dott. Rotelli	
	un atto di costituzione in mora ai sensi degli artt. 1219 e 2943 c.c..	
	La Procura regionale ha notificato alla Rotelli invito a fornire deduzioni	
	ai sensi dell'art. 67 c.g.c.; l'interessata ha chiesto e poi effettuato l'accesso	
	agli atti del fascicolo istruttorio, presentando il 18 dicembre 2023 le	
	proprie deduzioni tramite l'avv. Massimo Marcucci. Al riguardo, il	
	Pubblico ministero ha rilevato che le deduzioni erano inammissibili, in	
	quanto presentate oltre il termine perentorio del 14 dicembre 2023 in cui	
	erano scaduti i 45 giorni successivi alla notifica dell'invito a dedurre	
	avvenuta a mezzo posta elettronica certificata il 30 ottobre 2023, ai sensi	
	dell'art. 72, comma 1, c.g.c.. Pertanto, lo stesso giorno 18 dicembre 2023	
	l'organo requirente ha depositato l'atto di citazione con cui ha chiesto	
	di accertare la responsabilità di Anna Maria Rotelli per non aver	
	individuato l'appendicite di cui era affetto il paziente L.B. e averne	
	disposto le dimissioni nonostante la mancata esecuzione degli esami di	
	<i>routine</i> prescritti in questi casi dalle linee guida d'indirizzo nella	
	gestione dell'addome acuto e dell'occlusione intestinale.	
	La convenuta si è costituita in giudizio a mezzo dell'avv. Massimo	
	Marcucci, che il 25 giugno 2024 ha depositato comparsa di risposta con	
	cui ha dedotto:	
	7	

	- l'assenza evidente di una condotta gravemente colposa della dott.	
	Rotelli, che all'atto dell'ingresso del paziente in pronto soccorso non era	
	in servizio, avendo intrapreso il suo turno di lavoro soltanto alle ore	
	20,00, prendendo in carico il caso in seguito alla valutazione	
	compiutamente eseguita dal collega dott. Onofri; l'esito dell'ecografia	
	aveva confermato l'orientamento diagnostico del dott. Onofri circa i	
	calcoli renali, per cui alle ore 20,35 ha dimesso il paziente,	
	formalizzando una diagnosi attribuibile in prevalenza, se non	
	esclusivamente, ad altri medici; del resto, non potrebbe pretendersi che	
	a causa del carico di lavoro di un Pronto soccorso il medico subentrante	
	valuti <i>ex novo</i> i pazienti già presi in carico dal collega del turno	
	precedente, altrimenti il passaggio di consegne sarebbe inutile;	
	- l'insussistenza di colpa grave nell'agire della dott. Rotelli, come	
	emergerebbe dalla relazione medico-legale elaborata dal prof. Mauro	
	Bacci ed allegata alla comparsa di risposta, secondo cui nella fattispecie	
	vi erano sintomi contraddittori (segno di Giordano positivo, ematuria,	
	immagine ecografica di microcalcoli renali) che ostacolavano la	
	diagnosi esatta, fuorviando incolposamente l'attenzione verso una	
	patologia diversa rispetto a quella reale; pertanto, non si configurerebbe	
	un errore colposo grave, bensì un errore incolpevole;	
	- la sottovalutazione da parte della Procura regionale dei ruoli e delle	
	responsabilità del dott. Onofri e del radiologo che aveva rilasciato il	
	referto ecografico.	
	Pertanto, la convenuta ha concluso chiedendo il rigetto della domanda	
	nei suoi confronti in quanto infondata, e, in via gradata, l'esercizio del	
	8	

	potere riduttivo della Corte dei conti nella sua massima estensione.	
	All'udienza del 17 luglio 2024 le parti hanno sviluppato ulteriormente	
	le argomentazioni a sostegno delle rispettive tesi, come da verbale.	
	In particolare, il Pubblico ministero ha sottolineato che:	
	- nel merito, non è fondato il richiamo al principio di affidamento	
	operato dalla convenuta per far ricadere la responsabilità della errata	
	diagnosi sul collega dott. Onofri, il quale aveva preso in carico il	
	paziente durante il turno di guardia precedente; ciò in quanto, nei casi	
	di condotte poste in essere con colpa grave da due o più medici titolari	
	di posizioni di garanzia della salute dei pazienti, ciascuno è per intero	
	destinatario dell'obbligo di tutela e risponde personalmente dei danni	
	cui ha contribuito, fino a quando il rapporto non si sia esaurito;	
	- nella fattispecie, la dott. Rotelli in base alle linee guida vigenti nei casi	
	di gestione dell'addome acuto avrebbe dovuto, invece di affidarsi	
	superficialmente ai giudizi del dott. Onofri, procedere agli accertamenti	
	necessari per la diagnosi differenziale tesa a distinguere i contesti di	
	patologie da trattare con interventi chirurgici urgenti da quelli da	
	affrontare con terapie mediche; per converso, la convenuta secondo la	
	Procura avrebbe sottovalutato i sintomi della appendicopatia presente	
	già il 2 agosto 2017, come rilevato dalle diverse consulenze mediche	
	(rilasciate dal dott. Scalise Pantuso, dalla dott. Mencarelli e dalla dott.	
	Verdelli), del tutto omogenee, che sono state versate in atti.	
	L'avv. Marcucci si è riportato ai contenuti della comparsa di risposta e	
	della relazione medico-legale del prof. Mauro Bacci ad essa allegata,	
	ribadendo che:	
	9	

	- il quadro clinico esistente la sera del 2 agosto era diverso da quello	
	rilevato presso l'ospedale di Foligno il 4 agosto successivo, in quanto	
	l'infiammazione poi evoluta in peritonite ed ascesso voluminoso del	
	colon cieco ascendente non si era ancora verificata e la posizione	
	retrocecale dell'appendice aveva ostacolato con l'ecografia dell'addome	
	inferiore la rilevazione della sussistenza della patologia sottostante;	
	- quando vi è subentro di più medici nelle posizioni di garanzia della	
	tutela della salute del paziente, vale il principio dell'affidamento, per	
	cui si deve guardare alla condotta ed al ruolo esercitato da ciascuno,	
	confidando sul fatto che gli altri sanitari abbiano agito osservando	
	esattamente le regole di diligenza loro proprie; la dott. Rotelli non ha	
	avuto alcun dubbio per discostarsi dalla diagnosi di patologia renale cui	
	erano giunti il dott. Onofri ed il radiologo prima di lei;	
	- la contestazione alla convenuta della responsabilità per intero del	
	danno erariale non è fondata, perché manca il nesso causale tra la	
	condotta della dott. Rotelli e l'errore diagnostico.	
	Considerato in	
	DIRITTO	
	IL'azione promossa dalla Procura regionale mira all'accertamento della	
	responsabilità amministrativa per la perdita patrimoniale subita	
	dall'Azienda USL Umbria 2, pari ad € 59.000,00, a seguito della	
	transazione stragiudiziale conclusa con un paziente a causa di errata	
	diagnosi di 'calcolosi renale bilaterale' formulata dalla dott. Rotelli alle	
	ore 20,35 del 2 agosto 2017, a fronte dell'accertamento due giorni dopo,	
	ed a seguito di ricovero presso l'ospedale di Foligno, della sussistenza	
	10	

di una appendicite acuta gangrenosa con peritonite circoscritta, per la quale è stato praticato un intervento chirurgico urgente per rimuovere una parte del colon ascendente e dell'ileo mediante emicolectomia destra.

Più precisamente, il Pubblico ministero ha fatto leva su tre perizie medico legali e sulle valutazioni del Co.ge.si. della USL Umbria 2 per affermare la sussistenza della responsabilità erariale della convenuta, in base al riscontro dei presupposti di legge costituiti nel caso in esame:

- da una condotta antiggiuridica consistita nel non aver individuato tempestivamente l'appendicopatia di cui era affetto il paziente e nell'aver disposto improvvidamente le sue dimissioni;

- dalla colpa grave, per aver diagnosticato la calcolosi renale senza aver effettuato prima gli esami previsti dalle linee guida in caso di addome acuto, al fine di escludere l'eventuale presenza di patologie chirurgiche;

- dal nesso di causalità tra omissioni della convenuta e prevedibilità ed evitabilità dell'evento dannoso, secondo il criterio del 'più probabile che non' e lo specifico giudizio controfattuale esperibile nella fattispecie.

La difesa della convenuta ha dedotto una serie di argomenti contrari in punto di fatto e di diritto, supportati da considerazioni medico-legali molto analitiche di un proprio consulente.

Tanto premesso, il collegio ritiene che la domanda sia infondata, nei termini di seguito precisati.

II Il Pubblico ministero nell'atto di citazione (pag. 26/29) ha ripreso e fatto proprie le censure mosse dal dott. Scalise Pantuso (consulente medico legale del paziente), affermando che L.B. avrebbe dovuto essere

sottoposto ad esame obiettivo dell'addome, alla rilevazione dei parametri vitali (specialmente tipologia e localizzazione del dolore addominale) ed agli esami ematochimici (almeno emocromo con formula+proteine C reattive+biochimico), prima di formulare un giudizio diagnostico. Il fatto che tali accertamenti, aggiunge l'organo requirente, avrebbero potuto e dovuto essere disposti dall'altro medico del Pronto soccorso - il dott. Onofri - non vale ad esonerare la dott. Rotelli dalle sue responsabilità, considerato che la condotta di errata diagnosi ed imprudenti dimissioni che lei aveva deciso è dotata da sola di efficienza causale determinante rispetto all'evento dannoso poi verificatosi per effetto dell'emicolecomia destra. In particolare, sottolinea la gravità del fatto che la Rotelli abbia diagnosticato la calcolosi malgrado l'esistenza di evidenze con questa incompatibili (dolori continui senza spasmi, rilievi ecografici di microlitiasi renale non sufficienti). Ancor più grave, altresì, sarebbe stata la decisione di dimettere il paziente malgrado la mancanza di esami di *routine*, come l'emocromo, che avrebbe permesso di individuare subito, con ogni probabilità, il processo flogistico in atto a causa dell'appendicite. Invece, secondo le indicazioni della Società italiana di chirurgia colo-rettale - S.I.C.C.R. - sarebbe stato necessario procedere a diagnosi differenziale al fine di distinguere *in primis* una patologia chirurgica da una medica, ed escludere casi di pseudoaddome acuto che solo un'anamnesi accurata, un esame obiettivo attento ed esami diagnostici di approfondimento avrebbero potuto chiarire.

Nel caso in esame, l'ecografia dell'addome inferiore effettuata su

	indicazione del dott. Onofri era secondo la Procura regionale	
	insufficiente per formulare una corretta diagnosi, ed un medico esperto	
	come la dott. Rotelli (dal 2006 in servizio al Pronto soccorso di Spoleto)	
	questo l'avrebbe dovuto sapere ed avrebbe dovuto ricondurre con	
	immediatezza il dolore alla fossa iliaca e la febbricola ad una	
	appendicopatia. In tal senso, il Pubblico ministero cita in particolare le	
	'linee guida di indirizzo nella gestione dell'addome acuto e	
	dell'occlusione intestinale' (ijpdtm.it), secondo cui 'utile durante la	
	prima valutazione di un paziente con dolore addominale acuto può	
	essere l'applicazione dello score di Alvarado per valutare la probabilità	
	di appendicite acuta, che resta tra le cause più frequenti di addome	
	acuto'. Invece, nel caso in esame, non risulta praticata la manovra di	
	Blumberg (compressione lenta e progressiva della parete addominale	
	del paziente, per poi rilasciare di colpo la mano e verificare l'eventuale	
	insorgenza di dolore violento indicativo di una infiammazione della	
	parete del peritoneo a causa di sospetta appendicite), né misurata la	
	temperatura, né svolti ulteriori accertamenti.	
	Pertanto, unanimi sono state le censure mosse, dopo il consulente del	
	paziente - dott. Scalise Pantuso -, anche dai medici legali dell'azienda	
	sanitaria, vale a dire:	
	- dalla dott. Mencarelli, che ha evidenziato la mancanza nel verbale di	
	Pronto soccorso del 2 agosto 2017 della descrizione dell'esame obiettivo	
	addominale, del tipo, intensità e localizzazione del dolore, nonché la	
	mancata effettuazione di esami di laboratorio, di una ecografia	
	dell'addome superiore e di approfondimenti sul versante di un	
	13	

	possibile stato infettivo in atto;	
	- dalla dott. Verdelli, secondo cui la sintomatologia del paziente avrebbe	
	richiesto un accurato esame obiettivo addominale e degli esami	
	ematobiochimici per escludere una patologia chirurgica in atto, che non	
	furono eseguiti probabilmente perché i sanitari del Pronto soccorso a	
	causa della positività alle emazie dello <i>stick</i> urine e del referto ecografico	
	si erano orientati verso una patologia renale.	
	Conclude, perciò, il Pubblico ministero che le omissioni rilevate	
	rappresentano degli errori non scusabili per la loro grossolanità o per	
	l'assenza di cognizioni fondamentali della professione medica, e sono	
	significative della mancanza di una perizia tecnica minimale e della	
	imprudenza, della superficialità e del disinteresse dimostrati dalla	
	convenuta nella cura della salute del paziente. Per converso, secondo il	
	giudizio controfattuale, laddove la condotta doverosa fosse stata	
	adempiuta dalla dott. Rotelli, in assenza di fattori alternativi o difficoltà	
	organizzative, essa avrebbe impedito l'aggravarsi della malattia e	
	quindi il verificarsi dell'evento dannoso, oppure avrebbe determinato	
	conseguenze di minor rilievo. L'evento che ha provocato il danno	
	biologico e l'inabilità temporanea del paziente era prevedibile ed	
	evitabile, per cui il giudizio di rimproverabilità è fondato ed il nesso di	
	causalità secondo il requirente appare evidente alla luce della	
	evoluzione rapidissima della patologia riscontrata dopo soltanto due	
	giorni.	
	III La difesa della convenuta si fonda su una serie di deduzioni secondo	
	cui:	
	14	

- è errato ricondurre alla sola dott. Rotelli la valutazione del paziente, senza tener conto della effettiva incidenza delle azioni e delle decisioni a lei riconducibili in concreto; basti considerare che L.B. ha fatto ingresso al Pronto soccorso di Spoleto alle ore 17,15 ed è stato preso in carico dal dott. Redento Onofri che lo aveva visitato alle ore 18,35, e poi aveva richiesto un'ecografia dell'addome inferiore a causa dei sospetti originati dalla spiccata presenza di sangue nelle urine (valutata '++++') e dalla positività della manovra di Giordano (manovra semeiologica utilizzata in medicina per indagare la presenza di un dolore renale, effettuata colpendo con la mano a taglio l'angolo costovertebrale della regione lombare, provocando così un dolore violento nel caso in cui l'area sia infiammata a causa di malattia renale); ciò vuol dire che l'anamnesi del paziente (evidenziata nella cartella DEA del Pronto soccorso con la dicitura 'dolori addominali con *stick* urine positivo per emazie') e l'esame obiettivo (nel cui ambito rientra la manovra di Giordano) sono stati effettuati concretamente ed incontrovertibilmente dal dott. Onofri, il quale aveva anche somministrato, alle ore 19,00, un analgesico (Kevindol) ed un antispastico (Buscopan) ed aveva effettuato una visita urologica. Tuttavia, il dott. Onofri non aveva compilato la cartella DEA in corrispondenza dell'esame obiettivo effettuato, perché si era ripromesso di farlo al ritorno del paziente inviato in radiologia per eseguire l'ecografia, cosa che è avvenuta dopo il cambio di turno delle ore 20,00; da parte sua, la dott. Rotelli è entrata in servizio alle ore 19,47 ed ha iniziato il turno alle ore 20,00, ha ricevuto i risultati dell'ecografia ('a carico di entrambi i reni si osservano puntiformi

immagini iperecogene, compatibili con microlitiasi... Assenza di liquido libero endoaddominale'). Pertanto, in base ai tre elementi emersi, costituiti da microlitiasi+stick urine positivo per emazie+assenza di liquido libero in addome (e quindi mancanza di segni di possibile peritonite), la dott. Rotelli ha confermato l'orientamento diagnostico del dott. Onofri ed ha formalizzato la diagnosi di calcolosi renale bilaterale, per cui ha dimesso il paziente prescrivendo terapia antibiotica (Ciprofloxacina) ed analgesici al bisogno (Voltaren), programmando una visita urologica dopo sette giorni. L'attività principale e determinante ai fini della diagnosi rilasciata il 2 agosto 2017 è quella svolta dal dott. Onofri e dal medico radiologo che ha effettuato l'ecografia, mentre l'operato della dott. Rotelli è stato residuale, di trascurabile influenza ai fini della formalizzazione di una diagnosi attribuibile in prevalenza, se non esclusivamente, ad altri medici; il dott. Onofri era solo in attesa dell'esito della ecografia, perché, se questa avesse confermato i sospetti di patologia renale, egli avrebbe dimesso il paziente; questo è sostanzialmente ciò che è avvenuto durante il suo turno di lavoro della dott. Rotelli quando quest'ultima ha ricevuto il referto ecografico che aveva confermato le previsioni del dott. Onofri; sicché la dott. Rotelli non ha ravvisato nessun motivo per discostarsi dal giudizio prospettato dal collega smontante durante il passaggio di consegne ed ha deciso conseguentemente di dimettere il paziente. Alla stregua di un giudizio *ex ante*, nelle condizioni date, la condotta della dott. Rotelli non è stata incongrua ed erronea, tenendo conto della realtà clinico-circostanziale

	in cui si è trovata ad operare in quel momento, prescindendo da ciò che	
	è poi accaduto due giorni dopo in tutta la sua gravità;	
	- in caso di successione di più sanitari, l'accertamento del nesso causale	
	tra la condotta colposa di ciascun professionista e l'evento lesivo deve	
	essere compiuto con riguardo al ruolo ed all'attività svolta da ciascun	
	medico nel suo turno di servizio; in tale contesto, trova spazio di	
	applicazione il principio di affidamento, in base al quale il soggetto	
	agente può fare affidamento sul fatto che i precedenti soggetti agenti	
	abbiano operato osservando le regole di diligenza proprie; per	
	converso, non può pretendersi che in un Pronto soccorso oberato di	
	notevole carico di lavoro il medico subentrante sia tenuto a valutare <i>ex</i>	
	<i>novo</i> i pazienti già presi in carico dal collega del turno precedente, senza	
	tener conto del passaggio di consegne effettuato, che a Spoleto e	
	nell'ambito della USL Umbria 2 viene eseguito secondo il modello	
	S.B.A.R. , ossia descrivendo anzitutto la <i>Situazione</i> di ogni paziente, il	
	relativo <i>Background</i> (anamnesi, terapie, dati clinici più rilevanti),	
	l' <i>Assessment</i> (segni e sintomi, farmaci somministrati) e la	
	<i>Raccomandazione</i> (tutto ciò che deve essere fatto o che si richiede);	
	- non c'è colpa grave nel comportamento della dott. Rotelli, in quanto	
	non è stata negligente o distratta, né imprudente o avventata; pur	
	avendo rispettato le linee guida previste, non ha potuto evitare l'errore	
	diagnostico a causa della presenza di elementi confondenti (segno di	
	Giordano positivo, ematurie, immagine ecografica di microcalcoli	
	renali) che hanno ostacolato l'analisi clinica e fuorviato l'attenzione	
	verso una patologia (calcolosi renale) diversa da quella presente	
	17	

(appendicite); in linea teorica, l'ecografia dell'addome inferiore era proprio l'esame strumentale più indicato per rilevare l'appendicopatia, in quanto l'appendice è situata anatomicamente proprio in tale sezione dell'addome; ciò non è avvenuto nella fattispecie proprio a causa della posizione retrocecale dell'appendicite, la cui diagnosi anche strumentale, in relazione alla presentazione atipica, è gravata da un elevato numero di errori (il consulente di parte cita al riguardo lo studio di Kim S. ed altri, *Ascending retrocecal appendicitis: clinical and computed tomographic findings*. J. Comput Assist Tomogr. 2006 sep-oct); del resto, il quadro clinico del 2 agosto era diverso, anche nella sua espressività morfologica, rispetto a quello rilevato il 4 agosto a Foligno, in quanto l'ecografia della regione colica destra non aveva rilevato nessun segno neppure lontanamente espressivo del quadro molto grave (peritonite ed ascesso voluminoso) che è stato evidenziato successivamente.

IV Il Collegio osserva che vi è contrasto tra la tesi del requirente secondo cui le linee guida vigenti in materia di gestione dell'addome acuto non sarebbero state rispettate dalla convenuta e la difesa di quest'ultima, che sostiene il contrario. Si tratta di un punto importante ai fini del giudizio, in quanto il parametro di riferimento per valutare la sussistenza di una condotta gravemente negligente è rappresentato dagli obblighi di servizio e dalle regole di condotta che siano *ex ante* ravvisabili e riconoscibili dal soggetto agente come dovere d'ufficio (cfr. C. conti, SS.RR. 21 maggio 1998 n. 23/A; 10 giugno 1997 n. 56/A; Sez. II, 11 ottobre 2023 n. 275).

Una volta prefigurato l'insieme dei doveri connessi all'esercizio delle

funzioni a cui l'agente è preposto, la condotta tenuta in concreto può essere valutata come gravemente colposa allorchè il comportamento sia stato del tutto anomalo ed inadeguato, tale cioè da costituire una devianza macroscopica dai canoni di diligenza e perizia tecnica esigibili nelle medesime circostanze dall'*homo eiusdem generis et condicionis et professionis* (C. conti, Sez. II, 22 dicembre 2016 n. 1391; 18 maggio 2017 n. 537; Sez. Lazio, 30 aprile 2021 n. 384).

Nella fattispecie, il Pubblico ministero ha richiamato (pag. 27 dell'atto di citazione) le 'linee guida di indirizzo nella gestione dell'addome acuto e dell'occlusione intestinale' che risultano pubblicate su *Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine* nell'anno 2018, e quindi in epoca successiva rispetto ai fatti oggetto del presente giudizio, accaduti il 2 agosto 2017.

Non è questo, pertanto, il parametro a cui far riferimento per risalire alla condotta esigibile in capo alla convenuta.

Infatti, il medico legale della USL - dott. Anna Mencarelli - nella propria relazione (all. 3 del doc. n. 1 annesso all'atto di citazione) ha, invece, richiamato i testi del 2014 e 2015 delle linee guida elaborate da Gans L.a., Pols M.A. b, Stoker J.c, Boermeester M.A., *Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain*, pubblicate da Dig Surg nel 2015 e da Ned Tijdschr Geneeskde nel 2014. In particolare, la dott. Mencarelli ha spiegato che, presa visione 'delle linee guida di riferimento del periodo considerato, si apprende che il primo passo nel percorso diagnostico è la valutazione clinica che consente di stabilire se il dolore addominale richieda o meno trattamento urgente. Sulla base

	della storia anamnestica, dell'esame obiettivo e dei parametri di	
	laboratorio, il medico di pronto soccorso deve inoltre decidere se sono	
	necessarie ulteriori indagini, posto che, aggiungendo alla valutazione	
	clinica un esame ecografico, la possibilità di ottenere una corretta	
	diagnosi finale oscilla dal 53 % all'83% dei casi. Tra le altre	
	raccomandazioni che riguardano gli esami di laboratorio, tali linee	
	guida consigliano di eseguire almeno la proteina C reattiva e la conta	
	del numero dei globuli bianchi per differenziare le cause urgenti da	
	quelle non urgenti'.	
	Stante ciò, né la dott. Mencarelli né la dott. Verdelli si sono spinte al	
	punto da specificare quali errori nel percorso diagnostico iniziato alle	
	ore 17,15 dal dott. Onofri e terminato alle ore 20,35 dalla dott. Rotelli	
	siano stati commessi dal primo o dal secondo sanitario, né se le carenze	
	siano classificabili nell'ambito della colpa grave o della colpa lieve (il	
	parere espresso al Co.ge.si. ha riguardato il quesito nel senso che ha	
	verificato se il caso fosse da ammettere o meno al risarcimento secondo	
	le regole civilistiche, che come noto prevedono la responsabilità del	
	debitore anche per colpa lieve).	
	Tuttavia, dalle linee guida vigenti all'epoca dei fatti si evince	
	chiaramente che:	
	- il primo adempimento del medico di pronto soccorso è quello di	
	stabilire in base all'anamnesi, all'esame obiettivo ed agli esami di	
	laboratorio effettuati se siano necessarie ulteriori indagini e quali, in	
	modo da distinguere le patologie da trattare chirurgicamente dalle altre;	
	nel caso in esame, appare verosimile affermare che era il dott. Onofri	
	20	

l'esercente la professione sanitaria che ha effettuato l'anamnesi ('dolori addominali con *stick* urine positivo per emazie'), l'esame obiettivo con la manovra di Giordano positiva, la prima visita del paziente alle ore 18,35 e la visita urologica (risultanti dalla cartella DEA – allegato 2.b. del doc. n. 1 annesso all'atto di citazione), nonché la richiesta di ecografia dell'addome inferiore effettuata dal radiologo refertatore - dott. Giacomo Battisti - alle ore 19,36 del 2 agosto 2017; pertanto, la decisione in ordine a quali esami di laboratorio si dovessero effettuare e quali no, al di là degli esami delle urine già eseguiti con la scoperta delle tracce di sangue '4+', competeva al dott. Onofri come primo passo conseguente alla presa in carico del paziente;

- alle ore 20, quando è subentrata la dott. Rotelli, i risultati dell'ecografia erano sintomatici di una sospetta patologia renale ed escludevano la presenza di liquido libero endoaddominale (*id est*: segnali di peritonite); ragione per cui secondo le linee guida internazionali la diagnosi di calcolosi renale originata dal combinato esito di esame obiettivo (segno di Giordano positivo), esami di laboratorio (emazie nelle urine) ed ecografia dell'addome (microlitiasi) poteva considerarsi appropriata almeno nel 53% dei casi, fino all'83% nell'ipotesi migliore; pertanto, la decisione della dott. Rotelli di avallare questo giudizio diagnostico, sorto dagli esami del dott. Onofri e perfezionato grazie al referto ecografico, non può essere considerata imprudente o imperita, ma in linea con la valutazione che la maggioranza dei medici di pronto soccorso preparati e diligenti avrebbero compiuto qualora si fossero trovati a trattare un paziente nelle stesse condizioni;

- gli esami emato-biochimici necessari per rilevare l'eventuale aumento dei leucociti e delle proteine C reattive, la cui mancanza nel caso in esame è stata stigmatizzata da tutti i medici legali intervenuti nella valutazione del sinistro (dott. Scalise Pantuso, dott. Mencarelli e dott. Verdelli), non erano previsti dalle linee guida vigenti all'epoca come obbligatori, ma solo consigliati per indagare la sussistenza di eventuali processi infiammatori od infettivi; nel caso di specie, la scelta della dott. Rotelli di non approfondire controlli in quella direzione è dipesa verosimilmente dalla convergenza dei numerosi elementi clinici che deponevano per la calcolosi renale, mentre non c'erano segnali di anomalie o sintomi di appendicite acuta o addirittura di peritonite.

Del resto, anche le linee guida nella gestione dell'addome acuto pubblicate nel 2018 prevedono che l'esame emocromocitometrico può essere utilizzato tra quelli di laboratorio ai fini della diagnosi differenziale, in quanto particolarmente utile per confermare il sospetto di appendicite, quindi alla stregua di una facoltà e non certo come obbligo del sanitario di pronto soccorso. Senza tralasciare di aggiungere che 'tuttavia, un valore normale di leucociti non esclude del tutto la possibilità di patologie gravi quali l'appendicite o la colecistite'.

Viceversa, le stesse linee guida, in un altro passaggio, non mancano di evidenziare che 'l'esame delle urine deve essere ovviamente preso in considerazione in pazienti con ematuria, disuria o dolore al fianco per determinare se i sintomi sono di origine genitourinaria', come avvenuto nel caso in esame. Così pure, 'un segno di Giordano positivo indirizza verso una genesi renale' e 'la misura della temperatura corporea è molto

importante... febbre può essere provocata da un'infezione o un'infiammazione delle pareti intestinali' (in realtà, al triage infermieristico del 2 agosto la temperatura corporea fu misurata e riscontrata pari a 36,7 gradi, pressochè normale, come risulta annotato nella cartella DEA). Lo *score di Alvarado* citato dal Pubblico ministero non è altro che un metodo di valutazione convenzionale dei risultati di esami di laboratorio e dei sintomi e segni rilevati durante la cura dei casi di addome acuto, al fine di attribuire dei punteggi di rischio in base alla probabilità di appendicite acuta collegata ai vari indici (ad esempio, dolore alla palpazione in fossa iliaca destra 2 punti, febbre 1 punto, leucocitosi 2 punti, e così via). Un punteggio complessivo fino a 3 corrisponde ad un rischio improbabile di appendicite, da 4 a 6 indica un rischio concreto per cui si impone un ricovero in osservazione breve chirurgica, da 7 a 10 equivale a diagnosi certa o molto probabile di appendicite e comporta la decisione d'intervento chirurgico. Si tratta, però, anche in questo caso, di una 'utile indicazione' che le linee guida suggeriscono di applicare per inquadrare correttamente il paziente, non di una regola di condotta obbligatoria per tutti gli esercenti la professione sanitaria dal 2018 in poi.

Concludendo sul punto della condotta antigiuridica, risultano altresì prive di pregio le notazioni critiche formulate dall'organo requirente con riferimento a:

- sintomatologia che il paziente lamentava sotto forma di dolore continuo, senza spasmi: non c'è negli atti trasmessi dalla USL Umbria 2 o depositati dalla difesa della convenuta nessuna evidenza di questo

	particolare, che è stato lumeggiato soltanto dal consulente del paziente,	
	senza allegare elementi di prova;	
	- rilievi ecografici di microlitiasi renali non validi per porre una diagnosi	
	di calcolosi renale: questa affermazione fatta dal dott. Scalise Pantuso	
	contrasta con le relazioni della dott. Mencarelli, della dott. Verdelli e del	
	prof. Bacci, per cui risulta poco credibile;	
	- esecuzione del solo eco-addome da ritenersi insufficiente a formulare	
	una corretta diagnosi medica: per converso, le linee guida del 2014/2015	
	prevedevano che proprio la combinazione della valutazione clinica con	
	una ecografia dell'addome garantisse una corretta diagnosi finale in un	
	range tra il 53% e l'83% dei casi, quindi oltre la maggioranza statistica;	
	- non risulta effettuata la manovra di <i>Blumberg</i> né misurata la	
	temperatura: la prima circostanza è vera, ma è da ricondurre all'esame	
	obiettivo del paziente effettuato dal dott. Onofri nel periodo dalle ore	
	17,15 alle 20, non alla condotta della dott. Rotelli; invece, la febbre è stata	
	misurata al <i>triage</i> infermieristico ed annotata in cartella DEA 'TC	
	36.7' regolarmente, per cui la censura è infondata;	
	- ecografia eseguita senza ricomprendere l'esplorazione dell'addome	
	superiore: la circostanza è poco significativa ai fini della mancata	
	diagnosi di appendicite acuta, in quanto l'appendice è situata nel	
	quadrante inferiore dell'addome, e quindi l'esame fatto avrebbe dovuto	
	segnalare l'esistenza della patologia, se non si fosse trattato di un caso	
	particolare di appendice in posizione retrocecale.	
	Per quanto riguarda la contestazione dell'elemento psicologico della	
	colpa grave, il collegio ritiene che quanto osservato circa la coerenza	
	24	

della condotta della convenuta con le linee guida vigenti all'epoca esclude che siano stati commessi errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza di cognizioni fondamentali attinenti alla professione medica. Infatti, l'elemento soggettivo necessario ad integrare la responsabilità amministrativa deve essere valutato non *ex post*, bensì *ex ante*, sulla base della situazione di fatto esistente al momento delle cure prestate dalla dott. Rotelli il 2 agosto 2017, sulla base degli elementi conosciuti e conoscibili dalla convenuta al tempo della condotta contestata. In altri termini, appare verosimile affermare che la patologia di appendicite acuta gangrenosa in posizione retrocecale quasi certamente esisteva già alla data del primo ingresso del paziente al Pronto soccorso di Spoleto, quando non è stata diagnosticata dal dott. Onofri e dalla dott. Rotelli. Tuttavia, concentrando l'attenzione sulla convenuta, è anche vero che il caso in esame ha presentato degli elementi peculiari di difficoltà determinati dalla posizione retrocecale dell'appendicite e dalla convergenza di segnali sintomatici di patologia renale (segno di Giordano positivo, ematuria e microlitiasi); ragione per cui, ad avviso del collegio, il complesso delle circostanze che hanno caratterizzato la condotta del sanitario non mette in evidenza quella intensità della negligenza, dell'imprudenza o dell'imperizia necessaria ad integrare una colpa grave (sulla necessità di una valutazione *ex ante* vedasi C. conti, Sez. II, 30 luglio 2024 n. 198; id., Sez. III, 17 maggio 2024 n. 149; sulla speciale attenzione alle peculiarità del caso concreto, cfr. Cass. penale Sez. IV, 29 gennaio 2013 n. 16237).

Resta da esaminare a questo punto il nesso di causalità tra la condotta della convenuta e l'evento dannoso, rispetto al quale la Procura regionale deduce che non vale ad esonerare la dott. Rotelli da responsabilità personali la circostanza che gli accertamenti omessi (ossia, gli esami ematobiochimici soprattutto, ma anche la manovra di Blumberg e la rilevazione di tutti i parametri vitali) avrebbero potuto e dovuto essere ordinati dall'altro medico di pronto soccorso - dott. Onofri, che per primo visitò il paziente, in quanto ciò non toglie che la diagnosi errata di calcolosi renale è stata formalizzata e sottoscritta dalla seconda professionista, nell'ambito della propria sfera di compiti ed attribuzioni istituzionali.

L'argomento verte su temi importanti e delicati della responsabilità di *equipe* e del principio di affidamento in materia di *malpractice* medica coinvolgente due o più sanitari, temi che sono stati oggetto di approfondito esame nella giurisprudenza della Corte di cassazione e della Corte dei conti proprio perché il giudice è chiamato ad operare una verifica attenta del nesso causale tra le condotte individuali e l'evento dannoso, in modo da contemperare la suddivisione dei compiti di cura con l'obbligo di garanzia della salute del paziente che grava su tutti i sanitari compartecipi.

Tanto premesso, va ricordato che :

- il nesso causale non è un fatto obiettivo, ma una relazione che lega un'azione od un'omissione ad una determinata conseguenza, che non si sarebbe verificata ove la condotta non fosse stata tenuta o l'azione doverosa non fosse stata omessa (Cass., SS.UU., 6 luglio 2023 n. 19129);

- se la produzione di un evento dannoso è riferibile a più azioni od omissioni, deve riconoscersi ad ognuna di esse efficienza causale (principio di equivalenza delle cause, ai sensi dell'art. 41 c.p.), purchè le conseguenze delle singole condotte siano *ex ante* obiettivamente prevedibili (teoria della regolarità causale, secondo cui ciascuno è responsabile soltanto delle conseguenze della sua condotta, attiva od omissiva, che appaiono sufficientemente prevedibili al momento nel quale ha agito, escludendosi in tal modo la responsabilità per tutte le conseguenze assolutamente atipiche o imprevedibili) (cfr. Cass., SS.UU., 11 gennaio 2008 n. 576);

- nei casi in cui alla cura di un paziente concorrano più sanitari, l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento dannoso deve essere compiuto con riguardo alle condotte ed al ruolo di ciascuno, non potendosi configurare aprioristicamente una responsabilità di gruppo, in particolare quando i ruoli ed i compiti di ciascun operatore sono nettamente distinti tra loro (cfr. Cass. penale Sez. IV, 22 gennaio 2019 n. 6405; id., 26 ottobre 2022 n. 16094);

-nelle ipotesi di lavoro in *equipe*, e più in generale di cooperazione nell'attività medico-chirurgica di più sanitari succedutisi nel tempo, ogni esercente la professione sanitaria titolare di una posizione di garanzia non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del

professionista medio; tale principio deve essere però coniugato, onde non configurare ipotesi di responsabilità oggettiva o di posizione, con l'altro fondamentale principio di affidamento, in base al quale ogni soggetto non deve ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, ma potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti abbiano agito nell'osservanza delle regole di diligenza proprie (cfr. Cass. penale Sez. IV, 20 aprile 2017 n. 27314; id., 12 febbraio 2019 n. 30626);

- più in particolare, nei casi di più medici che si siano occupati in successione dello stesso paziente, l'applicazione del principio di affidamento implica che il titolare di una posizione di garanzia, come tale tenuto giuridicamente ad impedire la verifica di un evento dannoso, può essere esentato da responsabilità quando questo evento possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, contitolari di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento; però, il principio di affidamento non può essere invocato se l'agente non abbia osservato una regola precauzionale su cui s'innesti l'altrui condotta colposa, poiché la sua responsabilità persiste in base al principio di equivalenza delle cause (C. conti, Sez. II, 29 febbraio 2024 n. 6; id., Sez. III, 3 maggio 2024 n. 127).

Nella fattispecie, il collegio considera che la convenuta Rotelli non possa essere chiamata a rispondere circa il modo in cui il dott. Onofri ha adempiuto ai propri compiti di eseguire l'anamnesi, l'esame obiettivo e la selezione degli esami di laboratorio necessari per una corretta

	diagnosi della patologia del paziente, in quanto non era tenuta a	
	comportarsi in funzione del rischio di una condotta colposa altrui, bensì	
	era tenuta a concentrarsi sui compiti a lei affidati, confidando sulla	
	professionalità del collega che l’aveva preceduta. Nel far questo, la	
	convenuta non ha compiuto omissioni gravemente colpose rispetto agli	
	obblighi di servizio desumibili dalle linee guida vigenti all’epoca dei	
	fatti; sicché, non sussiste un comportamento scorretto che possa essersi	
	innestato sulla condotta, soltanto in ipotesi colposa, tenuta dal sanitario	
	del turno lavorativo precedente.	
	In definitiva, il collegio, assorbita ogni altra questione, considera che la	
	domanda della Procura regionale nei confronti della convenuta sia	
	infondata.	
	In favore di Anna Maria Rotelli vanno liquidati gli oneri difensivi, nella	
	misura complessivamente determinata di € 2.500,00.	
	P.Q.M.	
	la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale regionale per l’Umbria,	
	definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe, rigetta la	
	domanda.	
	Liquida gli oneri difensivi a favore della convenuta nella misura	
	complessiva di € 2.500,00.	
	Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.	
	Così deciso in Perugia, nella camera di consiglio del 17 luglio 2024.	
	L’ESTENSORE	IL PRESIDENTE
	Giuseppe Vicanolo	Piero Carlo Floreani
	(f.to digitalmente)	(f.to digitalmente)
	29	

Depositata in Segreteria l' 11 febbraio 2025.

Il direttore della Segreteria

Elena Errico

(f.to digitalmente)