REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE UMBRIA

composta dai magistrati:

Dott. Giuseppe DE ROSA Presidente-relatore

Dott.ssa Elisabetta CONTE Componente

Dott.ssa Iole GENUA Componente

pronuncia la seguente

SENTENZA

nel giudizio, in materia di responsabilità amministrativa, iscritto al n. 13682 del Registro di Segreteria, promosso dalla Procura regionale della Corte dei conti per la regione Umbria nei confronti di:

-*[OMISSIS] [Omissis]*, nato a *[Omissis] [Omissis] [Omissis]* (*[OMISSIS]*) il *[omissis] [omissis] [omissis]* (*C.F.: [OMISSIS]*) ed elettivamente domiciliato presso l'Avvocato Rocco PALAZZO (*C.F.: PLZRCC64T17H888J; pec: palazzo0421@cert.avvmatera.it*) dal quale è rappresentato e difeso.

VISTO l'atto di citazione.

VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.

UDITI, nella pubblica udienza del giorno 22 gennaio 2025, svoltasi con l'assistenza del Segretario Dott.ssa Marida Amodio Mancino, il Relatore Pres. Giuseppe De Rosa, il Pubblico Ministero, in persona del S.P.G. Francesco Magno e l'Avvocato Claudio Cimato, su delega dell'Avvocato Rocco Palazzo, per il convenuto.

Ritenuto in

FATTO

I. - Con atto di citazione depositato in Segreteria in data 11/07/2024, ritualmente notificato e preceduto dall'invito a dedurre, ai sensi dell'articolo 67 del Codice di Giustizia Contabile (*nel prosieguo: C.G.C.*), la Procura regionale ha convenuto in giudizio il sanitario in epigrafe generalizzato per sentirlo condannare al risarcimento complessivamente quantificato in euro **12.930,31** (*dodicimilanovecentotrenta/31*), da corrispondere in favore dell'Azienda Sanitaria Umbria 1 (*nel prosieguo "ASL"*) oltre a rivalutazione secondo gli indici ISTAT, interessi legali dal deposito della sentenza sino all'effettivo soddisfo e alle spese di giudizio.

Secondo la prospettazione della Procura regionale, il danno erariale al predetto convenuto addebitabile si è sostanziato nel menzionato importo gravato sul bilancio dell'ASL a seguito dell'esecuzione data, dalla Compagnia di assicurazioni "*Lloyd's of London*", alla sentenza n. 70 del 09/02/2021 con la quale la Corte di Appello di Perugia aveva condannato l'Ente al pagamento della precitata somma (*di cui **euro 3.000,00 per danno emergente** e il rimanente per spese legali e di giudizio; l'importo veniva rimborsato dall'ASL con l'ordinativo n. 4014674 del 08/07/2021 a seguito della liquidazione attuata con la Determina dirigenziale n. 2137 del 07/07/2021*), in favore di una paziente danneggiata dalla asserita erronea applicazione di n. 4 (*quattro*) impianti osteointegrati, presso l'Ambulatorio di Odontostomatologia dell'Ospedale di Gubbio, nell'ambito di interventi avvenuti nel corso dell'anno 2005.

II. - Tanto veniva contestato dalla Procura regionale, sulla base della consulenza medico-legale (CTU) del 07/07/2020 dei Dottori Giovanni Marello (*specialista medico-legale)* e Claudio P.P. Benevento *(medico odontoiatra*), nella quale si rilevava quanto segue:

II.a. - la sussistenza di un evidente errore dei medici della ASL, nella realizzazione del programma riabilitativo concernente l'arcata superiore (*n.d.r.: in corrispondenza della quale era posizionata una protesi fissa di n. 11 elementi, compromessa, di cui veniva proposta alla paziente la sostituzione, supportata da quattro impianti endo-ossei; rif.: la relazione medico legale del Dott. Riccardo Rossi del 02/12/2024, allegata alla memoria di costituzione del convenuto*), essendosi il programma basato su un esame bidimensionale (*Ortopantomografia; nel prosieguo "RX OPT"*), anziché sul ricorso a quello tridimensionale (*Cone Beam Computed Tomography; nel prosieguo "CBCT")* che avrebbe meglio consentito di valutare la quantità e qualità dello stato osseo delle zone che avrebbero dovuto ricevere gli impianti; al riguardo si sosteneva fondamentale, per il successo a lungo termine, occorreva il rispetto di precisi protocolli terapeutici e linee guida prevedenti l'effettuazione della CBCT per una preventiva ceratura diagnostica della futura protesi da realizzare, da porre alla base dell'inserimento degli impianti; tale programmazione si affermava pertanto non essere stata eseguita ("omessa") dai sanitari della ASL;

II.b. – (*n.d.r.: premesso che per il posizionamento degli impianti nelle posizioni 14 e 16, arcata superiore lato dx, avvenuto il 23/06/2005, veniva utilizzata la tecnica bifasica – il cui secondo intervento veniva realizzato il 05/10/2005 - e la tecnica monofasica per quelli in posizione 24 e 26, arcata superiore sn,*

intervento del 21/09/2005; rif.: relazione del 19/04/2007 del Dott. Mario Guerra, Responsabile dell'Ambulatorio di Odontostomatologia; cfr., altresì, l'immagine esplicativa dell'arcata superiore, lati dx e sn, riportata a p. 7 della Relazione del Dott. Rossi, allegata alla memoria di costituzione del convenuto) l'erroneità dell'utilizzo della modalità di impianto monofasica in quanto, pur teoricamente corretta, poteva determinare la possibilità di un tramite infettivo in grado di amplificare, come avvenuto, la sussistente infezione del seno mascellare omolaterale (*n.d.r.: il processo infettivo veniva rilevato dall'esame RX OPT pre-operatorio; come chiarito in più relazioni medico-legali allegate agli atti; l'infezione si sosteneva aver negativamente influito sull'osteosintesi dell'impianto con il seno mascellare*);

II.c. - l'erroneità dell'impostato piano terapeutico implantare, in quanto sarebbe stato possibile inserire gli impianti senza interessare, in maniera invasiva, lo spazio dei seni mascellari, bilateralmente; potendosi prevedere l'inserimento di *fixtures* anche in posizione 14 e 15 (*n.d.r.: così nel testo*) e di impianti corti in posizione 24 e 26 (*n.d.r.: di dimensione inferiore ai 5/6 mm; laddove quelli installati era di 10 mm e si erano insinuati nella cavità sinusale per alcuni millimetri, con conseguente lacerazione della membrana*; *rif.: la CTU del giudizio civilistico di primo grado del 31/10/2011, dei Dottori Luca Lalli, Specialista medico-legale, e Enrica Zavatto, Odontoiatra*); in alternativa, si argomentava per l'apposizione di solo due impianti per emi-lato con: "*l'inserimento nel quadrante 2 (*n.d.r.: arcata superiore di sn*), di un impianto in posizione 24 ed un impianto inclinato in posizione 26 parallelo alla base del seno mascellare omolaterale, da ripetere specularmente, nel quadrante 1* (n.d.r.: arcata superiore di dx) *in*

posizione 14 e con l'impianto distale in posizione 16 inclinato e parallelo alla base del seno mascellare omolaterale";

II.d. - l'erroneità della produzione e consegna alla paziente, di una protesi removibile considerato che, per quanto la protesi fosse stata ribasata con materiale morbido, la stessa - in quanto utilizzata nei primi 60 (*sessanta*) giorni nei quali inizia il processo di osteointegrazione - aveva comunque esercitato una azione di pressione meccanica sugli impianti, determinandole la mobilizzazione indipendentemente dalla qualità di materiale usato per la sua ribasatura: "*tale protesi non sarebbe stata nemmeno da concepire nella fase di realizzazione della riabilitazione dell'arcata superiore*".

III. - Con la predetta CTU, in buona sostanza, si "superavano" le argomentazioni medico-legali contenute nelle seguenti relazioni (*precit.*):

III.a. - del Dott. Mario Guerra (*Responsabile del Servizio di Odontoiatria dell'Ospedale di Gubbio dell'ASL*) del 19/04/2007, sulla cui base l'Ente si era determinato a costituirsi nel giudizio di primo grado, che ai rilievi effettuati nella consulenza di parte danneggiata (*del Dott. Walter Patumi del 05/01/2007, valutante:* ***i)*** *la* RX OPT *non indagine elettiva;* ***ii)*** *trascurate le manifestazioni flogistiche paradontali dal predetto esame rilevate;* ***iii)*** *la mancanza di dimensione, soprattutto in senso verticale, delle creste ossee*), replicava nei termini seguenti:

III.a.1. – la non necessarietà dell'esame tridimensionale, anche per salvaguardare la salute dei pazienti; quello RX OPT era terapeuticamente più indicato;

III.a.2. - il *deficit* osseo verticale evidenziato nel precitato esame, si sarebbe risolto con un minirialzo del seno mascellare, sulla considerazione che la penetrazione moderata degli impianti a vite non aveva evidenziato segni di patologie sinusali e che, quindi, sussistevano tutte le indicazioni per procedere a detto intervento e per il successivo posizionamento delle protesi;

III.a.3. - nel caso, la eventuale perdita di una osteointegrazione era da individuare solo e soltanto nel "*sovraccarico biomeccanico da scorretta ribasatura della protesi provvisoria mobile… con resina dura*", che aveva provocato un trauma meccanico, compressivo, irreversibile.

Nella relazione del Dott. Guerra veniva preliminarmente precisato che:

III.a.4. - al fine di salvaguardare la salute degli impianti si era consigliato alla paziente di non portare la protesi mobile assegnata per i primi 15-20 giorni e al controllo del 20/10/2005 si era provveduto a ribasarla con resina morbida; ai controlli la paziente riferiva disagio per l'instabilità della protesi, della quale però era stata preavvertita; ad ogni controllo si era verificato che i quattro impianti erano perfettamente osteointegrati, per cui erano pronti per la fase protesica;

III.a.5. - il 01/02/2006, dopo un soggiorno all'estero, la paziente era tornata a controllo riferendo di essersi rivolta ad altro medico, per problemi di instabilità della protesi mobile, il quale aveva provveduto all'ulteriore ribasatura con materiale duro che aveva negativamente influito sullo stato di salute degli impianti; si era quindi suggerito di non utilizzare la protesi mobile provvisoria sino al successivo controllo; la paziente non si era più ripresenta ai controlli;

III.b. – dei Dott. Luca Lalli (*specialista medico-legale*) ed Enrica Zavatto (*odontoiatra*), del 31/10/2011, relazione costituente la CTU del giudizio civilistico di primo grado (*sulla cui base il Tribunale di Perugia rigettava la pretesa attrice con la sentenza n. 1151 del 31/08/2018*) nella quale si affermava che:

III.b.1. – gli interventi monofase, secondo la dottrina (*n.d.r.: ivi indicata*), presentavano percentuali di successo paragonabili alla procedura bifase;

III.b.2. – la presenza di iniziale malattia paradontale dei settori laterali posteriori, rilevata dalla ortopantomografia pre-operatoria, non costituiva controindicazione assoluta all'impiantologia;

III.b.3. – la quantità di osso era comunque sufficiente ad ospitare gli impianti, come dimostrato dalla scheda dei controlli effettuati nel corso del tempo;

III.b.4. – corretta appariva l'indicazione dell'attuazione dell'impianto in zona 24-26 con intervento di minirialzo mascellare;

III.b.5. – la causa della mancata integrazione degli impianti andava rinvenuta sia nella sovrainfezione batterica sia nel probabile eccessivo carico masticatorio esercitato dalla protesi provvisoria ribasata con materiale duro.

La CTU concludeva sostenendo che sotto il profilo clinico, diagnostico e terapeutico i sanitari avevano svolto il lavoro come da prassi; le complicanze sorte successivamente, come descritte in letteratura, possono sorgere indipendentemente dall'intervento stesso; tali complicazioni avevano comportato un grosso disagio e la necessità di

reintervento massiccio le cui conseguenti spese mediche venivano ritenute congrue (*n.d.r.: complessivi euro 3.000,00*).

IV. - La predetta CTU veniva rinnovata nel giudizio di appello, in quanto ivi ritenuta non aver corrisposto ai seguenti quesiti del CTP della difesa della danneggiata:

IV.*i)* - la carenza della cartella clinica con riferimento a circostanze plurime (*sottovalutazione dell'importanza della fase anamnestica, riferita alle abitudini del paziente e della corretta sua informazione; mancata documentazione relativa alla gestione della malattia parodontale*);

IV.*ii)* - anche a prescindere dal mancato esame tridimensionale, l'assenza di documentazione radiografica post-operatoria e l'impossibilità di desumere se la quantità di osso risultasse sufficiente, laddove l'esame tridimensionale, effettuato successivamente, aveva dimostrato l'insufficienza del rialzo d'osso con punte minime di 1 e 2 mm, mentre per ottenere discreta stabilità si sosteneva che il minimo doveva consistere in 5 mm;

IV.*iii)* - i limiti della tecnica del c.d. rialzo mascellare (*n.d.r.: così nel testo della CTU*) anche per questo risultando indicata la tomografia computerizzata;

IV.*iv)* - la mancata verifica del sospetto di una lacerazione della mucosa del seno mascellare, poi riscontrata; ciò in contraddizione con l'affermazione, contenuta nel consenso informato, della improbabilità di tale lacerazione;

IV.*v)* - la non moderata penetrazione della vite, di circa 5 mm rispetto agli asseriti 2 mm (*rif.: il referto tomografia computerizzata, precit.*);

IV.*vi)* - la presumibile derivazione della sovrainfezione batterica dall'inserimento dell'impianto nel seno mascellare (*escludendosi quale causa alternativa quella della mancanza di igiene orale, in quanto mai citata*);

IV.*vii)* - la mancanza, nella cartella clinica, delle indicazioni sull'utilizzo della protesi provvisoria, nonostante risultasse noto l'effetto dei carichi masticatori sull'osteointegrazione; neppure dovendo la protesi essere utilizzata nello specifico caso, di impianti prospicenti nel seno determinanti la lacerazione della membrana sinusale; essendo inoltre la stabilità primaria probabilmente non ottimale (*a causa dello scarso sostegno osseo*) nonché in presenza di malattia paradontale, seppur iniziale; ininfluente pertanto risultando il materiale di ribasatura (*morbido o duro*) ;

IV.*viii)* – anche ove ammessa la tesi della correttezza dell'implantologia attuata sulla base dei controlli al riguardo positivi del 5 e 20 ottobre 2005, l'incongruenza della mancata protesizzazione degli impianti 14 e 16 a distanza di tempo e, in luogo di ciò, il mantenimento della protesi parziale, ribasata con resina morbida, ipotizzandosi quale spiegazione della circostanza problemi di instabilità degli impianti;

IV.*ix)* - la protratta ricorrenza di una sinusite, rilevata dal medico privato che la problematica aveva risolto (*Dott. Raeli*), la cui preesistenza veniva negata dal Dott. Guerra; al riguardo si argomentava che un corpo estraneo può riconoscere un ruolo eziologico nel mantenimento dell'infezione, non potendosi pertanto escludere - su base probabilistica - un nesso eziologico tra l'impianto procidente nel seno mascellare e la patologia antrale.

V. - La Procura regionale pertanto formulava, in data 09/02/2024, l'invito a dedurre (*notificato il 12/02/2024*) nei confronti del medico curante, nel quale si contestava l'addebito di euro 12.930,31 a titolo di responsabilità gravemente colposa concernente il danno indiretto in argomento, per avere il presunto responsabile:

V.a. - impostato il piano terapeutico su di un unico esame strumentale, la RX OPT del 22/11/2004;

V.b. - omesso la dovuta programmazione richiedente l'effettuazione di una CBCT e "*l'inserimento degli impianti in modo che le fixtures vengano inserite in posizione centrata rispetto alle corone protesiche degli elementi dentali che dovranno sostituire*";

V.c. - errato non solo l'approccio diagnostico, ma anche quello terapeutico, evidenziandosi dal confronto delle immagini radiografiche una insufficiente quantità di osso nativo nelle zone cui inserire le *fixtures* nei quadranti 1 e 2, ciò altresì avendo determinato l'infezione del seno mascellare omolaterale;

V.d. - fatto produrre e consegnato alla paziente una protesi removibile che si ancorava necessariamente con le viti di guarigione, il cui utilizzo determinava, indipendentemente dal materiale di basatura, una pressione comportante la mobilizzazione degli impianti.

Si affermava, pertanto, la sussistenza di tutti gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa e l'inapplicabilità della disciplina recata dalla legge n. 24 del 2017, ricadendo la fattispecie nel regime previgente.

VI. - Replicava, con memoria presentata il 28/02/2024, l'invitato a

dedurre premettendo che veniva correttamente portato a termine il posizionamento degli impianti in posizione 14 (*primo premolare di destra*), 16 (*primo molare di destra*), 24 (*primo premolare di sinistra*) e 26 (*primo molare di sinistra*); che il piano terapeutico e la tecnica chirurgica eseguita per l'inserimento degli impianti venivano ben descritti nella relazione del Dott. Mario Guerra, responsabile del Servizio; che, successivamente, solo quelli in posizione 16 e 26 andavano incontro a perdita dell'osteointegrazione, ciò richiedendo nuovi interventi odontoiatrici; che, contrariamente a quanto sostenuto nella CTU del giudizio di appello, si erano rigorosamente osservate tutte le *leges artis* in materia con riferimento alla diagnosi, alla pianificazione e all'esecuzione dell'intervento nonché alla gestione post-operatoria. Nel merito degli addebiti si deduceva quanto segue:

VI.a. - quanto alla fase dell'inquadramento diagnostico e alla pianificazione, nel documento della Società Italiana di Parodontologia del 2000 ("*Progetto Impianti*") l'ortopantomografia costitutiva l'esame di base nell'indagine della cavità orale, insieme all'esame obiettivo, sufficienti per la progettazione degli impianti protesici; nelle raccomandazioni del Ministero della Salute dell'anno 2017, l'esecuzione di indagini di secondo livello (*TC*) veniva raccomandata unicamente nei casi in cui le informazioni disponibili non risultavano sufficienti per la corretta programmazione dell'intervento, nel rispetto del principio "*As Low As Reasonably Achievable*" (*ALARA: il più basso ragionevolmente raggiungibile tenuto conto dei rischi sconosciuti*); all'epoca dei fatti, l'esame CBCT (*Tac Cone Beam*) iniziava ad essere disponibile, ma né vi erano le

ragioni per una sua prescrizione, né era possibile presumere in maniera categorica che fosse al tempo disponibile nella piccola struttura ove si attuavano gli interventi; il sanitario aveva comunque adeguatamente pianificato l'approccio chirurgico da realizzare;

VI.b. - la decisione di utilizzare impianti da 10 mm (*piuttosto che quelli corti o inclinati*) trovava ragione nel riscontro di una quantità di osso nativo sufficiente ad ospitarli; soprattutto a seguito dell'esecuzione di un rialzo di 3 mm del seno mascellare; l'utilizzo di impianti corti nelle regioni posteriori non solo non era doveroso, ma nell'anno 2005 non era standardizzato ed era ancora oggetto di studi; solamente nell'anno 2017, venivano pubblicate le linee guida relative al loro utilizzo clinico (*rif.: "Journal of Implant and Recustructive Dentisty"*);

VI.c. - il dislocamento degli impianti nel seno mascellare, risultato nella norma ai controlli del 21/09/2005 e del 05/10/2005, doveva imputarsi alla perdita dell'osteointegrazione di quelli in posizione 16 e 26 riferibile all'aumento del carico masticatorio causato da una scorretta ribasatura della protesi provvisoria, eseguita da altro professionista; solo successivamente concorrevano i fattori di natura infettivologica determinando la sintomatologia sinusitica, non presente nell'intervallo temporale tra i trattamenti eseguiti nella Struttura pubblica e il ricorso ad altro professionista (*il Dott. Raeli*);

VI.d. - la tecnica monofase adottata per gli impianti 24 e 26 (*differente da quella bifase degli impianti in posizione 14 e 16*), come confermato nella CTU del giudizio di appello, risultava ugualmente affidabile in termini sia di sopravvivenza implantare sia di salute dei tessuti perimplantari;

VI.e. - era stata consegnata alla paziente una protesi mobile provvisoria da utilizzare unicamente a fini estetici, in maniera da non gravare sulle viti di guarigione, con il consiglio di non indossarla per i primi 15-20 giorni;

VI.f. - considerato che gli impianti andati incontro a perdita di osteointegrazione erano quelli in posizione 16 e 26, eseguiti con le due tecniche diverse (*bifase il primo e monofase il secondo*), la differenziazione della metodica al riguardo utilizzata non aveva alcuna razionalità logico-scientifica;

VI.g. - quanto alla fase post-operatoria, per la quale la consegna della protesi removibile si era affermato non si sarebbe dovuta contemplare, andava considerato che per il completamento del processo di osteointegrazione sarebbero occorsi mediamente 3 o 4 mesi, motivo per il quale era consuetudine, nei casi in particolare di pazienti giovani, ricorrere all'utilizzo di protesi provvisorie per fini estetici; la protesi, quindi, veniva controllata in visite di *follow-up* e in quella del 01/02/2006, dopo 4 mesi dall'ultimo intervento, si era constato che la stessa era stata ribasata con materiale duro; gli impianti in posizione 14 e 24 riportavano esito favorevole, risultando ancora in essere nel corso della visita medico-legale eseguita il 30/09/2019, trovandosi in posizione più avanzata; al contrario di quelli in posizione 16 e 26, area fisiologicamente più esposta alla masticazione; nel merito, si sostenevano non condivisibili le conclusioni della CTU del giudizio di appello che, in assenza di contraddittorio critico, avevano addebitato responsabilità con valutazioni opinabili nonché postume, senza alcun

riferimento alla letteratura medica né alle linee guida, in quanto solo enunciate e non riportate, con conclusioni suggerenti un diverso e teorico piano terapeutico, tuttavia non in grado di confutare il rigore scientifico né della CTU del giudizio di primo grado né della relazione medico-legale del dott. Guerra.

Nel sostenere che la ASL avrebbe dovuto impugnare la sentenza di appello e che anche in sede contabile sarebbe risultato opportuno un ulteriore approfondimento istruttorio, nelle deduzioni si concludeva per l'archiviazione del procedimento per l'insussistenza di ogni responsabilità per colpa.

VII. Nell'audizione del 09/04/2024, l'invitato ribadiva quanto sostenuto nelle deduzioni già presentate nonché, alle domande:

VII.a - se all'epoca dei fatti era possibile utilizzare una struttura terza per l'effettuazione della Tac, ribadiva la non necessarietà dell'esame dovendo la paziente sottoporsi a un intervento di minirialzo mascellare di 6-7 mm;

VII.b. - se vi erano Linee guida per l'utilizzo di impianti di dimensione standard di 10 mm, indicava le Linee guida Summers del 1994 (*All. 1 al verbale*) e precisava che, all'epoca, per "*impianto corto*" si intendevano gli impianti di lunghezza pari o inferiore a 10 mm;

VII.c. - chi avesse suggerito l'applicazione della protesi mobile, se il medico ovvero la paziente, precisava di non ricordare e ribadiva quanto riportato nelle deduzioni.

VIII. - La Procura regionale, con atto di citazione all'esame, previamente ritenendo non superate le contestazioni con riferimento

alle deduzioni presentate - nel merito sostenendo utilizzabile l'esame TC dai primi anni 2000 (*rif.: il d.lgs. 187/2000*), evidenziando sia gli esiti dell'indagine ortopantomografica (*rarefazione ossea e retrazione dell'osso alveolare per malattia paradontale iniziali*) sia riaffermando la tesi dell'irrilevanza della ribasatura della protesi mobile nonché argomentando per l'insussistenza, nel consenso informato, di indicazioni circa l'uso della protesi mobile per fini estetici e del non utilizzo della stessa per i primi 15-20 giorni - ribadiva quanto già contestato con l'invito a dedurre, altresì con richiami giurisprudenziali (*in tema di colpa grave e di nesso di causalità tra le condotte e il danno*), e affermava la sussistenza, in fattispecie, degli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa.

IX. - Con memoria depositata il 31/12/2024, si costituiva nel giudizio il convenuto depositando la relazione medico-legale del 02/12/2024 del Dott. Riccardo Rossi (*specialista medico-legale, riconfermante tutto quanto già replicato all'invito a dedurre*) nella quale, oltre a richiamare gli esiti contrari a cui erano giunte le consulenze tecniche d'Ufficio dei giudizi civilistici di primo e di secondo grado, si affermava quanto segue:

IX.a. - nella cartella clinica del controllo del 01/02/2006 risultava che: "*La paziente ritorna al controllo riferendo di essersi rivolta ad altro collega per problemi di instabilità della protesi provvisoria. Il collega aveva proceduto alla ribasatura con materiale duro che aveva influenzato negativamente lo stato di salute degli impianti. Si suggerisce di non portare la protesi provvisoria sino al prossimo controllo*";

IX.b.- la necessità di valutare la condotta medica in relazione al caso

specifico e all'evoluzione delle conoscenze scientifiche (*rif.: Corte dei conti, Sez. II, n. 73 del 2024, menzionata dalla stessa Procura regionale*);

IX.c. - l'approssimativa lettura delle deduzioni all'invito a dedurre, in quanto liquidate con richiami a principi giurisprudenziali generici, con totale adesione alle conclusioni della CTU del giudizio di appello, senza vaglio scientifico delle produzioni documentali esibite e alcun approfondimento della divergenza delle opinioni emergenti nel concreto caso;

IX.d. - la stessa CTU di appello aveva rilevato che il danno alla paziente era limitato a una breve inabilità temporanea, aspetto asserito non considerato nelle contestazioni della Procura regionale.

Nella memoria si concludeva: per l'assoluta mancanza di colpa grave, rimarcandosi al riguardo il gravare sulla parte attrice l'onere della prova; in via subordinata, si domandava la disposizione di una consulenza tecnica d'ufficio; in via ulteriormente subordinata, si chiedeva l'applicazione del potere riduttivo tenuto conto del comportamento negligente della paziente.

X. – Nell'udienza del 22/01/2025:

X.a. - il P.M. affermava che, nella vicenda, l'errore macroscopico di fondo era sintetizzabile nel non essere stata effettuato l'esame CBCT, mentre non costituivano circostanze di rilievo né l'intervento di un altro professionista né il materiale di basatura della protesi, se morbido o duro, in quanto era stato comunque l'utilizzo della stessa ad aver contribuito, in modo determinante, alla mobilizzazione e all'insuccesso dell'impianto; inoltre, considerato che, secondo la giurisprudenza

consolidata, i doveri di garanzia del sanitario risultano stringenti, il modulo di consenso informato avrebbe dovuto illustrare adeguatamente le ragioni della protesi mobile provvisoria e le modalità del suo utilizzo, anche per evitare errori di comprensione da parte della paziente di nazionalità non italiana; sosteneva quindi, con riferimento all'indisponibilità della CBCT nei piccoli Ospedali all'epoca dei fatti, che il sanitario aveva il dovere di informare anche della possibilità di ricorrere a un Centro di più elevato livello di specializzazione *(rif.: Cass. Sez. III, sent. n. 30727/2019*), posto che – come esplicitato nella CTU di appello - una visione tridimensionale avrebbe consentito un altro approccio terapeutico; nel precisare che la scelta di dare credito alla CTU del giudizio di appello, rispetto a quella del primo grado, si era fondata sulla rinnovazione dell'adempimento disposta dal secondo Giudice, il P.M. richiamava la possibilità per il consulente tecnico di stabilire come si erano svolti i fatti (*Cass., ord. n. 3717/2019*) e insisteva per l'accoglimento delle rassegnate conclusioni;

X.b. – il Presidente del Collegio domandava se alla Procura regionale constava, come sostenuto dalla difesa del convenuto, che la perdita dell'osteointegrazione si era determinata con riferimento ad entrambe le tipologie di impianti, monofase e bifase; il P.M. rispondeva affermativamente;

X.c. – il Difensore del convenuto, a sua volta, sottolineava che secondo la CTU di primo grado le due tipologie di impianto presentavano, statisticamente, la stessa affidabilità; smentiva quindi che sarebbe stato il convenuto a dire che altro professionista era intervenuto, risultando

che era stata la danneggiata ad affermare di essersi sottoposta, nel corso del suo soggiorno in Bulgaria, a una visita specialistica per problemi di instabilità della protesi provvisoria (*rif.: la cartella clinica del controllo del l'anno 2006*); nel sostenere l'assenza di prova di alcuna colpa grave e nell'escludere problemi di diagnosi, in quanto non vi erano motivi per effettuare l'esame TAC, il Difensore insisteva per il rigetto della domanda e si riportava ai contenuti e alle richieste rassegnate in atti.

Considerato in

DIRITTO

1. - Con l'atto di citazione all'esame, la Procura regionale ha preteso il risarcimento del pregiudizio complessivamente quantificato in euro **12.930,31** (*di cui euro **3.000,00** per risarcimento del danno alla persona ed euro 9.903,31 per rimborso spese di lite e di giudizio*), associato alla soccombenza dell'Azienda Sanitaria Locale Umbria 1 (*nel prosieguo "ASL"*) nel giudizio civilistico instaurato da una paziente per il danno occorsole per erronei interventi riabilitativi di una protesi fissa di n. 11 elementi dell'arcata dentaria superiore, attraverso la previa applicazione di n. 4 (*quattro*) impianti, due in posizione omolaterale sinistra (*14 e 16*) e due in posizione controlaterale (*24 e 26*), attuata dall'Ambulatorio di Odontostomatologia dell'Ospedale di Gubbio della precitata ASL, oggetto di successivi reinterventi a causa della perdita dell'osteointegrazione.

Il danno emergente sul quale si verte è fondamentalmente quello rappresentato dal costo dei reimpianti e dell'opera del professionista privato intervenuto dopo l'operato della Struttura pubblica, intervento

valutato inadeguato in particolare dalla CTU acquisita nell'ambito del giudizio di appello, esitato con la condanna dell'ASL al relativo risarcimento. Su detta CTU si è fondata la pretesa all'esame, ritenendo la Procura regionale comprovati dall'istruttoria attuata gli elementi costitutivi di una responsabilità amministrativa.

2. – Ciò premesso, deve preliminarmente essere disattesa la richiesta di acquisizione di una nuova consulenza tecnica d'ufficio, in quanto i fatti di causa risultano essere stati tutti compiutamente documentati e approfonditamente trattati nelle diverse sedi valutative della vicenda.

3. – Nel merito la domanda è infondata per quanto di successiva motivazione.

3.a. – Quanto alla presunta antigiuridicità della condotta del sanitario, riferita all'effettuazione degli interventi di implantologia all'esame, osserva il Collegio che le argomentazioni della CTU del giudizio civilistico di appello appaiono pressoché superate dalle deduzioni formulate all'invito a dedurre, quindi riprese nella relazione medico-legale del 02/12/2024 del Dott. Riccardo Rossi, non potendosi in particolare ritenere che il sanitario agiva in violazione delle buone pratiche note all'epoca dei fatti (*anno 2005*); al riguardo, indicativa si manifesta la constatazione che le diverse metodiche e le strumentazioni menzionate, appunto, nella predetta CTU - redatta ben 14 anni (*il 07/07/2020*) dopo gli eventi di causa risalenti all'anno 2005 - concernevano anche una proposta di intervento alternativo (*rif.: supra, in FATTO, il punto* ***II.c.,*** *p. 4*) sulla base di supporti tecnologici (*impianti corti inferiori a 5/6 mm e inclinati*), la cui applicazione all'epoca dei fatti

veniva motivatamente e documentalmente esclusa dalla parte convenuta (*cfr. supra, in FATTO, il punto* ***VI.b.*** *nonché quanto riportato in proposito nella relazione del Dott. Rossi, precit*.).

Inoltre, deve riscontrarsi che le mancate osteointegrazioni si determinavano in due sui quattro impianti effettuati dal convenuto, quelli in posizione molare (*l'uno realizzato con modalità monofase e l'altro bifase, come confermato dal P.M. stesso nell'udienza di trattazione della causa; indenni entrambi gli impianti in posizione premolare, alla data della RX OPT eseguita il 22/02/2019 e prodotta dalla danneggiata il 30/9/2019 nella visita medica effettuata nel corso della precitata CTU; cfr. ivi, in particolare le ultime due righe di p. 8: "Gli impianti in posizione 14 e 24 sono due dei quattro eseguiti dalla USL"*) configurandosi quindi, attendibilmente, che le problematiche non derivavano da una programmazione erronea (*attuata su esame bidimensionale*) e/o da una scorretta scelta degli impianti (*monofase anziché bifase*), bensì dall'utilizzo della protesi mobile provvisoria, determinante una maggiore pressione masticatoria nella zona più posteriore dell'arcata dentaria; profilo questo non correlabile a presunti errori concernenti il programma riabilitativo e alla realizzazione degli impianti stessi, come persuasivamente allegato e documentato dal convenuto sia nella fase preprocessuale sia nell'ambito del giudizio (*cfr., in FATTO, i punti* ***VI*** *e* ***IX*** *nonché i relativi sottopunti*).

Neppure risultando decisivo, nella prospettazione dell'antigiuridicità della condotta del sanitario, il dato dell'insuccesso rilevato nell'anno 2006 (*il 14/07 dal Dott. Raeli*), concernente l'impianto in posizione 26 (*monofase, prospicente nel seno mascellare, di presumibile amplificazione e*

protrazione della infezione del seno mascellare), a distanza di poco tempo risultato instabile - in quanto dalla cartella clinica risultava, alla data del 25/10/2025, un normale decorso post-interventi ("*Controllo …impianti OK*"), mentre la mancata sottoposizione della paziente alle successive visite, dopo quella del 01/02/2006 (*al rientro da un soggiorno all'estero*), oggettivamente impediva alla Struttura pubblica di intervenire sul processo infettivo e sulla rilevata mobilizzazione del predetto impianto (*cartella clinica:* "01/02/2006 – *La paziente ritorna al controllo riferendo di essersi rivolta ad altro "collega" per problemi di instabilità della protesi provvisoria. Il collega aveva provveduto alla ribasatura con materiale duro che aveva influenzato negativamente lo stato di salute degli impianti. Si suggerisce di non portare la protesi provvisoria fino al prossimo controllo").*

Ne consegue, ad avviso del Collegio, che l'operato del convenuto non risulti censurabile sotto l'aspetto degli interventi implantari effettuati nell'ambito dell'attività di riabilitazione protesica all'esame.

3.b. - Diversamente deve invece giudicarsi quanto alla produzione e alla consegna della protesi mobile provvisoria nonché alle correlate carenze informative, il cui scorretto utilizzo - come attestato in tutti gli atti medico-legali acquisiti al fascicolo processuale – risulterebbe quindi avere integrato la fondamentale causa/concausa della perdita di osteointegrazione, in particolare dell'impianto in posizione 26 (*riscontrata dal dott. Raeli il 14/07/2006*), pressoché ravvicinata all'intervento *(del 21/09/2025)*, anche perché realizzato con tecnica monofase (*n.d.r.: sporgente*).

Il Collegio condivide, pertanto, le censure al riguardo formulate alla condotta del sanitario dalla Procura regionale.

Non di meno, deve altresì prendersi atto dell'oggettiva e prevalente compartecipazione della danneggiata nella determinazione del pregiudizio lamentato, in ragione di un uso protratto e non corretto della protesi, quantunque provvisoria, sintomaticamente desumibile dalle reiterate richieste di stabilizzazione della stessa e dalla relativa ribasatura con materiale duro, attuata senza alcuna consultazione con il medico curante *(danno emergente liquidato in euro 3.000,00 dalla Corte di Appello di Perugia).*

A tale circostanza, di per sé sufficiente a non configurare una colpa grave, inescusabile, del sanitario si ritiene debbano aggiungersi, nella prospettiva deponente per l'insussistenza dell'elemento soggettivo della responsabilità amministrativa:

- le motivazioni della prassi per la quale la protesi mobile veniva prodotta e consegnata alla paziente (*cfr. supra, in FATTO, il punto* ***VI.g.***), siccome nei casi della specie attuato dall'Ambulatorio di Odontostomatologia dell'Ospedale di Gubbio *(rif.: la relazione del 19/04/2007 del relativo Responsabile, precit.);*

- la constatazione che, come sopra già accertato, non si era potuto rimediare alle conseguenze indotte dall'uso scorretto della protesi mobile - in particolare sull'impianto monofase in posizione 26, maggiormente inciso dalla ribasatura in materiale duro realizzata da altro professionista nonché interessato da un concomitante processo infettivo - non essendosi la paziente più ripresentata ai controlli

successivi.

4. – Ne consegue, per tutto quanto sopra esposto e motivato, che la domanda della Procura regionale, non può trovare accoglimento.

5. – Le spese di lite spettanti al convenuto sono liquidate come da dispositivo, in conformità ai parametri professionali forensi di cui al D.M. n. 55/2014 come aggiornati ex D.M. 127/2022.

PER QUESTI MOTIVI

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la regione Umbria, definitivamente pronunciando sul giudizio in epigrafe, *contrariis reiectis*, dichiara infondata la domanda della Procura regionale e, pertanto, la rigetta.

Si liquidano, conseguentemente, le spese per oneri difensivi in favore dell'assolto nell'ammontare di euro 1.800,00 (*milleottocento/00*) oltre la maggiorazione del 15% del compenso a titolo di spese forfettarie ed oneri come per legge; ponendosi gli oneri predetti a carico dell'Azienda Sanitaria Locale Umbria 1.

Così deciso in Perugia, nella camera di consiglio del 22 gennaio 2025.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

IL PRESIDENTE ESTENSORE

Giuseppe De Rosa

(*f.to digitalmente*)

Depositata in Segreteria l'11 febbraio 2025.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.sa Elena Errico

(*f.to digitalmente*)

DECRETO

Il Collegio, rilevata la sussistenza dei presupposti di cui all'articolo 52, commi 1 e 2, del D.lgs. n. 196/2003, all'articolo 9, par. 1 e 4, del Reg. (UE) n. 2016/679 e all'articolo 2-*septies* del D.lg.s n. 196/2003, come modificato dal D.lgs. n. 101/2018, dispone che la Segreteria proceda, per qualsiasi ipotesi di diffusione del presente provvedimento, all'oscuramento delle generalità delle parti private a tutela dei loro diritti.

IL PRESIDENTE

Giuseppe De Rosa

(*f.to digitalmente*)

Depositata in Segreteria l'11 febbraio 2025.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(*f.to digitalmente*)

In esecuzione del provvedimento di cui sopra, in caso di diffusione: omettere le generalità e gli altri dati identificativi delle parti private.

Depositata in segreteria l'11 febbraio 2025.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(*f.to digitalmente*)