



Sentenza n. 28/2025

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

Dott. Giuseppe VICANOLO

Componente

Dott.ssa Elisabetta CONTE

Componente relatore

pronuncia la seguente

SENTENZA

nel giudizio, in materia di responsabilità amministrativa, iscritto al n.

13669 del Registro di Segreteria, promosso dalla Procura regionale della

Corte dei conti per la regione Umbria

nei confronti di:

- [Omissis] [Omissis] (C.F: [OMISSIS]) nato a [Omissis]il [Omissis]ed

ivi residente in Strada [Omissis]n. [Omissis], rappresentato e difeso, giusta

procura in atti, dall'Avv. Paolo Bibi e domiciliato presso lo studio del

suddetto Avvocato sito in Foligno, Via del Campanile, n. 16;

- [Omissis] [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) nato a [Omissis]il

[Omissis] e residente in [Omissis], Villaggio [Omissis], n. [Omissis], rappresentato

e difeso dall'Avv. Anna Mugnano ed elettivamente domiciliato presso

il suo studio in Napoli, in Via San Giacomo n. 24;

-[Omissis] [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) nato a [Omissis]il [Omissis]e

residente in [Omissis], Via [Omissis] [Omissis], n. [Omissis], rappresentato e

	difeso, giusta procura in atti, dall'Avv. Pier Luigi Iantaffi e domiciliato	
	presso lo studio del suddetto Avvocato sito in Foligno, Piazza XX	
	Settembre, n. 7;	
	VISTO l'atto di citazione.	
	VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.	
	UDITI, nella pubblica udienza del giorno 16 ottobre 2024, svoltesi con	
	l'assistenza del Segretario Dott.ssa Elisabetta Bodo, il Relatore Dott.ssa	
	Elisabetta Conte, il Pubblico Ministero, in persona del S.P.G. Francesco	
	Magno e gli Avvocati Paolo Bibi, per il convenuto Luzio Luzzi, presente	
	in aula; Gloria Cangi, in sostituzione dell'Avv. Anna Mugnano, giusta	
	delega in atti, per il convenuto [Omissis] [Omissis]; [Omissis] [Omissis], per	
	il convenuto [Omissis] [Omissis], presente all'udienza.	
	Ritenuto in	
	FATTO	
	I. Con atto di citazione, depositato in data 26.04.2024 e ritualmente	
	notificato, la Procura regionale ha convenuto in giudizio i medici [Omissis]	
	[Omissis], [Omissis] [Omissis], [Omissis] [Omissis]e[Omissis] [Omissis]	
	[Omissis], all'epoca dei fatti dipendenti dell'Azienda ospedaliera S.	
	Maria di Terni, per l'accertamento della responsabilità amministrativa	
	concernente il danno erariale quantificato in € 500.000,00 arrecato alla	
	Regione Umbria a seguito del sinistro occorso, presso il suddetto	
	presidio ospedaliero, per esiti di ritardo diagnostico di embolia	
	polmonare con conseguente decesso del paziente.	
	II. - Risulta, dagli atti acquisiti al fascicolo processuale, quanto segue:	
	i - in data 30.09.2014, il dott. [Omissis] [Omissis]eseguiva, in qualità di primo	
	2	

	operatore, un intervento di nefroureterectomia, per neoplasia del rene,	
	presso il Reparto di Urologia dell'Azienda Ospedaliera S. Maria di	
	Terni;	
	ii. - il 03.10.2014 il paziente accusava una crisi di tachicardia associata a	
	sudorazione fredda, il dott.[Omissis] richiedeva un	
	elettrocardiogramma e veniva somministrata ossigenoterapia;	
	iii. - in data 04.10.2014 veniva effettuata una consulenza internistica da	
	parte del dott. [Omissis], che consigliava la somministrazione di un	
	diverso farmaco per l'ipertensione;	
	iv. - il 05.10.2014 il paziente presentava una nuova crisi di sudorazione	
	algida, tachipnea, malessere generale ed ipertensione; il dott. [Omissis]	
	prescriveva la somministrazione di diuretico e la pressione tornava a	
	valori normali;	
	v. - dal diario infermieristico si riscontra che, in data 06.10.2014, il	
	paziente veniva "visto" dal dott. [Omissis];	
	vi. - il 07.10.2014 il degente manifestava la presenza di lieve dispnea,	
	trattata nell'immediato con ossigenoterapia e diuretici; il dott. [Omissis]	
	[Omissis]richiedeva una TC torace urgente, che metteva in evidenza la	
	presenza di embolia polmonare bilaterale, ed un esame eco-color	
	doppler, che rivelava trombosi bilaterale delle vene muscolari degli arti	
	inferiori;	
	vii. - il successivo 08.10.2014 il paziente accusava, alle ore 13,40, un	
	arresto cardiaco che, nonostante l'immediato tentativo di rianimazione,	
	alle ore 14.40 lo conduceva al decesso.	
	ix. - gli eredi relativi presentavano richiesta di risarcimento all'Azienda	
	3	

ospedaliera, supportandola con la relazione medico-legale datata 16.03.2015 del dott. Franco Scialla, che evidenziava la parziale compilazione della cartella clinica, la mancata applicazione della giusta profilassi con elastocompressione ed eparina al corretto dosaggio (*nel caso veniva somministrata terapia eparinica a basso dosaggio*) - anche considerando che il paziente era affetto da ipertensione arteriosa, varici agli arti inferiori, obesità ed era fumatore - ed il ritardo (gg. 5 *dall'intervento*) nell'effettuazione dei corretti esami strumentali, nonostante il paziente avesse già manifestato chiari sintomi deponenti per una diagnosi di embolia polmonare;

x. - la richiesta risarcitoria veniva trasmessa alla Compagnia assicuratrice; tuttavia, in considerazione del fallimento del tentativo di mediazione, gli eredi del *de cuius* notificavano, in data 03.02.2016, all'Azienda ospedaliera di Terni, un ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c. depositato innanzi al Tribunale di Terni;

xi. - il consulente della Compagnia assicuratrice, dott. Cutillo, rilevava che il diario clinico presentava lacune, omesse compilazioni e registrazioni spesso illeggibili. Evidenziava, altresì, che, nel caso di specie, era stata avviata una corretta profilassi farmacologica preoperatoria per la trombo embolia venosa ed essendo il paziente portatore di arteriopatia ostruttiva e di varici agli arti inferiori, l'utilizzo della compressione non trovava indicazione; concludeva, tuttavia, rilevando criticità quanto alla valutazione dei segni clinici, che già dal 03.10.2014 potevano essere indicativi di embolia polmonare, o che quantomeno avrebbero richiesto un maggior approfondimento,

	effettuato solo il giorno 08.10.2014;	
	xii. - veniva anche acquisita la relazione redatta il 09.07.2016 dal dott.	
	[Omissis] [Omissis], Direttore della Struttura Complessa di Urologia,	
	conclusivamente sostenente <i>“di aver seguito un comportamento totalmente</i>	
	<i>corrispondente alle linee guida validate dalle società scientifiche</i>	
	<i>internazionali”</i> ;	
	xiii. - il consulente nominato dal Giudice civile, dott. Fabio Ricci, nella	
	propria relazione del 21.10.2016, riteneva che la terapia farmacologica	
	per il rischio trombo-embolico somministrata al paziente (eparina a	
	basso peso molecolare di 4.000 Ui <i>per die</i>) fosse adeguata e che, alla luce	
	della non uniformità in letteratura circa l'utilizzo della profilassi	
	meccanica (calze elastiche), l'approccio terapeutico (non utilizzo delle	
	calze) non avrebbe inciso in maniera determinante sull'aggravamento	
	del rischio dell'evento trombo-embolitico; il CTU valutava invece	
	discutibile l'atteggiamento tenuto dai sanitari a far data dal 03.10.2014	
	in quanto, a fronte di una sintomatologia non altrimenti spiegabile, non	
	presero in debita considerazione l'evenienza dell'embolia polmonare	
	tenuto conto: <i>“1) che il soggetto era ad elevato rischio trombo-embolico; 2) che</i>	
	<i>la trombosi venosa profonda può con relativa frequenza essere del tutto</i>	
	<i>asintomatica; 3) che l'embolia polmonare (...) si manifesta molto spesso con dei</i>	
	<i>sintomi del tutto aspecifici (malessere generale, tachicardia, alterazioni</i>	
	<i>aspecifiche dell'ECG, etc. etc.); 4) che la terapia eparinica non scongiora il</i>	
	<i>rischio di evento tromboembolico; 5) che l'embolia polmonare è quantomeno</i>	
	<i>una delle principali cause di morte nei reparti di urologia,”</i> ; in particolare, il	
	CTU rilevava che <i>“non risulta indagato il quadro polmonare in alcuna</i>	
	5	

maniera. Non risulta infatti che sia stato eseguito alcun esame obiettivo toracico, non vengono ricercati ed esclusi segni, anche indiretti, di embolia polmonare, non viene eseguito un esame eco-color-doppler degli arti inferiori per verificare l'eventuale presenza di trombosi venosa profonda, non viene ripetuto nessun ulteriore esame elettrocardiografico che avrebbe potuto mettere in luce, così come escludere, della variazioni rispetto a quello eseguito in data 3 ottobre 2014, legate al progressivo sovraccarico del cuore destro. In sintesi, risulta francamente evidente come i sanitari non dedicarono la sufficiente attenzione alla fattispecie patologica in questione, pur in presenza di un soggetto ad alto rischio e degli altri rilievi sopraelencati. Chiaro è che non si hanno notizie certe su quando sia insorta la problematica. Tale condizione di incertezza è addebitabile, tuttavia, alla condotta stessa tenuta dai sanitari, sempre per come desumibile dalla documentazione in atti. In effetti, non avendo posto in essere un'adeguata procedura diagnostica per confermare o escludere l'evento trombo-embolico, ed essendo i sintomi di presentazione dell'embolia polmonare spesso del tutto aspecifici, non si può aver piena certezza che la sintomatologia del 3 ottobre, così come quelle del 5 ottobre, fossero la manifestazione clinica di sottostanti eventi embolici. Tuttavia, quest'ultima risulta essere l'interpretazione francamente più plausibile alla luce dei dati clinici a nostra disposizione e del proseguo dell'iter clinico"; nelle conclusioni della CTU, il dott. Ricci riteneva quindi che si fosse concretizzato un ritardo diagnostico che aveva influito in maniera significativa sulla storia clinica del paziente e sul decesso, rilevando come "in assenza della suddetta condotta omissiva, vi sarebbe stata la possibilità di incidere grandemente sull'evoluzione clinica del caso, con elevate probabilità di

risoluzione del quadro e, quindi, di sopravvivenza del paziente”;

xiv. - il CTP dell’azienda ospedaliera, dott. Casali, nelle proprie osservazioni alla CTU, evidenziava che la sintomatologia manifestata dal paziente prima del 07.10.2014 era del tutto aspecifica e per di più transitoria ed autorisolvibile *“e come dunque - secondo criteri di buona pratica clinica e di valutazione medico forense ex ante- tale sintomatologia non imponesse, in capo ai sanitari, la figurazione di un sospetto diagnostico di sottostante affezione tromboembolica”*; solamente il giorno 07.10.2014 il quadro sintomatico diveniva suggestivo per una complicanza di natura embolica e ciò aveva, infatti, provocato una tempestiva risposta dei sanitari;

xv. - il CTU, in risposta a tali osservazioni, ribadiva che proprio l’aspecificità dei sintomi dell’embolia polmonare, unitamente al fatto che il paziente fosse chiaramente ad alto rischio per tale patologia, avrebbe dovuto indurre i sanitari ad attivarsi prima per effettuare uno studio diagnostico più approfondito, anche in considerazione del fatto che i sintomi presentati in data 3 e 5 ottobre avrebbero dovuto far insorgere, quantomeno, il sospetto di embolia polmonare e che il fatto che, in settima giornata, si fosse verificata la dispnea era chiaro sintomo che l’evento tromboembolico era, a questo punto, divenuto emodinamicamente significativo;

xvi. - l’Azienda ospedaliera di Perugia (*Azienda capofila nell’ambito del Progetto sperimentale “Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende sanitarie”, finanziato dalla Regione Umbria ai sensi della legge regionale n. 8 del 2013,*

	<i>operante sino al 27.10.2020)</i> con atto di transazione e quietanza del	
	14.10.2017 addiveniva alla risoluzione del contenzioso in via	
	stragiudiziale, accordandosi per la liquidazione della somma di €	
	500.000,00 (<i>limite indicato nel verbale in data 19.07.2017 del Comitato</i>	
	<i>Valutazione Sinistri - Co.Ge.Si. dell'Azienda ospedaliera di Terni</i>), poi	
	liquidata con mandati di pagamento n. 4000262 e 4000263, ambedue	
	del 04.01.2018, e n. 4001772 del 20.02.2018; sempre l'Azienda di Perugia,	
	in data 02.03.2018, segnalava la vicenda alla Procura erariale e,	
	successivamente, con reversale di incasso cumulativa n. 3000677 del	
	30.05.2018, introitava la somma risarcitoria erogata dalla Regione	
	Umbria;	
	xvii. – i sanitari venivano costituiti in mora dall'Azienda Ospedaliera di	
	Terni e dalla Regione Umbria con note del 21.01.2020 (<i>ricevute: in data</i>	
	<i>23.01.2014 dal dott. [Omissis]; in data 25.01.2014 dal dott. [Omissis]; in data</i>	
	<i>27.01.2014 dal dott. [Omissis] e in data 29.01.2014 dal dott. [Omissis]</i>).	
	III. - Con invito a dedurre datato 20/11/2023, la Procura regionale	
	contestava ai predetti sanitari il ritardo diagnostico del periodo post-	
	operatorio concernente l'evento trombo-embolitico, asserito	
	determinatosi dal giorno 03.10.2014 al 06.10.2014, che ove evitato	
	avrebbe presumibilmente scongiurato l'embolia polmonare; tanto	
	veniva addebitato al Direttore S.C. Urologia Luzzi (<i>ritenuto responsabile</i>	
	<i>delle carenze della cartella clinica e della gestione complessiva del paziente</i>),	
	all'Urologo Bertuzzi (<i>che visitava il paziente il 03.10.2014</i>), all'Urologo	
	Martinelli (<i>che visitava il paziente il 05.10.2014</i>) e al Consulente Internista	
	Pizzuti (<i>che valutava il paziente il 06.10.2014</i>); gli invitati deducevano	
	8	

	quanto segue:	
	i. - il [Omissis], che la sostenuta incompletezza della cartella clinica non	
	poteva in alcun modo avere condizionato la valutazione e l'andamento	
	clinico del paziente; che l'evento tromboembolitico massivo si	
	evidenziava a distanza di quattro giorni e in assenza di ulteriori sintomi	
	respiratori ragionevolmente indicativi della successiva evoluzione,	
	mentre le condizioni generali del paziente, nei giorni precedenti, erano	
	perfettamente compatibili con il decorso post-operatorio di un	
	intervento chirurgico onco-urologico maggiore (<i>memoria</i>	
	<i>dell'11.01.2024</i>);	
	ii. - il [Omissis], che l'unico contatto con il paziente l'aveva avuto il	
	giorno 03.10.2014, alle ore 18.00 circa, allorquando gli infermieri di	
	reparto gli chiesero di visitare il degente, operato il 01.10.2014, che si	
	presentava lievemente tachicardico (<i>110 battiti/min</i>) e sudato; in assenza	
	di altri sintomi veniva chiesto un ECG urgente e ossigeno terapia	
	nonché esami ematici per il giorno successivo; scomparsi i sintomi il	
	deducente lasciava l'Ospedale per farvi ritorno dopo un periodo di ferie	
	il giorno 13.11.2014 (<i>n.d.r.: così nella memoria del 03.01.2024</i>);	
	iii. - il [Omissis], che lo stesso CTU Ricci aveva asserito che non si poteva	
	avere piena certezza che la sintomatologia del 3 ottobre, così come	
	quella del 5 ottobre, fossero la manifestazione clinica di sottostanti	
	eventi embolitici e che neppure si poteva avere piena certezza, in	
	assenza di un esame autoptico, delle effettive cause del decesso (<i>memoria</i>	
	<i>del 31.01.2024</i>);	
	iv. - il [Omissis], che il giorno 04.10.2014 si trovava per motivi personali	
	9	

	nel reparto di Urologia e, su richiesta infermieristica, valutata la	
	condizione clinica del paziente sulla visione della cartella clinica, senza	
	visita (<i>in quanto asserita non effettuabile da un medico di altro reparto senza</i>	
	<i>la formale richiesta</i>), al riguardo aveva sconsigliato il trattamento	
	“sartanico” e, invece, consigliato la somministrazione del farmaco	
	“Novac 10” con posologia di ½ compressa la sera, tanto sottoscrivendo	
	con propria sigla; il giorno 06.10.2014 si era recato presso il reparto di	
	Urologia per conferire con alcuni colleghi e l’infermiera Salvatelli,	
	avendolo visto, erroneamente riportava nel diario infermieristico del	
	paziente “Visto dal dr. [Omissis]”, in ogni caso asserito “non visitato”	
	(memoria del 27/12/2023).	
	IV. – Con atto di citazione del 26.04.2024, la Procura regionale censurava	
	la condotta dei medici che avevano valutato il paziente nel periodo post-	
	operatorio, dal 03.10.2014 sino al 06.10.2014, sulla base della CTU del	
	giudizio civile, nella quale veniva evidenziata una condotta asserita	
	gravemente omissiva, imperita, imprudente e negligente, dalla quale	
	era conseguito un ritardo diagnostico che aveva influito,	
	significativamente, nel determinismo del decesso del paziente, posto	
	che soltanto in data 07.10.2014, il dott. [Omissis] [Omissis] aveva	
	diagnosticato la problematica, quando ormai era troppo tardi per	
	evitare l’ <i>exitus</i> . L’illecito erariale, a parere della Procura regionale,	
	sarebbe dovuto ascrivere, a titolo gravemente colposo, pro-quota	
	parziaria, in parti uguali, nella misura di € 125.000,00 ciascuno:	
	i. - al dott. [Omissis] [Omissis], Direttore della S.C. di Urologia, ritenuto,	
	per la carica rivestita, il responsabile sia delle riscontrate carenze nella	
	10	

	compilazione della cartella clinica sia della censurabile gestione	
	complessiva del paziente nel periodo dal 03.10.2014 sino al 06.10.2014;	
	ii. - ai dirigenti medici nelle persone dell'Urologo, dott. [Omissis]	
	[Omissis], che aveva valutato il paziente in data 03.10.2014 e	
	dell'Urologo, dott. [Omissis] [Omissis] [Omissis], che aveva valutato il	
	paziente in data 05.10. 2014;	
	iii. - del Consulente internista, dott. Cristiano Pizzuti, che aveva	
	valutato il paziente in data 04.10.2014 nonché, in ragione del valore	
	legale della cartella clinica (<i>nonostante le contrarie allegazioni del medico</i>),	
	in data 06.10.2014.	
	V. - Tutti i convenuti si costituivano nel giudizio:	
	i. - il dott. [Omissis], contestando l'insufficiente compilazione della cartella	
	clinica che, comunque, anche ove sussistente, non avrebbe potuto	
	influire sul risarcimento corrisposto agli eredi del paziente; il convenuto	
	afferitava, inoltre, che le funzioni e la responsabilità del Primario	
	ospedaliero non si sarebbero potute estendere sino ad imporgli una	
	vigilanza continua e sistematica su quanto accadeva nel Reparto da lui	
	diretto, ciò rischiando di determinare una sorta di responsabilità	
	oggettiva; denegava, altresì, la sussistenza della colpa grave e, in	
	subordine, contestava l'opponibilità della CTU del giudizio civile,	
	asserita non condivisibile in quanto basata su un'analisi dei fatti	
	condotti con un criterio <i>ex post</i> e non <i>ex ante</i> ; avversava, infine, la	
	quantificazione del danno e contestava la copertura assicurativa	
	dell'Azienda ospedaliera, in quanto operante solo oltre una	
	considerevole entità del danno; in via istruttoria domandava	
	11	

l'ammissione a una CTU medico-legale (*memoria del 23.09.2024*);

ii. - il dott. [Omissis], eccependo l'inopponibilità della transazione intervenuta con gli eredi del paziente; il convenuto affermava di aver avuto solo un estemporaneo contatto con il *de cuius*, il giorno 03.10.2014, di averlo visitato e di aver fruito, dal giorno successivo, di un periodo di ferie, per poi rientrare in servizio il 13.10.2014, come risultante da documentazione contestualmente depositata relativa alla rilevazione delle presenze in servizio; affermava inoltre che, sulla base dei sintomi presentati dal paziente nel corso della predetta visita, ossia lieve tachicardia e sudorazione, aveva richiesto un ECG urgente, controllato la terapia, fatto somministrare ossigenoterapia e richiesto esami ematici per il successivo giorno; essendo la sintomatologia rapidamente scomparsa spontaneamente (l'ECG mostrava: "*tachicardia sinusale e alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione FC111/min*"), dopo aver nuovamente controllato il degente, che era in buona salute, aveva lasciato l'Ospedale, per farvi ritorno dopo un periodo di ferie; la condotta sarebbe, quindi, assolutamente appropriata, atteso che il paziente non era reduce da un lungo periodo di immobilizzazione, seguiva corretta terapia eparinica, il referto ECG risultava non significativo; pertanto, considerata la sintomatologia aspecifica e spontaneamente risolta, il convenuto rigettava qualsivoglia addebito di comportamento negligente e ridepositava la consulenza tecnica di parte redatta il 25.12.2023 dal Prof. Mauro Bacci (*già prodotta in sede di deduzioni*), a mente della quale, su base di un'analisi *ex ante* (e non *ex post*, come quella ritenuta contenuta nella CTU), si affermava non

	sostenibile che le manifestazioni del 03.10.2014 potessero essere ritenute	
	espressione di embolizzazione in atto, sia in considerazione della	
	terapia di profilassi regolarmente e correttamente eseguita, che,	
	soprattutto, per la rapida e sostanzialmente spontanea regressione dei	
	sintomi; per cui, la concomitanza di dette due circostanze, sempre in	
	una prospettiva <i>ex ante</i> , portava a ritenere non necessaria l'esecuzione	
	di altri approfondimenti diagnostici più specifici, oltre	
	all'elettrocardiogramma richiesto dal dott. [Omissis], escludente	
	problemi di ordine cardiaco anche eventualmente riferibili a una	
	embolizzazione; peraltro, si sosteneva in conclusione, anche in presenza	
	di una diagnosi corretta si sosteneva affermare che, attraverso	
	trattamenti medici si sarebbe potuto evitare l'episodio embolico	
	massivo, il cui accadimento, anche nel caso di trombosi venose degli arti	
	inferiori, integrava un evento non prevedibile, con conseguente	
	incidenza sul nesso di causalità (<i>memoria del 03.01.2024</i>);	
	iii. - il dott. [Omissis], affermando che, essendo egli strutturato presso il	
	Dipartimento di Medicina interna e non presso quello di Urologia, non	
	aveva in cura il paziente, essendo intervenuto nella vicenda solo	
	rendendo un consulto di natura farmacologica - e non diagnostica - non	
	potendo, poiché medico di altro Reparto, decidere autonomamente la	
	terapia da somministrare o gli esami diagnostici da prescrivere; nel	
	sostenere quindi l'insussistenza di colpa grave, il convenuto contestava	
	anche di aver visitato il paziente in data 06.10.2014, posto che non	
	risultavano, dalla cartella clinica, richieste di ulteriori consulenze, oltre	
	a quella del 4 ottobre, non potendosi pertanto ravvisare alcuna	
	13	

	cooperazione multidisciplinare tra il medesimo e i responsabili della	
	struttura di urologia; il fatto che dal diario infermieristico risultava che	
	in data 06.10.2024 il dott. [Omissis] “avesse visto” il paziente, si sosteneva,	
	probabilmente, imputabile alla circostanza che lo stesso si trovava in	
	Urologia perché amico di un’infermiera che, all’epoca, prestava servizio	
	in detto Reparto ed essendo questa la nipote del paziente, gli aveva	
	chiesto notizie sullo stato di salute dello zio; il convenuto domandava	
	al riguardo l’escussione della suddetta infermeria e del prof. Carlini	
	(medico legale interno all’Azienda ospedaliera) come testi, indicando i	
	capitoli di assunzione della prova testimoniale (memoria del 20.09.2024);	
	iv. - il dott. [Omissis], promuovendo, in via preliminare, istanza di	
	definizione con rito abbreviato ex art. 130 c.g.c., mediante il pagamento	
	della somma di € 37.500, corrispondente al 30% della quota di danno	
	addebitata nell’atto di citazione e depositando, altresì, il parere	
	favorevole dell’Ufficio requirente; tale istanza veniva accolta dalla	
	Sezione giurisdizionale con decreto n. 16/2024.	
	All’udienza del 16.10.2024 la Procura regionale insisteva per	
	l’accoglimento delle rassegnate conclusioni e, quindi, per la condanna	
	dei convenuti [Omissis], [Omissis]e [Omissis]al risarcimento del danno	
	siccome quantificato in citazione; i difensori dei predetti, insistevano	
	per l’accoglimento delle conclusioni formulate nei rispettivi atti di	
	costituzione in giudizio.	
	Considerato in	
	DIRITTO	
	1. - In via preliminare, il Collegio ritiene di dover disattendere le istanze	
	14	

di ammissione di prove per testi e di CTU, dedotte, rispettivamente dai convenuti [Omissis] [Omissis] e [Omissis] [Omissis], per difetto di rilevanza delle formulate richieste istruttorie, potendo il giudizio essere deciso sulla base della documentazione già acquisita agli atti del processo.

2. - Sempre in via preliminare, prive di pregio si configurano le eccezioni relative all'inopponibilità sia della CTU resa nel giudizio civile, sollevata dal convenuto [Omissis] [Omissis], sia della transazione conclusa tra l'Azienda ospedaliera e gli eredi del paziente, formulata dal convenuto [Omissis] [Omissis], sul presupposto che i convenuti non partecipavano alle relative procedure.

Quanto alla valenza, nell'ambito del giudizio per responsabilità erariale, della CTU resa nel giudizio civile, va specificato che il Giudice può trarre argomenti di prova da tutti gli elementi in suo possesso, finanche quelli che provengono da un differente procedimento, potendoli esaminare non quali prove in senso tecnico, bensì quali elementi che concorrono alla formazione del proprio libero convincimento (*ex art. 116 c.p.c. e art. 95, c. 3, c.g.c.*), alla stregua di una prova atipica (cfr. Sez. II appello, n. 233/2024). Difatti, sebbene raccolte fuori dal processo, le prove atipiche non violano il principio del contraddittorio, perché questo si instaura, *ex novo*, con la loro produzione nel giudizio, non determinando, quindi, alcun *vulnus* alle parti del medesimo (*ex plurimis* Cass. civ. Sez. V n. 11690/2024, Sez. III n. 5947/2023; Corte dei conti, Sez. II app. n. 154 e 233/2024, n. 391/2023).

Quanto all'opponibilità dell'atto transattivo, poi, va puntualizzato che il conseguente pagamento di somme integra un elemento fattuale,

anch'esso liberamente valutabile dal Giudice contabile ed in relazione al quale è garantito il contraddittorio nel processo (cfr. Sez. II. app. n. 245/2023). Quello che, a tal riguardo, nel giudizio contabile risulta sindacabile - a seguito di pertinenti contestazioni, nel caso di specie non formulate dal convenuto [Omissis]- è la ragionevolezza di addivenire a una composizione stragiudiziale e il *quantum* del risarcimento pattuito e ciò in quanto, per consolidata giurisprudenza di questa Corte, la palese irragionevolezza della transazione - ove contestata ed acclarata, rappresenta elemento sopravvenuto idoneo ad elidere il nesso eziologico tra la condotta del sanitario e il danno (cfr. *ex multis*, Sez. II app. n. 154/2024 e n. 245/2023).

3. - Nel merito la domanda si manifesta infondata, per quanto di successiva motivazione, con precipuo riferimento alla mancata dimostrazione dell'elemento soggettivo delle censurate ipotesi di responsabilità amministrativa.

3.a. - Per consolidato orientamento giurisprudenziale, la colpa si atteggia come grave qualora si riscontri una sprezzante trascuratezza dei propri doveri, che si manifesta attraverso un comportamento improntato alla massima negligenza, imprudenza, imperizia (*ex multis*, sez. II app., n. 154/2024) che, nel caso degli esercenti la professione medica, si configura in una violazione degli *standard* minimi di diligenza, ovvero in errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione medica, oppure in presenza di ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali

prestatori d'opera (sez. III app., n. 256/2018).

3.b. - L'elemento soggettivo, poi, deve essere valutato non *ex post*, in forza degli accadimenti successivamente verificatisi, bensì *ex ante*, sulla base della situazione di fatto esistente al momento della condotta e degli elementi conosciuti e conoscibili dall'agente al tempo della condotta medesima (sez. III app., n. 149/2024).

4. - Dalla documentazione versata in atti e, in particolare, dalla CTU resa nel giudizio civile, ampiamente richiamata nell'atto di citazione, non emerge con sufficiente chiarezza che la condotta dei convenuti [Omissis] e [Omissis], nei giorni 03.10.2014 e 04.10.2014, sia stata gravemente negligente, imprudente ed imperita, né che gli stessi abbiano commesso errori marchiani o non rispettato quegli *standard* minimi di diligenza, sì da dimostrare una superficialità inescusabile quale quella, come sopra sunteggiato, richiesta per integrare l'elemento soggettivo costitutivo della responsabilità amministrativa.

4.a. - La CTU del giudizio civile, difatti, nel ritenere non emendabile la profilassi antitrombotica attuata, ammette pianamente che la trombosi venosa profonda può essere del tutto asintomatica e che l'embolia polmonare si manifesta, di frequente, con sintomi del tutto aspecifici. Sebbene sia incontestabile che i sanitari, a fronte di tali generici sintomi (*sudore algido, tachicardia, alterazione della frequenza respiratoria e innalzamento della pressione arteriosa*) non richiesero indagini diagnostiche approfondite, è altrettanto incontestabile che gli stessi non rimasero inerti, bensì intervennero con terapie che, nell'immediato, determinarono il venir meno dei sintomi. Difatti, in data 03.10.2014,

allorquando il paziente accusava la prima crisi di tachicardia associata a sudorazione fredda, il dott. [Omissis] richiese un elettrocardiogramma e venne somministrata ossigenoterapia. In data 04.10.2014, il dott. [Omissis], intervenuto per effettuare una consulenza internistica, consigliò un diverso farmaco per l'ipertensione. Quanto alla circostanza per la quale il [Omissis] avrebbe "visitato" il paziente (*anche*) il giorno 06.10.2014, - vale a dire dopo la seconda crisi del giorno 05.10.2014, ad avviso del Collegio proprio per questo maggiormente implicativa - poiché ciò risultante dalla cartella clinica ("visto"), a confutazione della circostanza depone fondamentalmente il mancato riscontro, nello stesso documento, della richiesta di un interiore interpellò del medico internista, interpellò che ove domandato avrebbe radicato, in capo al medesimo, gli identici doveri del medico avente in carico il paziente presso il Reparto di degenza (*rif.: Cass. Penale, n. 24895 del 30/06/2021*).

4.b. - Il Collegio, quindi, condivide l'osservazione avanzata dai convenuti [Omissis] e [Omissis], relativa alla constatazione che la CTU del giudizio civile, alla quale si è fondamentalmente riferito l'atto di citazione, appare basata su un approccio di analisi *ex post* e non *ex ante*, in cui i sintomi manifestati dal paziente e dai medesimi potuti apprezzare vengono ritenuti, ma alla luce degli eventi successivi, ricollegabili a una diagnosi di embolia polmonare. Ciò in quanto il CTU stesso afferma che "(...) non si può avere piena certezza che la sintomatologia del 3 ottobre, così come quelle del 5 ottobre, fossero la manifestazione clinica di sottostanti eventi embolici. Tuttavia, quest'ultima risulta essere l'interpretazione francamente più plausibile alla luce dei dati clinici a nostra

*disposizione e del prosieguo dell'iter clinico". È pacifico insegnamento della giurisprudenza contabile che l'indagine circa la sussistenza dell'elemento psicologico vada condotta *ex ante* e in concreto, sulla base della situazione e degli elementi che si presentavano allorquando la condotta indagata è stata posta in essere e non *ex post*, in forza degli accadimenti poi verificatisi (*ex multis*, Corte dei conti, Sez. III app., n. 149/2024).*

4.c. - Ebbene, sulla base degli elementi sopra richiamati, il Collegio valuta che la condotta dei convenuti debba ritenersi connotata in termini di colpa - per non aver posto in essere ulteriori indagini per la definizione di una diagnosi differenziale in ordine alle cause della sintomatologia aspecifica manifestata dal paziente - ma non di colpa grave, così come, anch'essa, sopra descritta (*rif.: il capo 3.a.*). Difatti, sebbene come emerso dalla documentazione versata in atti il paziente risultasse classificabile come soggetto a rischio per evento trombotico, - aspetto che avrebbe dovuto indurre i sanitari ad anticipare, almeno di due giorni, vale a dire in occasione della seconda crisi, del 05.10.2014, di sudorazione algida, tachipnea, malessere generale ed ipertensione, le indagini diagnostiche mirate che venivano invece svolte in data 07.10.2014 - la circostanza che i medici [Omissis]e [Omissis]- in date antecedenti, si siano comunque attivati, nell'ambito di un quadro clinico che presentava sintomi del tutto aspecifici e che si risolvevano a seguito delle terapie al paziente somministrate, non può far ritenere sussistente una loro superficialità inescusabile, tale da integrare il parametro della colpa grave, bensì, al più, da colpa che, per espressa scelta legislativa,

		non è idonea a far innescare la responsabilità erariale.	
		Al riguardo, come affermato da giurisprudenza recente, anche di questa	
		Sezione giurisdizionale, l'art. 1, comma 1 della legge n. 20/1994, nel	
		limitare l'elemento psicologico al dolo e alla colpa grave, ha definito un	
		punto di equilibrio di ripartizione del rischio dell'attività tra l'Apparato	
		amministrativo e l'Agente pubblico, stabilendo che per le condotte di	
		non eclatante gravità i danni per l'effetto cagionati debbano rimanere	
		esclusivamente a carico dell'Erario (<i>rif.: Corte dei conti, Sezione Umbria,</i>	
		<i>nn. 10 e 21 del 2025</i>)	
		5. - Per quanto concerne, infine, la posizione del dott. [Omissis], primario	
		del Reparto Urologia che, secondo la Procura regionale, sarebbe da	
		ritenersi il responsabile sia delle carenze nella compilazione della	
		cartella clinica, sia della censurabile gestione complessiva del paziente	
		nel periodo dal 03.10.2014 sino al 06.10.2014, anche in questo caso non	
		si ravvisano gli elementi costitutivi della responsabilità amministrativa.	
		In relazione all'incompletezza della compilazione della cartella, questa	
		Sezione giurisdizionale ha già avuto modo di affermare che, sebbene sia	
		incontestabile che sussistano specifici obblighi di esaustiva	
		compilazione della cartella clinica e che al controllo della corretta	
		redazione di essa debba sovrintendere il Direttore dell'Unità operativa,	
		non si può, tuttavia, presumere una responsabilità amministrativa	
		oggettiva soltanto in ragione dell'omesso controllo, in proposito, da	
		parte di quest'ultimo (<i>rif., tra le altre, Sez. Umbria nn. 13 e 56 del 2023</i>)	
		laddove, peraltro come nel caso specifico, non sia stato dimostrato il	
		nesso di causalità tra la tenuta della cartella clinica, non soddisfattiva, e il	
		20	

	danno contestato.	
	In merito, poi, alla responsabilità relativa alla gestione del paziente, si	
	rimanda a quanto in parte già motivato al punto che precede. Difatti,	
	non riscontrandosi la colpa grave nella condotta dei medici che	
	intervenivano direttamente nella cura del paziente nei giorni 03.10.2024	
	e 04.10.2024, correlativamente non appare configurabile la colpa grave	
	nei confronti di chi, ossia il Primario, esercitava i compiti di Direzione e	
	di Coordinamento del Reparto in fattispecie al convenuto unicamente	
	addebitati. Per quanto attiene, quindi, ai giorni successivi, in mancanza	
	di più pregnanti addebiti al Primario contestati, ritiene il Collegio che	
	non possa darsi alcuna equiparazione – al fine dell’accertamento di una	
	eventuale colpa grave – tra il ruolo dello stesso e quello del/i medico/i	
	che aveva/no, in prima persona, in carico il paziente successivamente	
	deceduto.	
	6. - Ne consegue, per tutto quanto sopra esposto e motivato, che non	
	risultando sufficientemente comprovata la colpa grave degli operatori	
	sanitari convenuti, la domanda della Procura regionale deve essere	
	rigettata.	
	7. - Le spese di lite, spettanti agli assolti, sono liquidate negli importi di	
	cui al dispositivo, in conformità ai parametri professionali forensi di cui	
	al D.M. n. 55/2014 come aggiornati ex D.M. n. 127/2022.	
	PER QUESTI MOTIVI	
	la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la regione Umbria,	
	definitivamente pronunciando sul giudizio in epigrafe, <i>contrariis reiectis</i> ,	
	dichiara infondata la domanda della Procura regionale e, pertanto, la	
	21	

	rigetta.	
	Si liquidano, conseguentemente, le spese per onorari difensivi in favori	
	dei convenuti nella misura di € 4.800,00 (<i>quattromilaottocento,00</i>)	
	ciascuno, oltre alla maggiorazione del 15% del compenso a titolo di	
	spese forfetarie ed oneri come per legge, ponendosi gli oneri predetti a	
	carico dell'Azienda Ospedaliera di Terni.	
	Così deciso in Perugia, nelle camere di consiglio dei giorni 16 ottobre e	
	27 novembre 2024.	
	IL GIUDICE ESTENSORE	IL PRESIDENTE
	Elisabetta Conte	Giuseppe De Rosa
	(<i>f.to digitalmente</i>)	(<i>f.to digitalmente</i>)
	Depositata in Segreteria il	
	per IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA	
	(Dott.ssa Elena Errico)	
	Dott.ssa Paola Paternoster	
	(<i>f.to digitalmente</i>)	
	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	
	22	

diritti.

IL PRESIDENTE

Giuseppe De Rosa

(f.to digitalmente)

Depositato in Segreteria il

per IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Dott.ssa Elena Errico)

Dott.ssa Paola Paternoster

(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.

per IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Dott.ssa Elena Errico)

Dott.ssa Paola Paternoster

(f.to digitalmente)