



Sentenza n. 17/2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER IL VENETO

composta da

Marta TONOLO

Presidente

Roberto ANGIONI

Consigliere

Daniela ALBERGHINI

Consigliere, relatore

nell' udienza del 17 gennaio 2024 ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al n. **31924** del registro di segreteria, promosso con atto

di citazione dalla Procura Regionale nei confronti di

PASQUINI ANNA, c.f. PSQNNA67D65I608U, nata il 25.04.1967 a Senigallia

(AN) e residente in Verona (VR) via Corticella Cadrega, 5,

anna.pasquini@an.omceo.it, rappresentata e difesa dagli avv. Andrea

Gangemi, c.f. GNGNDR75M29H501H, del Foro di Verona, PEC:

a.gangemi@macchi-gangemi.legalmail.it e Alessandro Buttarelli, c.f.

BTTLN96M16H501U del Foro di Roma, PEC:

alessandrobuttorelli@ordineavvocatiroma.org, elettivamente domiciliata

presso gli indirizzi pec dei difensori;

ZANNONI MASSIMO, c.f. ZNNMSM60R16L781L, nato il 16.10.1960 a

Verona (VR) e residente in Verona (VR) via Pontida n. 20/06,

massimo.zannoni@pec.omceovr.it, rappresentato e difeso dagli avv. Prof.

Giovanni Sala, c.f. SLAGNN48C04D915C, PEC g.sala@pec.iuscapuleti.it e

Antonio Sala, c.f. SLANTN83T21F861C, PEC a.sala@pec.iuscapuleti.it,

entrambi del Foro di Verona con studio in Verona, L.ge Capuleti n. 1/a

presso i quali ha eletto domicilio;

ZERMAN GERMANA, c.f. ZRMGMN61P66L407Q nata il 26.09.1961 a Treviso

(TV) e residente in Verona (VR), Via IV Novembre, 11/a, germana61@pec.it,

rappresentata e difesa dall'Avv. Andrea Manzi del Foro di Roma

c.f.MNZNDR64T26I804V, PEC andreamanzi@ordineavvocatiroma.org, con

studio in Roma, Via Alberico II n. 33 e domicilio eletto presso lo studio e

l'indirizzo digitale del difensore

Uditi alla pubblica udienza del giorno 17 gennaio 2024, con l'assistenza del

segretario d.ssa Chiara Grella, il relatore Consigliere Daniela Alberghini, il

rappresentante del Pubblico Ministero in persona del Sostituto Procuratore

regionale Massimiliano Spagnuolo, l'Avv. Antonio Sala per Massimo

Zannoni, l'Avv. Andrea Manzi per Germana Zerman e l'Avv. Alessandro

Buttarelli per Anna Pasquini,

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione depositato presso la Segreteria della Sezione in data

21 luglio 2023, la Procura regionale evocava in giudizio i medici Germana

Zerman, Massimo Zannoni e Anna Pasquini, per ivi sentirli condannare al

pagamento, in favore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di

Verona, della somma complessiva di euro 165.000,00, attribuita per il 70% a

Zannoni e il 15% ciascuna a Zerman e Pasquini, ovvero della somma

maggiore o minore che venisse ritenuta dovuta, oltre interessi legali e

rivalutazione, a titolo di risarcimento del danno.

Esponeva il Pubblico Ministero che la specifica e concreta notizia di danno

era pervenuta con nota del 13 dicembre 2018 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, con la quale erano state portate a conoscenza della Procura le circostanze del decesso del sig. Andrea Rizzolo per il quale l'Azienda aveva riconosciuto agli eredi un risarcimento del danno di euro 165.000,00.

Il sig. Rizzolo si era rivolto al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (Borgo Trento) il 4 agosto 2015, lamentando dolori al fianco destro e macroematuria. Visitato dal medico di turno, d.ssa Michela Pavan, vennero riscontrate petecchie emorragiche diffuse all'addome. Vennero inoltre eseguiti esami ematochimici i cui risultati non sarebbero stati disponibili al momento della fine del turno della d.ssa Pavan, alle ore 16.00, e della presa in carico del paziente da parte del dr. Zannoni, al quale non venne segnalata alcuna anomalia della conta piastrinica, invece presente in forma grave e risultante dal referto delle analisi eseguite. Il paziente venne dimesso dopo l'esecuzione di esame ecografico dell'addome, negativo, con una diagnosi di verosimile infezione urinaria e terapia antibiotica a domicilio.

Pochi giorni dopo, il 13 agosto 2015, il paziente si ripresentò al medesimo Pronto Soccorso lamentando una diversa sintomatologia che venne ricondotta a sofferenza osteo-muscolo-articolare dorso-lombare, per la quale venne prescritta una terapia a base di farmaci antidolorifici ed antinfiammatori.

Nella tarda mattinata del 15 agosto 2015 il paziente si presentò nuovamente al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria con la medesima sintomatologia, lamentando il riacutizzarsi del dolore. Dimesso

nel pomeriggio con diagnosi di lombosciatalgia, si ripresentò verso le ore 21 dello stesso giorno e venne preso in carico dal Dr. Zannoni, che lo dimise intorno alle ore 6,30 del 16 agosto, dopo che la somministrazione di antidolorifici aveva attenuato i sintomi.

Nella mattinata dello stesso 16 agosto 2015 il paziente, a seguito di una caduta a domicilio, venne accompagnato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Negrar (VR) per essere ricoverato nel reparto di Ortopedia e Traumatologia, ove vennero eseguite analisi ematochimiche ed un approfondimento radiologico dal quale emerse l'esistenza di una lesione cerebrale, giudicata non operabile previo consulto con il servizio di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Verona. Il paziente decedette alle ore 6:45 del 17 agosto 2015.

A seguito di richiesta risarcitoria avanzata dagli eredi, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona aprì il sinistro presso la compagnia Berkshire Hathaway, con la quale era stata stipulata polizza assicurativa. La Compagnia acquisiva un primo parere medico legale redatto dalla d.ssa Trenchi, in base al quale vi sarebbe stato un errore diagnostico da parte dei medici che ebbero in cura il Rizzolo il 4 agosto 2015, i quali, non avendo tenuto in considerazione i dati emergenti dalle analisi ematochimiche, non diagnosticarono la grave piastrinopenia di cui era affetto il paziente, omettendo conseguentemente di prescrivere la terapia che avrebbe comportato l'aumento della conta piastrinica nel giro di poche ore. Poiché la mortalità da piastrinopenia è del 1-2%, la tempestiva somministrazione di idonea terapia avrebbe portato al 98% di possibilità di sopravvivenza.

La Compagnia acquisì un secondo parere medico legale in data 5.7.2017,

affidando l'incarico al Prof. Viel e al dr. Kusstatscher i quali confermarono l'errore medico, giudicando il sinistro ad alta probabilità di soccombenza.

Poiché la quantificazione del danno (tra 166.000 e 378.170 euro) era inferiore alla soglia di franchigia, la gestione del sinistro venne rinviata all'Azienda.

Avendo il Comitato di Valutazione Sinistri dell'Azienda, nella seduta del 27 marzo 2018, condiviso le valutazioni dei due pareri medico legali già acquisiti dall'assicurazione, l'Ufficio Sinistri centrale venne incaricato, con delibera n. 338 del 4.5.2018 del Direttore generale, di condurre le trattative, di cui vennero notiziati, ai sensi della legge 24/2017, anche gli operatori sanitari coinvolti.

Con delibera del DG n. 595 del 13 luglio 2018 venne approvato l'accordo raggiunto con le controparti sulla quantificazione del danno in euro 165.000, somma che venne corrisposta ai due eredi del Paziente deceduto.

Veniva, quindi, notificato invito a dedurre ai dr. Michela Pavan e Massimo Zannoni che ebbero in cura il Rizzolo il 4 agosto 2015 (lo Zannoni anche in occasione del secondo accesso del 15 agosto 2015), Anna Pasquini e Germana Zerman, che visitarono il Rizzolo il 13 agosto 2015 e al dr. Francesco Praticò che lo visitò in occasione del primo accesso del 15 agosto 2015.

Esclusa la responsabilità della d.ssa Pavan, la quale ha dichiarato di non aver avuto la possibilità di visionare gli esiti degli esami ematochimici prima della cessazione del turno il 4 agosto 2015, nonché quella del dr. Francesco Praticò per difetto del nesso di causalità, considerato che, quando quest'ultimo visitò il Rizzolo era altamente probabile che qualunque

trattamento farmacologico non avrebbe avuto alcun esito, il Pubblico Ministero evocava in giudizio gli odierni convenuti, ritenendo che le deduzioni dagli stessi presentate non consentissero di superare le contestazioni formulate.

Si costituiva in giudizio il dr. Massimo Zannoni con memoria del 22 dicembre 2023 chiedendo di essere ammesso alla definizione del giudizio con rito abbreviato, proponendo il pagamento del 40% della somma oggetto di contestazione (e, quindi, euro 46.200,00), prendendo comunque posizione nel merito.

In particolare il convenuto rappresentava e documentava la gravosità delle condizioni in cui egli si era trovato a prestare la propria attività lavorativa il 4 agosto 2015 all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Borgo Trento (afferente all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona) e il mancato funzionamento, per ragioni indipendenti dalla propria condotta, dello specifico protocollo interno per la comunicazione di valori anomali da parte del Laboratorio analisi, il cui referto, peraltro, era pervenuto ben prima della cessazione dal turno della d.ssa Pavan, alle ore 14,00 circa.

Tali circostanze, unitamente alle condotte in concreto poste in essere dal dr. Zannoni (che non ebbe a prescrivere antinfiammatori, ma semplici antispastici, rinviando il Paziente per approfondimenti al medico curante), escluderebbero – ad avviso della difesa - la configurabilità della colpa grave, oltre che del nesso di causalità. In via subordinata, veniva chiesta una riduzione della quota di responsabilità, tenuto conto del ruolo della d.ssa Pavan, pur esclusa dal giudizio, nonché l'esercizio del potere riduttivo.

Con memorie del 27 dicembre 2023, di analogo contenuto, si costituivano

in giudizio la d.ssa Anna Pasquini e la d.ssa Germana Zerman eccependo, in via preliminare, l'inammissibilità dell'azione di rivalsa ai sensi dell'art. 13 della legge n. 24 del 8 marzo 2017 per omessa (Pasquini) o comunque tardiva (Zerman) comunicazione da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona dell'avvio delle trattative con gli eredi del paziente deceduto.

La sola convenuta Zerman eccepiva, inoltre, l'intervenuta decadenza dall'azione ai sensi dell'art. 9, comma 2, della legge n. 24/2017, essendo stati effettuati i pagamenti nel luglio 2018 e l'odierna azione essendo stata avviata nel marzo 2023, ben oltre il termine annuale di decadenza previsto dalla citata disposizione nell'ipotesi di mancata partecipazione del medico alle trattative.

Sottolineata la circostanza che entrambe le convenute ebbero in carico il paziente in occasione del suo accesso al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Borgo Trento il giorno 13 agosto 2015, allorchè il paziente, non riferendo del precedente accesso del 4 agosto 2015, lamentava sintomi riconducibili a lombosciatalgia (la medesima lamentata anche il successivo 15 agosto nel medesimo Pronto Soccorso ed il giorno successivo all'Ospedale di Negrar, ove infatti venne ricoverato in Ortopedia), che aveva risposto alla terapia somministrata, veniva esclusa la sussistenza tanto della colpa grave, non essendo associata in alcun documento la piastrinopenia al disturbo lamentato dal paziente, quanto quella del nesso di causalità, anche alla luce dei pareri medico legali in atti.

In via subordinata, in merito alla misura del risarcimento richiesto osservavano le convenute che in atti vi era prova dell'avvenuto pagamento

di euro 82.500,00 ad uno solo degli eredi e che, in ogni caso, la quota ad esse imputabile avrebbe dovuto essere ridotta tenendo conto della efficienza causale della condotta della d.ssa Pavan. In via di estremo subordine veniva chiesta l'applicazione nella massima misura possibile del potere riduttivo, tenuto conto delle circostanze così come rappresentate e dell'inesigibilità di un diverso comportamento.

Con decreto del Presidente della Sezione in data 27 dicembre 2023 veniva fissata l'udienza in camera di consiglio del 17 gennaio 2024 per la trattazione dell'istanza di rito abbreviato formulata dal convenuto Zannoni, all'esito della quale il Collegio si riservava.

All'udienza pubblica del 17 gennaio 2024, alla presenza di tutti i legali delle parti, il Pubblico Ministero contestava le eccezioni preliminari formulate dagli stessi, ribadendo l'ammissibilità, la proponibilità e la tempestività dell'azione e chiedendo la condanna dei convenuti per quanto già dedotto in citazione.

L'avv. Sala, per il convenuto Zannoni, pur insistendo per l'accoglimento dell'istanza ex art. 130 c.g.c., in via subordinata concludeva per il rigetto, per difetto di colpa grave, della domanda.

Gli Avv.ti Manzi e Buttarelli per le convenute Pasquini e Zerman hanno insistito per il rigetto delle domande attoree, stante la loro improponibilità e comunque la loro infondatezza per carenza dell'elemento soggettivo e del nesso di causalità.

All'esito della discussione il giudizio è stato trattenuto in decisione.

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. In via pregiudiziale ritiene il Collegio, alla luce degli atti del giudizio, che

non possa trovare accoglimento l'istanza di definizione del giudizio con rito abbreviato formulata dal convenuto Massimo Zannoni, stante il venir meno del relativo interesse alla luce della infondatezza, nel merito, della domanda.

1.1. Quanto alle **eccezioni preliminari** di inammissibilità/improponibilità della domanda per violazione dell'art. 13 della legge 24/2017 nonché di intervenuta decadenza ex art. 9 della medesima legge, osserva il Collegio che *“la non applicabilità delle disposizioni contenute nella L. n. 24/2017 (cosiddetta Legge Gelli) a fatti commessi in epoca anteriore alla loro entrata in vigore è ormai pacificamente riconosciuta dalla giurisprudenza contabile, secondo cui la L. n. 24/2017, che disegna compiutamente un nuovo sistema di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, ha natura sostanziale, pertanto le disposizioni di natura processuale, pure in essa contenute, non possono che leggersi in stretta ed indispensabile connessione con il complesso del nuovo regime sostanziale di responsabilità, del quale rappresentano mero corollario (cfr. Sez. Lombardia, n. 171/2019). Ancora: “la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (CD legge Gelli) non contiene alcuna dichiarazione di retroattività, per cui, in applicazione del generale principio espresso dall'art. 11 preleggi, essa non avrebbe potuto spiegare alcun effetto oltre che sui rapporti giuridici esauritisi prima della sua entrata in vigore, anche su quelli sorti anteriormente ma ancora in corso se, come osservato da univoca giurisprudenza di legittimità in tema di ius superveniens, la sua applicazione avesse comportato il rischio di una modifica della disciplina giuridica prevista per il fatto generatore dei rapporti stessi e delle conseguenze dannose poste a base dell'azione (cfr.*

Corte di cassazione, sent.n.16039 del 2 agosto 2016; inviato.n.16620 del 3 luglio 2013; inoltre, Cass. civ., sez. III, 18 luglio 2002 n. 10436; Cass. civ., sez. lav. 3 marzo 2000 n. 2433)" (cfr. Seconda Sezione d'Appello, n. 210/2020)" (Sez. Piemonte, n. 20/2023) .

2.Nel merito, la domanda non può trovare accoglimento per difetto di prova dell'elemento soggettivo e del nesso di causalità.

2.1. Dovendo il Collegio applicare, nel caso *de quo*, la *regula iuris* che impone di valutare la sussistenza del nesso di causalità materiale secondo il criterio -più volte affermato tanto dalla Corte di Cassazione quanto dalla giurisprudenza, consolidata ed univoca, di questa Corte (recentemente, *ex multis*, Sez. II App. n. 366/23) della "preponderanza dell'evidenza", nella sue declinazioni del "più probabile che non" e della "prevalenza relativa" della probabilità, va rilevato che agli atti del giudizio non risultano acquisite evidenze probatorie che consentano di costruire un "*modello di certezza probabilistica*" tenuto conto che "*il procedimento logico-giuridico*" da seguire "*ai fini della ricostruzione del nesso causale*" implica che l'*ipotesi formulata vada verificata "riconducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana)"*, nel senso, cioè, che in tale "*schema generale della probabilità come relazione logica va determinata l'attendibilità dell'ipotesi sulla base dei relativi elementi di conferma (c.d. evidence and inference nei sistemi anglosassoni)*" (così, in motivazione, Cass. Sez. Un., sent. n. 576 del 2008, cit., nello stesso senso, più di recente, Cass. Sez. 3, sent. 20 febbraio 2015, n. 3390, Rv. 634481-01; Cass. Sez. 3, ord. 29 gennaio 2018, n. 2061, non

massimata, Cass. Sez. 3, ord. n. 23197 del 2018, cit..). La nozione di probabilità "baconiana", o "logica", si distingue, dunque, dalla probabilità "quantitativa" (i cui concetti e calcoli poco si prestano - come osservato dalla migliore dottrina processualistica - a essere applicati al ragionamento sulle prove), riferendosi al grado di conferma (ossia al cd. "evidential weight", al peso probatorio) che l'ipotesi, relativa all'efficienza eziologica della condotta del preteso danneggiante a cagionare l'evento di danno lamentato dall'asserito danneggiato, riceve sulla base delle inferenze tratte dagli elementi di prova disponibili." (Cass. civ. Sez. II, ord. n. 13872/2020).

L'analisi sul nesso causale, dunque, deve essere condotta non secondo un criterio di certezza assoluta né di mera possibilità, quanto piuttosto in termini di rilevante probabilità in concreto, nel senso, cioè, che l'azione o l'omissione del medico debba aver causato il danno lamentato dal paziente con un grado di efficienza causale così alto da rendere più che plausibile l'esclusione di fattori concomitanti o addirittura assorbenti.

Il giudizio di "rilevante probabilità", poi, non può essere frutto di valutazioni aprioristiche, né essere basato esclusivamente sulla determinazione quantitativa/statistica della frequenza di classi di eventi (cosiddetta probabilità quantitativa o pascaliana), ma richiede una valutazione "caso per caso" fondata sui riscontri probatori in atti, all'esito della quale potrà affermarsi che il nesso causale sussiste ogni qualvolta una certa causa ha una probabilità più alta rispetto ad altre cause aventi una probabilità inferiore (cosiddetta probabilità logica o baconiana).

Il Pubblico Ministero afferma l'esistenza del nesso di causalità tra il decesso del sig. Rizzolo e la mancata diagnosi di piastrinopenia sulla base di una

delle (molte ed articolate) considerazioni conclusive svolte nella propria perizia dalla d.ssa Gabriella Trenchi secondo cui, se la piastrinopenia fosse stata adeguatamente (diagnosticata e) trattata, *“diversa sarebbe stata l’evoluzione della malattia”* (senza, tuttavia, meglio specificare quale sarebbe stata), senza contare che il paziente *“sarebbe stato messo in condizione di non cadere e quindi di non riportare traumi cranici, seppur di modesta entità ma che, nella situazione in esame possono essere stati gli eventi scatenanti l’emorragia cerebrale”*.

Tale lettura dei contenuti del parere appare semplicistica e parziale laddove omette di considerare anche gli ulteriori elementi, pure rilevanti sul piano della causalità, emergenti dal parere medico legale reso dai dott.ri Prof. Guido Viel e Stefano Kusstatscher, nonché dalle integrazioni che la stessa d.ssa Trenchi ha fornito su richiesta della Compagnia di assicurazioni conferente l’incarico.

Entrambi i pareri partono dall’assunto (*ex post*) che vi fu un *“errore diagnostico con correlato errore prognostico-terapeutico”* (ovvero: la mancata diagnosi di piastrinopenia e la somministrazione di farmaci antinfiammatori e antidolorifici), ma affermano a chiare lettere l’impossibilità di addivenire a conclusioni certe, limitandosi a formulare valutazioni -esplicitamente finalizzate alla determinazione della probabilità di soccombenza in un eventuale giudizio- in termini puramente ipotetici, in assenza di fondamentali elementi di giudizio quali i dati anamnestici del paziente (perizia Viel, pag. 6 e 8; perizia Trenchi, pag. 6 e 8), l’esecuzione di ulteriori indagini “quando ancora possibili” (perizia Trenchi, p.6) e dell’autopsia (perizia Viel, p.8).

In particolare, con riferimento al nesso di causalità, il parere

Viel/Kusstatcher, dopo aver rimarcato l'assenza di elementi per una

diagnosi differenziale tra due delle piastrinopenie più frequenti, il Morbo di

Werlhof (a prognosi più favorevole) e la Sindrome di Moskovitz, afferma:

“La revisione delle immagini radiologiche (TC encefalo) ottenute in data 12

giugno 2017 ad opera dei sottoscritti con l’ausilio di un neuroradiologo

dell’Università di Padova non ha aggiunto, purtroppo, significativi dati nuovi

alla valutazione del nesso causale. La tipologia dell’indagine eseguita (TC

encefalo senza mezzo di contrasto) in assenza di un’angio-TC non consente

di identificare con precisione la fonte dell’emorragia”, che, secondo i periti,

avrebbe potuto essere tanto spontanea, quanto derivata da una

malformazione artero-venosa o dalla rottura di un aneurisma congenito in

concomitanza con eventi scatenanti -quali ad esempio picchi ipertensivi o

traumatismi diretti od indiretti-, per le quali la contemporanea presenza di

discoagulopatia e/o di piastrinopenia avrebbe contribuito ad aggravarne

l’entità.

La perizia Trenchi, si è visto, giunge ad una conclusione fondata su una serie

concatenata di formulazioni meramente ipotetiche, ma indimostrate -ed

indimostrabili per la medesima carenza informativa: se fosse stata trattata

la piastrinopenia il paziente a) non sarebbe caduto (sulla base di quali

evidenze della letteratura medico scientifica è stabilita la correlazione certa

tra piastrinopenia e cadute? Sulla base di quali elementi sono state escluse

altre cause di caduta?) e non avrebbe riportato i traumi che b) *possono*

aver scatenato l’emorragia che c) ha causato la morte.

La medesima consulente, però, si è affrettata a chiarire, in altra parte del

parere e nella successiva integrazione, che in ogni caso non era possibile escludere che la piastrinopenia fosse secondaria rispetto ad altra patologia e, quindi, che non era possibile determinare con sicurezza la “validità residua” del soggetto, precisando che *“non conoscendo la causa della grave piastrinopenia manifestata dal Rizzolo (non è stato eseguito accertamento autoptico), non è possibile nemmeno esprimersi sulla prognosi che tale manifestazione avrebbe avuto se il Rizzolo fosse stato tempestivamente trattato”*.

Dunque, l’elemento certo è che la causa del decesso del Rizzolo fu un’emorragia cerebrale -accertata e diagnosticata durante il ricovero presso l’Ospedale di Negrar il 16 agosto 2015- che, data la grave condizione di scoagulazione del paziente, venne ritenuta non riducibile chirurgicamente dallo specialista consultato.

In alcuno dei pareri, tuttavia, viene indicata (ed indagata) la natura e l’origine dell’emorragia cerebrale del Rizzolo (e, quindi, la relativa causa di insorgenza e l’eventuale rapporto con la patologia della coagulazione non trattata): non essendo stati eseguiti specifici accertamenti in tal senso ed in presenza di accertamenti diagnostici inadeguati (TC senza mezzo di contrasto), vengono perciò formulate mere ipotesi, quali una generica lesione da malformazione artero-venosa o la rottura di aneurisma congenito, spontanea o da traumatismo, ovvero ancora un sanguinamento da trauma.

Del resto, come si evince dalle premesse di entrambi i pareri, i professionisti incaricati hanno esaminato (anche) documentazione medica non agli atti del giudizio, ed in particolare la cartella clinica relativa al ricovero del

Rizzolo presso l'Ospedale Sacro Cuore di Negrar, in occasione del quale, come analiticamente riportato nella perizia della d.ssa Trenchi, il Rizzolo fu protagonista di ben due episodi di caduta, il primo alle 11:50 e il secondo alle 13:00, a seguito del quale lo stesso si procurò una ferita lacero contusa alla fronte di una certa gravità, dato che si rese necessario suturarla.

All'ingresso all'Ospedale di Negrar, poi, il paziente -così è riportato- aveva riferito di una precedente caduta domestica accidentale "nella notte" (in verità, è da presumersi che fosse avvenuta al rientro nell'abitazione dopo le dimissioni dal Pronto Soccorso di Borgo Trento alle 7,33 dello stesso 16 agosto) e presentava una ferita al labbro inferiore.

Dunque, il 16 agosto 2015 nell'arco di qualche ora il paziente subì, a causa delle cadute, ben tre traumi cerebrali, della cui gravità nulla è dato sapere, dal momento che il paziente non riferì le circostanze in cui era avvenuta la caduta domestica e non sono descritte le modalità delle cadute occorse durante il ricovero, salve le evidenze date dalla ferita al labbro (all'ingresso in Pronto Soccorso) e dalla ferita lacero contusa alla fronte, che richiese appunto la sutura.

L'emorragia cerebrale venne rilevata solo dalla TAC, eseguita dopo la terza caduta (e a distanza di otto ore circa dalla prima) e con modalità tali (senza mezzo di contrasto) da non consentirne l'individuazione dell'origine, cosicchè non è possibile, oggi, valutare il rilievo causale (o, in ipotesi, concausale) delle cadute rispetto all'insorgere dell'episodio emorragico (già in corso perché spontaneamente insorto o conseguente rispetto alle cadute?).

Va a tal proposito richiamato l'orientamento, costante, della giurisprudenza

di legittimità in tema di prova del nesso di causalità nelle fattispecie di omessa diagnosi, secondo cui in tali casi si deve ricorrere al c.d. giudizio controfattuale: secondo un giudizio *ex ante*, cioè, si deve verificare se il sanitario avesse dovuto tenere una condotta diversa che, valutata *ex post*, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento dannoso, tenendo conto tanto degli altri fattori causali diversi dalla condotta omissiva del sanitario, quanto, in ipotesi, dell'intervento di una o più cause autonome e successive che, inserendosi nel processo causale in maniera eccezionale ed imprevedibile, possono averlo interrotto.

Nel caso in esame non sono stati offerti all'esame del Collegio elementi che consentano di ricostruire quel modello di certezza probabilistica che ponga in correlazione diretta l'omessa diagnosi di piastrinopenia (e la conseguente mancanza di prescrizione di idonea terapia) con l'emorragia cerebrale che ha causato il decesso del paziente secondo il criterio della preponderanza dell'evidenza, né, sulla base delle evidenze documentali in atti, è possibile condurre il giudizio controfattuale.

Infatti, non essendo stato possibile individuare la causa dell'emorragia, non è dato sapere se sia stata

- i) una spontanea complicità della piastrinopenia;
- ii) conseguenza di una lesione da malformazione artero-venosa;
- iii) conseguente ad una rottura di aneurisma congenito;
- iv) un sanguinamento da traumatismo

e, quindi, se una tempestiva diagnosi (e somministrazione di terapia) avrebbe comunque impedito l'evento dannoso (morte) tenendo conto che:

- i) non è nota l'anamnesi del paziente;

ii) non è stata accertata la causa e la natura della piastrinopenia di cui era affetto il Rizzolo, cosicchè non è possibile neppure stabilire se una tempestiva somministrazione della terapia avrebbe potuto evitare l'insorgere della emorragia;

iii) non è stato possibile determinare se i ripetuti, gravi, traumi cerebrali subiti dal Rizzolo in un ridotto arco temporale abbiano determinato l'interruzione del processo causale (quale autonoma causa scatenante) o vi si siano inseriti (quale fattore aggravante).

Né, per altro aspetto, i pareri medico legali prodotti dal Pubblico Ministero espongono evidenze scientifiche relative alla ricorrenza dell'insorgenza spontanea di emorragia cerebrale in soggetti portatori di piastrinopenia in rapporto alla gravità della malattia (e al livello della conta piastrinica), all'incidenza sul rischio emorragico di altri fattori concomitanti (ad esempio, l'ipertensione arteriosa), alla percentuale di risposta alla terapia.

Se, dunque, è vero che l'omissione colposa non va accertata in base al parametro della certezza "oltre ogni ragionevole dubbio", ma sulla base della preponderanza dell'evidenza che emerge nel caso concreto, l'esistenza del nesso di causalità non può però essere legata, nel caso in esame, all'unico dato, meramente quantitativo/statistico, riportato nella sola perizia della d.ssa Trenchi (senza, peraltro, citarne la fonte) e acriticamente ripreso dal Pubblico Ministero, secondo cui, poiché la mortalità complessiva da piastrinopenia (per lo più derivante da emorragia intracranica) è pari al 1-2%, il Rizzolo, se opportunamente trattato, avrebbe avuto una possibilità di sopravvivenza del 98%.

E' stato, infatti, da tempo chiarito (Cass. SS. UU.n. 576/2008) che il dato

statistico rilevato in base all'analisi delle frequenze di una classe di eventi non può fondare la necessaria "certezza probabilistica" che, invece va verificata *"ric conducendone il grado di fondatezza all'ambito degli elementi di conferma (e nel contempo di esclusione di altri possibili alternativi) disponibili in relazione al caso concreto"*.

Elementi che, come detto, nel caso in esame difettano, impedendo la chiusura del percorso di verifica, tanto in relazione alla posizione del convenuto Zannoni (di cui si dirà più ampiamente sub 2.2.1.), al quale viene principalmente contestato di non essersi avveduto della piastrinopenia emergente dagli esami ematochimici eseguiti in occasione del primo accesso al Pronto Soccorso del 4.8.2015 e di aver ignorato le annotazioni (porpora diffusa) lasciate dalla collega che lo precedette in turno, quanto, a maggior ragione, in relazione alla posizione delle convenute Zerman e Pasquini.

A queste ultime viene contestato (anche in questo caso, riprendendo acriticamente talune considerazioni svolte nella sola perizia Trenchi, prive di qualsivoglia base e riferimento alla letteratura scientifica), infatti, di non aver diagnosticato la piastrinopenia di cui avrebbero dovuto accorgersi sull'indimostrato presupposto (per asserita "inverosimiglianza" del caso opposto) della presunta persistenza, a distanza di oltre otto giorni dal primo accesso al Pronto Soccorso (di cui le stesse non erano state rese edotte dall'interessato), di petecchie diffuse sull'addome di un paziente visitato per lombosciatalgia dall'una (Pasquini) e dimesso dopo stabilizzazione dei sintomi dall'altra (Zerman).

Considerazioni che, comunque, sono ampiamente contraddette ed inficiate

dalla affermazione -formulata nella medesima perizia- che, comunque, vi sarebbe stata solo “una qualche” (in che misura? con che probabilità? anche in caso di evento traumatico scatenante?) possibilità di un successo terapeutico nel solo caso di somministrazione di immunoglobuline ad alte dosi (che, tuttavia, non sono l’approccio di prima linea, come riconosciuto concordemente da tutti i periti, compresa la stessa d.ssa Trenchi).

2.2. Il mancato accertamento del nesso di causalità escluderebbe, di per sé, l’indagine in merito alla sussistenza dell’elemento soggettivo della colpa grave.

Ritiene tuttavia il Collegio di estendere il proprio giudizio anche a tale elemento della responsabilità, stante la diretta connessione con talune delle considerazioni più sopra svolte in termini di nesso di causalità, esaminando separatamente le posizioni dei convenuti.

2.2.1. Al dr. Zannoni viene contestata la responsabilità della causazione del sinistro a titolo di colpa grave, *sub specie* di grave negligenza, non avendo egli diagnosticato la piastrinopenia emergente dalle analisi ematochimiche condotte il 4 agosto 2015 su richiesta della d.ssa Pavan, i cui risultati sarebbero stati resi disponibili solo successivamente al subentro in turno del dr. Zannoni. Il difetto della diagnosi avrebbe, quindi, impedito di prescrivere la più idonea terapia che, in caso di esito favorevole, avrebbe consentito al paziente la sopravvivenza.

La contestazione si fonda unicamente sulla lettura acritica delle perizie medico legali richieste dalla compagnia assicurativa, omettendo di considerare le ampie riserve ivi espresse in riferimento sia alla limitata disponibilità di dati anamnestici (e di indagini diagnostiche eseguite) sia

all'assenza di elementi conoscitivi circa l'esistenza di procedure relative alla comunicazione di dati critici, tanto che entrambi i pareri formulano conclusioni di tipo meramente ipotetico, fondate su mere presunzioni, talora apertamente contrastanti con gli elementi di fatto desumibili dagli atti del giudizio.

L'esame della documentazione prodotta in atti (peraltro, parziale, mancando -come già detto- la cartella clinica dell'accesso all'Ospedale di Negrar) evidenzia che:

a) all'atto dell'accettazione al Pronto Soccorso di Borgo Trento il 4 agosto 2015 il Rizzolo è stato preso in carico alle ore 12:37 dalla D.ssa Pavan, che lo ebbe in cura (contrariamente a quanto dalla stessa dichiarato e acriticamente recepito dal Requirente) quantomeno fino alle 16:29 del medesimo giorno, risultando prescritta a quell'ora la somministrazione di un farmaco, il Ketorolac, da parte della medesima D.ssa Pavan;

b) la risposta degli esami ematochimici richiesti alle 12:37 dalla D.ssa Pavan risulta essere stata data dal Laboratorio in orari diversi, compresi tra le 13:24 e le 15:06 ed in particolare quella della conta piastrinica alle ore 13:53 (cioè circa due ore e mezza prima della cessazione dal servizio della d.ssa Pavan);

c) all'epoca dei fatti esisteva un registro cartaceo (allegato alle deduzioni Pavan: doc.3) nel quale i dirigenti responsabili del Laboratorio annotavano le comunicazioni orali degli esami "critici" ai reparti richiedenti e nel quale, alla data del 4 agosto 2015, non risulta riportata alcuna annotazione relativa alla comunicazione del valore anomalo della conta piastrinica del Rizzolo.

Tanto la d.ssa Pavan (nelle deduzioni post invito) quanto il dr. Zannoni affermano l'esistenza, all'epoca, di un vero e proprio protocollo interno disciplinante le modalità di comunicazione, da parte del Laboratorio ai reparti richiedenti, dei valori critici potenzialmente rischiosi emersi dall'analisi, come in effetti sembra confermato dalla copia del registro cartaceo delle comunicazioni orali presente in atti (e prodotto dallo Zannoni anche sub doc.7 allegato alle deduzioni *post* invito), non oggetto di contestazione da parte del Pubblico Ministero.

Tuttavia il documento esplicativo di tale protocollo non è stato prodotto e, pertanto, non è dato sapere se prevedesse, oltre all'obbligo di comunicazione e alla relativa forma (comprovate, appunto, dall'estratto del registro cartaceo di cui sopra), anche specifiche tempistiche, come invece è previsto nel testo prodotto dalla difesa Zannoni che, tuttavia, è una versione successiva (rev. 2022) ai fatti di causa (in tale versione del protocollo il tempo massimo di comunicazione è 60 minuti ed è prevista anche una specifica procedura per il caso in cui il soggetto destinatario della comunicazione non fosse rapidamente reperibile).

Fermo restando, quindi, che il protocollo aziendale per la comunicazione dei valori critici non sembra essere stato correttamente applicato nella vicenda in esame, il dato emergente è, comunque, che i referti degli esami ematochimici, ed in particolare quello della conta piastrinica, risultavano, sulla base delle annotazioni riportate nella cartella clinica del Pronto Soccorso (documento non oggetto di contestazione), essere conoscibili dal medico richiedente (d.ssa Pavan) fin dalle ore 14 circa e, cioè, in un momento anteriore a ben due altre "sessioni" in cui la d.ssa Pavan ebbe a

“prendere in mano” la cartella clinica: la prima, alle ore 14:38, consistente nell’assegnazione del paziente alla “osservazione breve intensiva” (area del pronto soccorso destinata alla osservazione e alla stabilizzazione del paziente ai fini della dimissione o del successivo ricovero) e la seconda alle ore 16:29, in occasione della quale la d.ssa Pavan prescrisse la somministrazione di un antinfiammatorio.

Quanto al rilievo probatorio delle risultanze della cartella clinica, osserva il Collegio che è orientamento costante e consolidato in giurisprudenza la qualificazione della cartella clinica come atto pubblico *“facente piena prova fino a querela di falso del decorso clinico della malattia del paziente e dei vari fatti clinici che lo interessano”* (Cass. SS.UU. n. 7958/1992): alle attestazioni (limitatamente alle sole trascrizioni delle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento) contenute nella cartella clinica -nel caso di specie redatta da un’azienda ospedaliera pubblica- va riconosciuta, quindi, ex artt. 2699 e ss c.c., fede privilegiata (Cass. civ. n. 37314/2013).

Fino a prova contraria, quindi, deve ritenersi che le risposte degli esami ematochimici fossero conoscibili dalla d.ssa Pavan ben prima della fine del turno e della prescrizione del farmaco FANS.

Come peraltro messo in rilievo anche dal parere medico legale Viel/Kusstatscher, non è dato sapere, all’epoca, se fosse vigente presso l’Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona un protocollo formale per la gestione del passaggio delle consegne da parte del medico smontante a quello montante in turno quale parametro del comportamento della d.ssa Pavan e, correlativamente, della responsabilità del dr. Zannoni.

Ma anche in assenza di tale protocollo è, tuttavia, certo che l’art. 20 del

Codice di deontologia medica impone al medico di assicurare la continuità delle cure al paziente (e, quindi, anche nel caso di cambio turno) e che, fin dal 2007, l'Organizzazione mondiale della sanità aveva emesso uno specifico documento, *"Alliance for Patient safety. Communication during patient handovers"*, nel quale, oltre alla standardizzazione delle modalità comunicative al momento della consegna, si consiglia l'utilizzo della tecnica ISBAR o SBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) come tecnica di trasferimento di informazioni, sottolineando che le caratteristiche dei passaggi di consegna debbono essere: la chiarezza, la completezza, l'accuratezza, la pertinenza, la tempestività, la selettività e la destinazione.

A tale proposito non vi sono in atti elementi che consentano al Collegio di affermare che la d.ssa Pavan, nel cambio turno (avvenuto sicuramente dopo le 16:29, orario in cui la Pavan prescrisse al Rizzolo il Ketorolac), abbia -come sarebbe stato corretto e doveroso- segnalato al collega Zannoni subentrante l'asserita indisponibilità (smentita dalle annotazioni risultanti dalla cartella clinica) della refertazione dell'emocromo dalla stessa richiesto ben quattro ore prima e che, quindi, quest'ultimo si sia reso gravemente negligente nel non curarsi di verificarne la disponibilità e di esaminarla.

L'unica evidenza documentale in atti è, invece, quella risultante dalla cartella clinica, secondo cui la d.ssa Pavan prese in carico il paziente alle 12:37 (richiedendo immediatamente le analisi di laboratorio), e lo sottopose ad esame obiettivo alle 12:40, prescrivendo unicamente -evidentemente in attesa del referto degli esami di laboratorio- la somministrazione di soluzione elettrolitica (500 ml).

Il paziente venne inviato in “osservazione breve intensiva” da parte della d.ssa Pavan alle 14:38 (la risposta dell’emocromo riportata in cartella è delle 13:53), successivamente alla prescrizione di un’ecografia dell’addome (alle 14:04) che diede esito negativo (referto delle 14:42) e, due ore dopo, alle 16:29, la dottoressa gli fece somministrare, come detto, il Ketorolac, farmaco antinfiammatorio.

Quando il dr. Zannoni alle 16:50 (dato rilevabile dalla cartella clinica) lo prese in carico, al paziente era già stata, quindi, precedentemente somministrata una terapia farmacologica dopo l’effettuazione di esami di laboratorio, disponibili già da oltre due ore, e di un esame diagnostico ecografico, eseguito circa due ore prima in OBI e, quindi, verosimilmente dopo l’effettuazione di una diagnosi da parte della d.ssa Pavan.

Diversamente non si spiegherebbe perché, se fosse stato vero che non erano ancora disponibili i risultati delle analisi ematochimiche e quindi nell’attesa di poter formulare una diagnosi, quest’ultima abbia prescritto al paziente, entrato in PS con macroematuria, un farmaco antinfiammatorio, peraltro sconsigliato in caso di “qualsiasi altro problema di sanguinamento” (cfr. banca dati AIFA: www.farmaci.agenziafarmaco.gov.it, ma il dato è riportato anche nel parere medico legale della D.ssa Trenchi) e in relazione al quale AIFA, solo pochi mesi prima (il 15 aprile 2015) aveva emesso una nota informativa con raccomandazioni d’uso, segnalando la frequenza di eventi avversi (in particolare, sanguinamento gastrointestinale: www.aifa.gov.it), rimanendo indicata la forma iniettiva del farmaco per il trattamento del dolore acuto post-operatorio e il dolore da coliche renali.

Lo Zannoni, invero, prescrisse al paziente unicamente un farmaco

antispastico (rociverina, utilizzato nelle manifestazioni spastico-dolorose anche delle vie urinarie: www.farmaci.agenziafarmaco.gov.it) e ulteriore idratazione con soluzione fisiologica per poi dimetterlo, alle 18:25, stante l'avvenuta stabilizzazione del paziente e la risposta alla terapia, con la diagnosi di "verosimile infezione urinaria", coerente con la sintomatologia dichiarata all'ingresso ("algia fianco destro" e "macroematuria") e con la terapia precedentemente prescrittagli dalla D.ssa Pavan, inviandolo al medico curante per ulteriori approfondimenti.

Alla luce di tali considerazioni non può dirsi raggiunta la prova dell'elemento soggettivo della colpa grave in capo allo Zannoni che, secondo la prospettazione attorea, sarebbe negligenemente venuto meno ai propri doveri per aver prescritto un farmaco controindicato (Keratodol) e per aver dimesso il paziente, senza averlo visitato, ignorando le consegne e le indicazioni della d.ssa Pavan.

Contrariamente a quanto apoditticamente affermato dal Pubblico Ministero, infatti, non vi è alcuna prova in atti della circostanza che la d.ssa Pavan avesse correttamente eseguito il passaggio delle consegne all'atto della cessazione del turno, se non una dichiarazione resa dalla stessa in sede di audizione (doc. 15 Procura), priva di riscontro e della cui attendibilità fondatamente si può e deve dubitare, specialmente in considerazione della non veridicità della contestuali dichiarazioni dalla stessa rese circa l'asserita non disponibilità delle risposte degli esami ematochimici e la cessazione del turno alle 16 (entrambe, si è visto, smentite *per tabulas* dalla cartella clinica, pure dalla stessa prodotta, e ciò nonostante poste alla base dell'archiviazione della posizione: doc.16

Procura).

Il farmaco controindicato a causa degli effetti collaterali antiaggreganti (Ketorolac) poi, non venne affatto prescritto dallo Zannoni ma dalla stessa d.ssa Pavan, la medesima, cioè, che aveva rilevato, in sede di primo esame obiettivo, l'esistenza di "porpora diffusa" (così descritta in cartella clinica, ma prontamente ridimensionata, in sede di relazione diretta all'Azienda, a "qualche lesione petecchiale al tronco e agli arti": all. 1 alle deduzioni Pavan, doc.10 Procura).

Tenendo conto di tali circostanze, per valutare il grado della colpa dello Zannoni sarebbe stato necessario che il Pubblico Ministero ne avesse quantomeno indicato i parametri, e, cioè, i protocolli applicabili e le *leges artis*: in altre parole, quale comportamento fosse pretendibile dallo Zannoni e che lo stesso, con grave negligenza, avrebbe omesso.

La contestazione, si è visto, si basa su un presupposto di fatto (la conoscibilità del referto dell'emocromo solo successivamente all'inizio del turno dello Zannoni e la segnalazione della collega smontante) che è in parte smentito *per tabulas* (l'annotazione del referto in cartella clinica è antecedente di oltre due ore la cessazione del turno della d.ssa Pavan) e in parte del tutto privo di riscontro (il passaggio delle consegne).

Non solo. Come emerge dalla perizia Viel/Kusstatscher, "*l'universo delle piastrinopenie è estremamente vasto e complesso*" e il riscontro è "*spesso del tutto casuale; solo in una piccola percentuale dei casi la diagnosi è posta in seguito a sanguinamenti e/o dopo eventi tromboembolici*" (pag.3); la malattia agli esordi è per lo più asintomatica o paucisintomatica, con manifestazioni comuni anche ad altre, più frequenti, patologie.

Ora, l'approccio diagnostico improntato dal medico che, per primo, ebbe in cura il Rizzolo (la d.ssa Pavan, appunto) e che lo sottopose a esame obiettivo era evidentemente coerente con la sintomatologia manifestata dal paziente, che lamentava macroematuria e dolore al fianco destro, suggestiva di una problematica urologica/renale: la d.ssa Pavan prescrisse, infatti, un panel di analisi (emocromo e funzione renale), così come l'indagine ecografica, coerenti con le linee guida in materia di approccio clinico in Pronto Soccorso delle urgenze urologiche, che raccomandavano l'utilizzo di FANS (categoria a cui appartiene il Keratodol prescritto dalla d.ssa Pavan) come terapia di prima scelta, in assenza di controindicazioni.

Dunque, quando la d.ssa Pavan prescrisse il farmaco, alle 16:29, ben avrebbe potuto (e dovuto) valutare l'assenza di controindicazioni, avendo innanzi a sé la cartella clinica del paziente nella quale, già da ore, risultavano annotati i referti degli esami di laboratorio.

Osserva il Collegio che in tema di colpa medica la giurisprudenza di questa Corte *“ha precisato che l'esame della sussistenza della colpa grave impone al giudice, in primo luogo, di individuare il fondamento della regola a contenuto cautelare che esprime in termini di prevedibilità, prevenibilità ed evitabilità, la misura della condotta – diligente, perita e prudente – sulla quale il legislatore ha riposto l'affidamento, per prevenire ed evitare il rischio di conseguenze negative per l'Erario. In secondo luogo, occorre verificarne la conoscenza o la conoscibilità, da parte dell'agente, e le condizioni di operatività nelle quali sono state poste in essere le condotte. Occorrerà quindi accertare, in concreto e con una valutazione ex ante, rispetto alla condotta concretamente realizzata, secondo il criterio della*

prognosi postuma, il grado di esigibilità della condotta virtuosa comandata, in ragione delle condizioni concrete dell'agire (Sez. II app. n. 208/2021) e al grado di specializzazione dell'agente" (sez. II App. n. 366/2023).

Quanto alle condizioni di operatività, la difesa dello Zannoni ha ampiamente documentato, senza che ciò sia stato oggetto di contestazione alcuna, la gravosità del carico di pazienti in cura (45) presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Borgo Trento durante il turno di servizio del convenuto (dalle 16 alle 22).

In tale contesto viene in rilievo, come peraltro sottolineato anche dalla difesa del convenuto, il principio di affidamento -applicabile, secondo la costante giurisprudenza, anche nel caso di cooperazione medica diacronica- quale limite in concreto all'obbligo di diligenza gravante su ogni titolare della posizione di garanzia, essendo opportuno che ogni partecipante abbia la possibilità di concentrarsi sui compiti affidatigli, confidando sulla professionalità degli altri, salvo l'obbligo di rimediare agli errori del predecessore, se macroscopicamente evidenti.

Nel caso in cui, quindi, più medici si succedano nella cura del paziente, si determina un fenomeno di successione nella posizione di garanzia per cui, da un lato, il medico uscente deve essere liberato dagli obblighi di protezione nei confronti del paziente e, dall'altro, quello subentrante deve poter fare affidamento sul corretto operato del predecessore, non potendosi pretendere il controllo e la ripetizione di tutti gli accertamenti già eseguiti, né la verifica e revisione critica dell'operato del collega.

Di qui la necessità dell'accertamento, ai fini della sussistenza e della graduazione della colpa, del corretto adempimento del dovere di "dare le

consegne” al collega subentrante (nonchè di corretta tenuta della cartella clinica), quale paradigma della colpa (grave) di quest’ultimo: nel caso in esame, tuttavia, non vi è prova alcuna in ordine all’avvenuto passaggio delle consegne e del suo eventuale contenuto.

Ne deriva l’impossibilità di accertare la gravità della colpa, in ipotesi imputabile allo Zannoni, a fronte del subentro nella cura del paziente a percorso diagnostico e terapeutico già impostato dal precedente collega e della positiva risposta del paziente stesso (tanto da poter essere dimesso a domicilio).

2.2.2. Alle convenute Pasquini e Zerman viene contestato, sotto il profilo dell’elemento soggettivo, di aver visitato il paziente in occasione del suo accesso al Pronto Soccorso del 13 agosto 2015 senza farlo spogliare, cosicché non si sarebbero accorte della (presunta) persistenza della porpora e, quindi, avrebbero trattato il paziente, che si era presentato lamentando lombosciatalgia bilaterale, appunto per tale patologia, somministrando farmaci antifiammatori controindicati per il loro effetto sulla coagulazione del sangue (FANS), senza aver ripetuto gli esami ematochimici.

Quale protocollo, linea guida o, più in generale, *lex artis* sarebbe stata negligenzemente non applicata non è stato, però dedotto né dimostrato, tanto più che è incontestato che il paziente, al momento dell’esame obiettivo il 13 agosto 2015 (cfr. cartella clinica: all. 1 al doc.1 Zerman) non ha riferito al medico del precedente episodio di ematuria e dell’accesso al Pronto Soccorso del 4 agosto, circostanza che, forse, avrebbe potuto indurre alla ricerca delle precedenti analisi e alla prescrizione di nuovi esami ematochimici.

La qualificazione come gravemente negligente del comportamento tenuto dalle convenute avrebbe richiesto la dimostrazione della violazione di un percorso diagnostico terapeutico aziendale, se esistente, ovvero delle linee guida generalmente accettate dalla comunità medica per il trattamento in pronto soccorso della lombosciatalgia e, più in generale delle *best practices* riferibili alla situazione in concreto verificatasi e che raccomandassero, in caso di riferita sintomatologia dolorifica in zona lombare, la prescrizione di esami ematochimici (quali?) e l'esame di zone del corpo non interessate dalla patologia.

Va a tal proposito ricordato, peraltro, che il 4 agosto 2015 il paziente venne dimesso con rinvio al medico curante per approfondimenti diagnostici: non avendo l'Azienda Ospedaliera messo a disposizione (come richiesto dai periti Viel e Kusstatscher) la scheda del medico di medicina generale con i dati anamnestici del Rizzolo, non è dato sapere se questi si sia effettivamente recato dal medico curante e se quest'ultimo (che, in tale occasione, avrebbe dovuto prendere visione del referto del Pronto Soccorso) visionò o meno gli esiti delle analisi ematochimiche (e se, quindi, nella sequenza diacronica delle cure si sia inserito anche il medico di medicina generale, incorrendo anch'egli nell'omissione della diagnosi di piastrinopenia e del conseguente errore terapeutico).

Non solo. L'intera contestazione si fonda sulla ricorrenza, meramente supposta, di una circostanza del tutto indimostrata sul piano fattuale: la persistenza, cioè, alla data del 13 agosto 2015, della porpora sul corpo del paziente che, se questi fosse stato fatto spogliare, sarebbe stata osservata, con conseguente ripetizione degli esami ematochimici.

In assenza di tali elementi di giudizio non può ritenersi provato che il percorso diagnostico-terapeutico adottato dalla d.ssa Pasquini e completato dalla d.ssa Zerman (che si è limitata a rivalutare il paziente all'esito della terapia farmacologica, al fine di verificarne la stabilizzazione per la dimissione) sia stato caratterizzato da gravi o gravissime negligenze.

2.2.3. In conclusione, la domanda di condanna dei convenuti al risarcimento del danno deve essere respinta per difetto di prova del nesso di causalità e dell'elemento soggettivo della colpa grave.

3. In considerazione del proscioglimento nel merito dei convenuti, ai sensi dell'art. 31, comma 2, c.g.c., agli stessi spetta la rifusione delle spese affrontate per la difesa in giudizio che, in assenza di nota spese e in applicazione dei parametri di cui al D.M. 55/2014, tenuto conto dell'attività defensionale effettivamente svolta, vengono liquidate, a carico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ed in favore dei convenuti, nella misura di euro 1.238,00, oltre accessori di legge, per ciascuna delle convenute Zerman e Pasquini e di euro 3.150,00, oltre accessori di legge, per il convenuto Zannoni.

Nulla per le spese di giudizio.

Tutto ciò premesso e considerato

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale Regionale per il Veneto, definitivamente pronunciando nel giudizio iscritto al n. **31924** del registro di Segreteria promosso dalla Procura Regionale nei confronti di **Anna Pasquini, Massimo Zannoni e Germana Zerman**, ogni diversa domanda od eccezione respinta,

