



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. 13755 del Registro di Segreteria, promosso dalla Procura regionale della Corte dei conti per la regione Umbria

nei confronti di:

1. - **[OMISSIS] [Omissis]**, nato a [Omissis] ([Omissis]) il [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) e ivi residente in [Omissis] [Omissis] [Omissis], n. [Omissis] (PEC: [Omissis]);

2. - **[OMISSIS] [Omissis]**, nato a [Omissis] ([Omissis]) il [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) e residente a [Omissis] ([Omissis]) in via [Omissis] [Omissis] [Omissis], n. [Omissis], rappresentato e difeso dall'Avv. Valerio Provaroni (C.F. PRVVL77B15H282F - PEC: *valerio.provaroni@ordineavvocatiterni.it*), con Studio in Terni, Corso Tacito n. 5 ed ivi elettivamente domiciliato;

3. - **[OMISSIS] [Omissis]**, nato a [Omissis] ([Omissis]) il [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) e ivi residente in Via [Omissis] [Omissis] [Omissis], n.

[Omissis] rappresentato e difeso dall'Avv. Anna Mugnano (C.F.: MGNNNA62A54F839B - PEC: annamugnano@avvocatinapoli.legalmail.it), con Studio in Napoli, Via San Giacomo, n. 24, ed ivi elettivamente domiciliato;

4. - [OMISSIS] [Omissis], nato a [Omissis] ([Omissis]) il [Omissis] (C.F.: [OMISSIS]) e residente a [Omissis], in [Omissis] [Omissis] [Omissis], n. [Omissis] (PEC: [omissis.omissis.omissis@omissis.omissis.omissis]);

5. - [OMISSIS] [Omissis], nato a [Omissis] ([Omissis]) [Omissis] ed ivi residente in Via [Omissis], n. [Omissis], rappresentato e difeso dall'Avv. David Morganti (C.F.: MRGDVD57S02G702B - PEC: studiomorganti@pec.morgantilawfirm.com), con Studio in Roma, Via Giovanni Paisiello, n. 40 ed ivi elettivamente domiciliato.

VISTO l'atto di citazione.

VISTI tutti gli altri atti e documenti di causa.

UDITI, nella pubblica udienza del giorno 18 febbraio 2026, svoltasi con l'assistenza del Segretario Dott.ssa Chiara Lucia Chirienti, il Relatore Dott.ssa Elisabetta Conte, il Pubblico Ministero, in persona del V.P.G. Francesco Magno e gli Avvocati Marco Baldassarri, in sostituzione dell'Avv. David Morganti, per il convenuto [Omissis] e Gloria Cangì, in sostituzione dell'Avv. Anna Mugnano, per il convenuto [Omissis]; non comparsi i convenuti [Omissis] e [Omissis].

Ritenuto in

FATTO

I. - Con atto di citazione depositato in data 29.09.2025, la Procura regionale ha citato in giudizio i soggetti sopra indicati per sentirli

condannare al risarcimento, in favore dell'[Omissis] [Omissis] "[Omissis]
[Omissis]" di [Omissis], del danno indiretto quantificato complessivamente in €
63.453,81, relativo ad un caso di *malpractice* sanitaria.

II. - L'Ufficio requirente ha rappresentato che, presso il precitato
Nosocomio, a seguito di un intervento di artroprotesi del ginocchio, del
06/02/007, il sig. [Omissis]. veniva sottoposto, a partire dal giorno
dell'intervento e per i successivi sette giorni, a profilassi antibiotica a
base di *cefuroxime*. A distanza di due giorni dall'intervento, il paziente
presentava numerose flittene e un aumento della temperatura,
situazione che esitava, nei giorni successivi, nella formazione di
un'ampia zona di necrosi cutanea, che richiedeva un intervento di
pulizia chirurgica, effettuato in data 28.02.2007. Il paziente veniva
dimesso in data 05.03.2007 senza prescrizione di terapia antibiotica e,
nel mese di aprile, a causa della mancata guarigione della ferita
chirurgica, veniva effettuato un esame colturale della lesione, che
rivelava la positività al batterio "...*Pseudomonas Stutzeri, resistente al
cefuroxime*". Dopo l'ulteriore peggioramento della ferita, in data
15/05/2007 veniva nuovamente ricoverato presso il nosocomio [Omissis]
con diagnosi di "*Deiscenza ferita per artro-protesi ginocchio sinistro con
ampia esposizione della protesi*" e, a seguito di un esame colturale,
emergeva la positività allo stafilococco aureo, trattata con
somministrazione di terapia antibiotica. Successivamente, a causa del
mancato miglioramento della lesione, venivano eseguiti numerosi
interventi chirurgici: a fine maggio, una toilette chirurgica della ferita;
in data 25/06/2007 la trasposizione del gemello mediale per deiscenza

della ferita chirurgica e toilette di quest'ultima; in data 16/07/2007 un trapianto cutaneo sul ginocchio sinistro; in data 13/08/2007 un nuovo intervento di toilette chirurgica della ferita. In data 26/11/2007, a seguito di ulteriori analisi colturali, veniva riscontrata sepsi alla protesi del ginocchio e positività allo stafilococco aureo, cui seguivano un ulteriore ricovero, in data 04/01/2008, e l'esecuzione di un'ulteriore toilette chirurgica. Nel mese di maggio 2008 emergeva un'infezione articolare della protesi del ginocchio sinistro che richiedeva un ulteriore ciclo di terapia antibiotica, a seguito del quale, in data 20.05.2008, il paziente si recava presso il Presidio Ospedaliero di [Omissis] per sottoporsi ad una nuova radiografia al ginocchio che documentava: *"... aree di osteorarefazione in adiacenza alla protesi tibiale, che appare dislocata posteriormente. Utile valutazione specialistica..."*. Alla visita specialistica ortopedica seguivano due scintigrafie ossee e, nei mesi di luglio e agosto, altre visite e controlli inducevano i medici a consigliare la rimozione della protesi in un centro ortopedico specializzato.

In data 18/09/2009, l'[Omissis] [Omissis] (nel prosieguo [Omissis]) riceveva la richiesta risarcitoria del legale del signor [Omissis], per l'incongruo trattamento sanitario ricevuto e, successivamente, non aderiva alla domanda di mediazione avanzata dal medesimo. Pertanto, il paziente agiva in giudizio per ottenere il risarcimento del danno quantificato in € 168.488,40. Nel corso del giudizio civile veniva conferito incarico di CTU, dal quale emergeva che le complicanze settiche che avevano fatto seguito all'intervento non erano state sottoposte a idoneo trattamento antibiotico. La controversia veniva

definita tramite procedura transattiva, per complessivi € 100.000,00.

L'[Omissis] corrispondeva alla Compagnia Assicuratrice, con bonifico del 14.01.2016, la somma di € 91.034,90, oltre ad € 3.660,49 quale onorario del legale per l'attività di assistenza in giudizio, nonché ulteriori € 244,00 per una consulenza medico legale. L'Ente provvedeva, quindi, con note del 30 dicembre 2019, a diffidare e mettere in mora i sanitari coinvolti nella vicenda per l'importo di € 91.034,90.

III. - Con l'atto di citazione, la Procura regionale contestava ai convenuti la non corretta gestione del paziente, ascrivibile non già ad un singolo episodio, ma all'insieme delle condotte integrate dai sanitari che avevano avuto in carico il paziente, da cui l'Ufficio requirente aveva ritenuto di espungere quella della somministrazione della terapia antibiotica perioperatoria, ritenuta efficace in una prospettiva *ex ante*. La non corretta gestione del caso sanitario veniva motivata sulla base delle risultanze dei vari pareri medico-legali presenti in atti, tra cui:

a) - il parere reso dal medico legale consulente della compagnia assicuratrice, secondo cui una volta manifestatasi la complicazione non si era provveduto ad una puntuale e tempestiva ricerca della eziologia infettiva, dimettendo il paziente senza prescrizione antibiotica;

b) - il parere del CTU secondo cui la lesione cutanea correlata alle flittene doveva essere oggetto di opportuno accertamento microbiologico - mai effettuato durante il periodo di degenza - e sulla scorta dell'esame batteriologico doveva essere improntata idonea terapia antibiotica;

c) - il parere reso dal medico legale aziendale, a mente del quale il comportamento dei sanitari non sarebbe stato "*impeccabile... in quanto è*

stata effettuata una visita a distanza di 10 giorni (17/03/07) dalla dimissione e non sono riportate nella documentazione esaminata altre visite mediche successive, ed inoltre risulta che solo il 5/04/07 veniva effettuato il primo tampono della ferita chirurgica, periodo di tempo che potrebbe essere considerato troppo lungo; una più continua ed attenta e documentata osservazione del paziente probabilmente avrebbe potuto evitare le successive gravissime complicanze influenti infettive”.

Richiamava inoltre, la Procura regionale, il Sistema Nazionale di Linee Guida di Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, (LG_AntibioticoP_01-19_2008) - aggiornamento della versione precedente, pubblicata nel 2003 - che rispetto agli interventi di protesi menzionava uno Studio dell'anno 1984, asserendo che: “...L'impianto di qualsiasi materiale protesico aumenta il rischio di infezione della ferita e del sito chirurgico, in quanto riduce le difese dell'ospite. In presenza di materiale protesico è infatti sufficiente una carica batterica bassa per causare l'infezione. Solitamente è raccomandata una profilassi antibiotica quando l'intervento comporta l'impianto di materiale protesico”. Pertanto, essendo nota la correlazione tra infezioni e innesto di impianti protesici, i sanitari, alla comparsa dei primi sintomi e nel prosieguo degli stessi, avrebbero dovuto prestare maggiore attenzione e vigilanza delle condizioni del paziente, specie allorché queste apparivano evidentemente peggiorate.

Più in particolare, con l'atto di citazione veniva contestato:

i) al dott. [Omissis], primo chirurgo e in quanto capo dell'équipe medica titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente

non limitata all'ambito strettamente chirurgico, ma estesa al successivo decorso post-operatorio, di non essersi allarmato alla comparsa delle flittene, posto che il paziente era rimasto nel nosocomio [Omissis] - senza che fossero svolti gli approfondimenti del caso e nonostante l'ingravescenza dei sintomi - fino alla data del 5 marzo 2007, allorché veniva dimesso senza alcuna indicazione di terapia antibiotica. La condotta addebitata consisteva, segnatamente, nell'omessa verifica delle condizioni del paziente, successivamente all'intervento del 06.02.2007;

ii) al dott. [Omissis], Primario del Reparto, di aver omesso, in contrasto con i doveri di cui all'art. 7 del d.P.R. n. 128/69, di attuare la dovuta vigilanza "*... sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio...*", nonché l'effettuazione dell'intervento chirurgico di *toilette* del 03/09/2007, senza prescrivere la terapia antibiotica;

iii) al dott. [Omissis], l'omessa prescrizione di idonea terapia antibiotica all'atto delle dimissioni del paziente, del 04/05/2007, nonché il mancato espletamento di idonei esami microbiologici e la mancata richiesta di consulenza infettivologica in occasione delle predette dimissioni;

iv) al dott. [Omissis], in data 18.07.2007, cioè a distanza di oltre 5 mesi dall'intervento e in presenza di un *iter* clinico oramai evidentemente travagliato del paziente - che aveva subito una infezione della protesi, per cui era stato ricoverato a maggio - di aver sottoscritto le dimissioni senza prescrivere alcuna terapia antibiotica né indagini colturali;

v) al dott. [Omissis], l'inadeguatezza della terapia antibiotica

somministrata in occasione dell'intervento chirurgico del 14/08/2007, in un contesto clinico affatto diverso da quello dell'originario intervento del febbraio 2007, posto che, a parere del CTU, in occasione del ricovero del 13/08/2007, "il trattamento antibiotico (effettuato e costituito in totale da una sola somministrazione di cefuroxim, antibiotico beta lattamico della famiglia delle cefalosporine,) è da considerare assolutamente inefficace per dosaggio e durata in quanto il p ha lasciato il reparto per dimissione alle ore 17,45 e la somministrazione delle ore 18 non risulta controfirmata. Tale somministrazione non riveste nemmeno il mero ruolo di profilassi (in quanto la somministrazione avveniva secondo la stecca della terapia alle ore 08 e l'intervento iniziava alle ore 11 dopo ben tre ore!) ma era addirittura effettuata in PRESENZA DI INFEZIONE IN ATTO".

Dette condotte venivano tutte contestate a titolo di colpa grave.

Il danno veniva quantificato dalla Procura regionale nella somma complessivamente erogata dall'[Omissis], ridotta a complessivi € 63.453,81 a seguito dello scomputo di due quote inizialmente imputate a ulteriori due medici - uno *medio tempore* deceduto ed uno nei cui confronti, a seguito delle risultanze istruttorie, la Procura decideva di non agire - nonché della riduzione delle quote inizialmente addebitate ai dottori [Omissis] e [Omissis], diminuite a seguito delle evidenze emerse in fase istruttoria. Detta somma di € 63.453,81, veniva così ripartita tra i convenuti:

- € 8.544,45 rispettivamente e singolarmente ai dott.ri [Omissis], [Omissis] e [Omissis];

- € 12.186,82, al dott. [Omissis];

- € 25.633,64 al dott. [Omissis].

IV. - Il dott. [Omissis] si costituiva nel giudizio eccependo, preliminarmente, l'inopponibilità della transazione conclusa tra l'[Omissis] e il paziente, che nulla acclarava in ordine alla effettiva responsabilità e alla condotta a lui riferita.

Nel merito, premetteva che all'epoca della vicenda le linee guida erano agli albori - solo nell'anno 2007 la Regione Umbria aveva adottato le "Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie" e solo nel 2016 l'[Omissis] aveva fatto propria la Procedura di Gestione del Rischio Clinico denominata Alert Microbiologico: sorveglianza, controllo, prevenzione e diffusione dei patogeni ospedalieri - e che dalla CTU resa nel giudizio civile non emergevano le asserite omissioni addebitate in termini di concause efficienti del danno subito dal paziente.

La propria individuazione non quale corresponsabile del danno erariale indiretto, ma quale sanitario genericamente coinvolto nella gestione diagnostico terapeutica del paziente, conseguiva soltanto alla consulenza medico-legale redatta su incarico dell'[Omissis], priva di qualsivoglia valenza probatoria.

Peraltro, osservava, che alle dimissioni del 04.05.2007, la terapia antibiotica non veniva prescritta poiché il decorso era stato regolare e il paziente era apiretico e, in ogni caso, non avrebbe potuto essere efficacemente mirata sulla base di un tampone effettuato un mese prima e già trattato, tant'è che al tampone di controllo successivo non risultava più alcuna positività al *Pseudomonas Stutzeri*. Successivamente, il

paziente veniva ricoverato in data 15/05/2007 e veniva sottoposto ad esame colturale, che rivelava la presenza di *Staphylococcus Aureus*, che veniva trattato. Conseguentemente, non vi sarebbe stata alcuna omissione, anche in considerazione del fatto che anche se non era stata prescritta la terapia antibiotica, in occasione delle dimissioni del 04/05/2007, nulla sarebbe mutato nell'ipotesi alternativa. Sarebbe risultata, quindi, carente anche la prova di qualsivoglia nesso di causalità tra la condotta addebitata e l'evento dannoso. Veniva, poi, contestata la sussistenza della colpa grave, nonché richiamata la novella apportata dalla legge n. 1/2026 ai fini della quantificazione del danno.

V.- Il dott. [Omissis] si costituiva contestando sia la sussistenza dell'elemento soggettivo - asserito non dimostrato - sia la condotta addebitata. Dalle annotazioni contenute nella cartella clinica risultava che egli aveva regolarmente prescritto al paziente antibioticoterapia, ed in particolare cefalosporina nella misura di 1,5 gr. (1 fiala e mezza) all'atto dell'intervento, 1 gr. (1 fiala) 8 ore dopo e 1 gr. 24 ore dopo, terapia che, peraltro, risultava essere stata impostata (messa in nota) il giorno precedente all'intervento da altro sanitario del Reparto e non dal Dott. [Omissis]. Ad ogni modo, il paziente veniva dimesso in seconda giornata operatoria, apiretico e in buone condizioni. Conseguentemente, considerando anche che la compromissione dei tessuti molli e la formazione dell'escara costituivano delle complicanze note e che il paziente, affetto da gravi *deficit* circolatori, era soggetto a problematiche di difficoltà di cicatrizzazione, esponenti l'impianto ad infezione, nonché che all'epoca le linee guida erano ancora agli inizi e le

norme comportamentali in materia di antibioticoterapia peri-operatoria erano ricavate dalla “*evidence based medicine*”, il convenuto avrebbe tenuto una condotta del tutto pertinente con quella esigibile in un’ottica *ex ante*.

Ecceppiva, poi, la carenza di prova del nesso di causalità che sarebbe stato, peraltro, interrotto dall’accordo transattivo, comunque al medesimo non opponibile.

VI. - Il dott. [Omissis] si costituiva presentando istanza di accesso al rito abbreviato, ai sensi dell’art. 130 c.g.c. e, nel merito, affermando la marginalità della propria condotta, comunque asserita non connotata da colpa grave - nonché contestando sia la sussistenza del nesso di causalità sia la quantificazione e la ripartizione del danno.

VII. - All’udienza del 18/02/2026 il Pubblico ministero, ripercorrendo quanto già argomentato nell’atto di citazione, insisteva per l’accoglimento della domanda, avversando l’eccezione di inopponibilità della transazione - atto, al pari delle consulenze tecniche depositate, qualificato liberamente valutabile dal Collegio - ed affermando, in merito all’applicazione delle modifiche apportate, alla legge n. 20/1994, dalla legge n. 1/2026, che il potere riduttivo previsto dall’art. 1, comma 1-*octies* della legge n. 20/1994 - ritenuto applicabile al caso di specie stante la contestazione a titolo di colpa grave - si sarebbe dovuto commisurare alla quota di danno contestata a ciascuno dei convenuti e non al danno globalmente contestato. La difesa del dott. [Omissis] insisteva sulla correttezza del comportamento dell’assistito, poiché prescrivente un trattamento antibiotico congruo con le necessità del

paziente, rispetto al quale, poi, l'intervenuta dimissione, prima della conclusione della somministrazione della terapia prescritta, si poneva come evento esterno escludente il nesso di causalità. L'Avv. Cangì, per il convenuto [Omissis], si riportava alla memoria difensiva, insistendo anch'egli per l'accoglimento delle rassegnate conclusioni.

Considerato in

DIRITTO

1. - Preliminarmente va dichiarata, ai sensi dell'art. 93 c.g.c., la contumacia dei convenuti [Omissis] [Omissis] e [Omissis] [Omissis], i quali non si sono costituiti nel giudizio nonostante ritualmente convenuti.

2. - In via ulteriormente preliminare, va rigettata l'eccezione relativa all'inopponibilità della transazione conclusa tra l'[Omissis] e il paziente. Al riguardo, va puntualizzato che il pagamento di somme conseguente alla transazione integra un elemento fattuale 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 - 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*). Tanto premesso, l'eccezione è, quindi, priva di pregio.

3. - Nel merito, il Collegio ritiene la domanda attorea parzialmente fondata, nei termini di seguito esposti.

4. - Dagli atti di causa emerge con chiarezza che:

- l'infezione si è sviluppata nel corso del primo ricovero del paziente, nel quale si dava corso all'intervento di artroprotesi effettuato dal dott.

[Omissis], durato un mese (dal 05/02/2007 al 05/03/2007);

- durante detto periodo si manifestavano già dei chiari sintomi dell'infezione.

4.1. - Dal diario clinico si evince, infatti, che in data 08/02/2007 comparivano delle flittene ma, soprattutto, che pochi giorni dopo, il 17/02/2007, veniva rilevata la presenza di un'ampia zona di necrosi cutanea e che, in data 28/02/2007, si procedeva a sottoporre il paziente all'escissione dell'escara formatasi; elementi, questi, che avrebbero dovuto determinare nei sanitari aventi in cura il paziente una doverosa attenzione alla verosimile insorgenza di un'infezione, i quali, invece, non effettuavano alcuna indagine più specifica, di tipo microbiologico, sulla ferita, nonostante l'insorgenza dei predetti sintomi - ci si riferisce, in particolar modo, alla presenza di necrosi - e l'evidenza che l'incidenza dell'impianto di protesi sul rischio di infezione della ferita e del sito chirurgico fosse già stata chiaramente segnalata dalle linee guida all'epoca esistenti (*Istituto superiore di sanità - Programma Nazionale per le Linee Guida - Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, settembre 2003 "L'impianto di qualsiasi materiale protesico aumenta il rischio di infezione della ferita e del sito chirurgico, in quanto riduce le difese dell'ospite. In presenza di materiale protesico è infatti sufficiente una carica batterica più*

bassa per causare l'infezione", p. 25).

4.2. - Al riguardo, i pareri medico legali presenti agli atti - che, questo Collegio ben può valutare, anche ove provengano da un differente procedimento, quali prove atipiche (cfr. Sez. II appello, n. 233/2024), senza che ciò determini un *vulnus* al principio del contraddittorio, posto questo si instaura, *ex novo*, con la loro produzione nel giudizio (*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) - sono concordi nell'individuare la presenza di tessuto necrotico come sintomo di un'infezione.

Tra questi:

a) il parere medico legale reso per l'assicurazione Lloyd's dal dott. : [Omissis] che, a p. 2, ritiene difficile da contestare l'addebito relativo alla sospensione del trattamento antibiotico "*considerato anche che erano apparsi fin dall'immediato segni di necrosi cutanea, di natura del tutto probabilmente infettiva*") che, quindi, avrebbe dovuto determinare lo svolgimento di maggiori approfondimenti microbiologici al fine di confermare la presenza dell'infezione, individuarne la natura e prevedere la corretta terapia;

b) la CTU resa nel giudizio civile dal dott. [Omissis] che, a p. 6, afferma che "*la lesione cutanea caratterizzata da perdita di sostanza e quindi in fase evolutiva avanzata andava considerata come potenziale sito non solo di colonizzazione batterica, ma soprattutto di franca infezione e come tale doveva essere oggetto di opportuno accertamento microbiologico (...)*".

Tuttavia, come già rilevato, non venivano prescritti ulteriori e più

approfonditi esami.

4.3. - Emerge, poi, che in data 13/02/2007 al paziente venne sospesa la terapia antibiotica, che tale terapia non fu nemmeno prescritta in sede di dimissione - firmata dal dott. [Omissis] [Omissis]- nonostante, come evidenziato, vi fossero chiari sintomi di un'infezione in atto, tanto che la ferita chirurgica aveva già necessitato di un intervento di pulizia il 28/02/2007, ossia poco prima delle dimissioni intervenute il 05/03/2007. Risulta dagli atti che gli accertamenti microbiologici sulla ferita - evidentemente ancora infetta, posta, appunto, l'effettuazione degli stessi - vennero eseguiti in data 05/04/2007, ossia un mese dopo le dimissioni, rivelando la positività al batterio *Pseudomonas Stutzeri*.

Il 03/05/2007, circa due settimane dopo l'esito degli esami sopraccitati, del 13/04/2007, il paziente veniva sottoposto a un intervento di toilette chirurgica della ferita operatoria e, in occasione del ricovero, da quanto risulta dalla cartella clinica, al medesimo non vennero effettuati esami ematici (*che avrebbero potuto, quantomeno, confermare la persistenza di un'infezione in atto*), né accertamenti microbiologici sulla ferita, appunto, oggetto dell'intervento di toilette chirurgica.

4.4. - Ulteriormente, il dott. [Omissis] lo dimetteva il giorno successivo (il 04/05/2007) senza la prescrizione di alcuna terapia antibiotica, a distanza di alcuni giorni dalle dimissioni, il 15/05/2007, il paziente veniva nuovamente ricoverato a causa della non cicatrizzazione della ferita chirurgica; dalla cartella clinica risulta, quale "medico inviante" in sede di accettazione, il dott. [Omissis].

Risulta inoltre che lo stesso giorno del ricovero (il 15.05.2007), un esame

microbiologico rivelava la positività al batterio *Staphylococcus Aureus*;

l'esame veniva ripetuto, con il medesimo esito, anche il 29/05/2007.

4.5. - Durante tale ricovero, perdurato dal 15/05/2007 sino al 18/07/2007, venivano eseguiti:

i) il 28/05/2007, una revisione della ferita chirurgica, (*praticata dal dott. [Omissis], quale 1° operatore*) e dal dott. [Omissis] (*2° operatore*);

ii) il 25/06/2007, un intervento di trasposizione del gemello mediale e toilette chirurgica effettuata dal dott. [Omissis] (*1° operatore*) e da altri sanitari (*dott.ri [Omissis] [Omissis]*);

iii) il 16/07/2007, un intervento di trapianto cutaneo per rottura di ferita chirurgica (*1° chirurgo [Omissis] [Omissis], altro chirurgo [Omissis] [Omissis]*).

Al termine del ricovero, il 18/07/2007, il paziente veniva dimesso dal dott. [Omissis] senza alcuna prescrizione di terapia antibiotica o ripetizione degli esami microbiologici sopradescritti, ossia senza alcun accertamento del perdurare, o meno, dell'infezione riscontrata all'atto del ricovero. Risulta, infatti, che un nuovo tampone sulla ferita venne effettuato solo in data 23/07/2007 (con esito negativo).

4.6. - Il 13/08/2007 si registrava un nuovo ricovero per una toilette chirurgica. Dalla cartella risulta, ancora, in fase di accettazione quale "medico inviante" il dott. [Omissis]; l'intervento veniva effettuato dal dott. [Omissis] (*1° operatore*) con l'aiuto del dott. [Omissis]. Le dimissioni venivano firmate, il giorno successivo l'intervento, dal dott. [Omissis] [Omissis]. Dalla cartella clinica non si evincono accertamenti microbiologici, risultano, tuttavia, le seguenti prescrizioni del dott. [Omissis]: 1,5 gr di cefalosporina all'atto dell'intervento (11:30), 1 gr

alle ore 20 del medesimo giorno e 1 gr 24 ore dopo l'intervento (*del 15/08/2007*).

4.7. - Infine, dagli atti risulta un ulteriore ricovero in data 03/09/2007 (*medico inviante sempre il dott. [Omissis]*) per un ulteriore intervento di toilette chirurgica, effettuato dallo stesso [Omissis]. Il paziente veniva dimesso il giorno stesso dal dott. [Omissis] senza che fosse prescritta alcuna terapia antibiotica. Anche nel corso di questo ricovero non si attuavano accertamenti microbiologici o esami ematici. Dall'esame svolto su un prelievo effettuato il 14/09/2007, quindi circa 10 giorni dopo le ultime dimissioni, il paziente risultava tuttavia positivo allo stafilococco coagulasi.

5. - Orbene, dalla vicenda così ulteriormente ricostruita, passando ad esaminare le condotte dei convenuti emerge quanto segue.

5.1. - Quanto al dott. [Omissis] - che effettuava l'intervento di artroprotesi del 06/02/2007 (*a due giorni del quale si manifestava la prima infezione; rif.: supra il capo 4.*) e la revisione della ferita chirurgica del 28/05/2007 (*anche a seguito della quale non veniva attuata alcuna terapia antibiotica; cfr. supra, il capo 4.4.*), come correttamente evidenziato dal Requirente, rileva la condotta omissiva consistente nel non essersi attivato per effettuare i dovuti approfondimenti clinici in esito alla comparsa dei sintomi dell'infezione, non seguendo con la dovuta attenzione e cautela il decorso post-operatorio del paziente. Al riguardo, vale osservare che è precetto ormai consolidato in giurisprudenza che l'instaurazione della relazione terapeutica tra medico e paziente è fonte della posizione di garanzia del primo nei confronti del secondo, con

conseguente assunzione dell'obbligo di tutela della vita e della salute della persona; da detta posizione di garanzia discende il dovere di cura del paziente, che si fonda sui principi di solidarietà di rilievo costituzionale enunciati negli artt. 2, 32, 41, comma 2, Cost., disposizioni che impongono ai soggetti dotati delle necessarie competenze, conoscenze e strumenti, di esercitare il potere-dovere di tutela dei beni di primaria importanza della salute, della vita e dell'integrità fisica (*cfr. ex multis, Cass. sent. n. 15178/2018*). Tale posizione di garanzia, nel caso del medico praticante un intervento chirurgico, non si esaurisce con la conclusione di quest'ultimo, estendendosi anche al periodo post-operatorio (*Cass. sent. n. 13375/2024*); difatti *"l'obbligo di attivarsi per la tutela e la salute del paziente non si esaurisce una volta concluso l'atto operatorio in senso stretto, specie in presenza di una sintomatologia evidente dopo un'operazione chirurgica. Qualora si manifestino complicanze tali da escludere l'assoluta normalità del decorso post-operatorio, sul medico grava comunque un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato"* (*Cass. sent. n. 25145/2025*).

5.2. - Quanto al dott. [Omissis], come emerso dalla ricostruzione sopra riportata, rileva la condotta omissiva consistita nel non aver prescritto alcun antibiotico al paziente in occasione delle dimissioni del 04/05/2007, omettendo, peraltro, di ordinare idonei esami microbiologici o, quantomeno, una consulenza infettivologica in occasione delle dimissioni, sebbene, circa due settimane prima, il paziente fosse risultato positivo al batterio *Pseudomonas Stutzeri*, mentre in sede di successivo ricovero del 15/05/2007, lo stesso giorno risultava

positivo al batterio *Staphylococcus Aureus* (rif.: supra, il capo 4.4.);

5.3. - Passando alla condotta del dott. [Omissis], la Procura regionale ha contestato l'inadeguatezza della terapia antibiotica prescritta in occasione del ricovero del 13-14/08/2007 sulla base della CTU, che aveva rilevato che *"L'esame della cartella evidenzia la prescrizione di tre somministrazioni di Cefuroxim alle ore 8,00, ore 18 del 14.08.007 e alle ore 08 del giorno 15.08.07. Date le caratteristiche della lesione riportata nella descrizione dell'intervento chirurgico, (presenza di una fistola che giunge sino al piano osteoarticolare), il trattamento antibiotico (effettuato e costituito in totale da una sola somministrazione di cefuroxim, antibiotico beta lattamico della famiglia delle cefalosporine,) è da considerare assolutamente inefficace per dosaggio e durata in quanto il p ha lasciato il reparto per dimissione alle ore 17,45 e la somministrazione delle ore 18 non risulta controfirmata".* Orbene, al riguardo il Collegio non ritiene che la condotta del dott. [Omissis] possa ritenersi illecita, posto che dagli atti emerge che il paziente poco prima del ricovero di cui trattasi - e precisamente il 25/07/2007 - era risultato negativo all'esame batteriologico eseguito sulla ferita chirurgica. In disparte ciò, va considerato che il dott. [Omissis] ha eseguito, in data 14/08/2007, l'operazione di toilette chirurgica prescrivendo tre dosi di antibiotico come riportato nella cartella clinica (rif.: supra, il capo 4.6.). Il paziente risulta dimesso lo stesso giorno dell'intervento dal dott. [Omissis] [Omissis], alle ore 17:11, ossia prima dell'orario in cui avrebbe dovuto assumere la seconda dose di antibiotico della giornata (circa alle ore 20, ossia 8 ore dopo l'intervento, iniziato alle 11:30). Il fatto che il paziente sia stato dimesso prima

dell'orario della seconda dose antibiotica prescritta non può costituire motivo di addebiti al dott. [Omissis] a titolo di inadeguatezza della terapia antibiotica, né può ritenersi, come incongruamente ritenuto dal in sede di CTU, che la terapia antibiotica - consistita, per quanto riguarda il tempo di effettivo ricovero - in una sola dose di *cefuroxim* fosse inadeguata per tempo e dosaggio, posto che le prescrizioni dal dott. [Omissis] prevedevano tre dosi di antibiotico, di cui due da effettuare, considerati i tempi, dopo le dimissioni. La condotta illecita sarebbe, semmai, da rintracciare in capo al sanitario che, a fronte di ulteriori due dosi di antibiotico prescritte dal dott. [Omissis] da assumere dopo l'orario di dimissione, nulla indicava nella lettera. Al riguardo si annota che il paziente veniva dimesso dal dott. [Omissis] [Omissis].

5.4. - Quanto al dott. [Omissis], Primario del Reparto, la condotta rilevante consiste nel non aver effettuato la dovuta vigilanza sull'attività svolta dal personale del Reparto da lui diretto, in violazione dell'art. 7, d.P.R. n. 128/1969 che, peraltro, al comma 3 attribuisce al Primario la responsabilità dei malati. Con riguardo alla particolare posizione del medico in posizione apicale, la Suprema Corte di Cassazione ha da tempo affermato che questi - sebbene con l'assegnazione dei pazienti operi una vera e propria «delega di funzioni impeditive dell'evento» in capo al medico in posizione subalterna - non si libera completamente della propria originaria posizione di garanzia, conservando una posizione di vigilanza, indirizzo e controllo sull'operato dei delegati che si traduce, in definitiva, nella verifica del corretto espletamento delle

funzioni delegate e nella facoltà di esercitare il residuale potere di avocazione alla propria diretta responsabilità di uno specifico caso clinico (*Cass., sent. n. 50619/2019*). Da tanto consegue che la responsabilità del Primario ospedaliero è, quindi, esclusa ove questi abbia correttamente svolto i propri compiti di organizzazione, direzione, coordinamento e controllo e, ciononostante, si verifichi un evento infausto causato da un medico della propria struttura, non potendosi configurare in capo a questi una responsabilità di posizione (*Cass., sent. n. 18334/2017*). Ebbene, nel caso di specie ritiene il Collegio che il convenuto [Omissis] non abbia correttamente adempiuto ai predetti obblighi di vigilanza e di controllo sui delegati, posta la complessiva gestione, nel corso dei vari ricoveri, del paziente, caratterizzata, per come sopra enucleato, da una abnorme trascuratezza al profilo diagnostico, denotata dai reiterati ricoveri presso il medesimo Reparto e dalle complicanze determinatesi nel sottostante caso clinico, a causa dell'omesso svolgimento di esami specifici, e a quello terapeutico, fondamentale integrata dalla mancata prescrizione di terapie antibiotiche all'atto delle dimissioni dello specifico paziente, in più occasioni dallo stesso Primario inviato ai ricoveri (*cf. supra, i capi 4.4., 4.6. e 4.7. nonché infra*) e che aveva altresì operato (*il 25/06/2007; cf. supra, il capo 4.5. nonché infra*). L'inadempimento dell'obbligo di vigilanza e controllo, a parere del Collegio, risulta dimostrato dal fatto che il Primario [Omissis] era ben a conoscenza della situazione clinica del paziente, posto sia che nei ricoveri del 15/05/2007, del 13/08/2007 e del 03/09/2007 lo stesso risulta come "medico inviante", e che lui

stesso ha effettuato la toilette chirurgica dell'ultimo dei tre ricoveri citati, nel quale non ha proceduto a prescrivere alcuna terapia antibiotica, che non risulta, infatti, dall'esame della cartella clinica e nemmeno dalla lettera di dimissioni, firmate da altro sanitario non convenuto. In altri termini, deve ritenersi che il dott. [Omissis] fosse ben a conoscenza della situazione clinica del paziente che andava sempre più degenerando e, ciò nonostante, non interveniva affinché venissero affrontate e debellate le continue infezioni batteriche in più occasioni rilevate.

6. - Scrutate le singole posizioni dei convenuti con riferimento al profilo dell'oggettività degli illeciti ai medesimi ascritti, occorre ora verificare se, con riferimento a quelle accertate, sussista l'elemento soggettivo della responsabilità amministrativa.

6.1. - Per consolidato orientamento giurisprudenziale, la colpa si atteggia come grave qualora si riscontri una sprezzante trascuratezza dei doveri riconnessi allo svolgimento del pubblico servizio, che si manifesta attraverso comportamenti improntati alla massima, ingiustificabile, negligenza, imprudenza ed imperizia (*ex multis*, Sez. II app., n. 154/2024). Nel caso degli esercenti la professione medica, la colpa grave si configura come violazione degli *standard* minimi di diligenza, ovvero nella commissione di errori non scusabili per la loro grossolanità o nell'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione, oppure, ancora, in presenza di ogni altra imprudenza che dimostri macroscopica leggerezza e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera, nonché in condotte

superficiali poste in essere in violazione delle comuni nozioni terapeutiche e di profilassi dettate dalla scienza medica, secondo il livello raggiunto dalla ricerca e impiegato normalmente nella pratica sanitaria (Sez. II app., n. 256/2024 e Sez. III app., n. 256/2018).

Ovviamente, il giudizio sulla colpa deve essere condotto in un'ottica *ex ante*, ossia valutando se, nella situazione specifica, il sanitario fosse o meno in condizione, usando la dovuta diligenza, di prevedere o prevenire l'evento dannoso. Infine, sulla valutazione del grado della colpa incide, altresì, la specificità del caso concreto, posto che, come affermato dalla Corte di Cassazione, *"la colpa è lieve non quando la patologia sia grave, ma quando la sua cura sia difficile. È la difficoltà di intervento che rende la colpa meno grave, giudicabile con minor rigore"* (Cass. sent. 15 febbraio 2022 n. 4905).

6.2. - Premessa la nozione di colpa grave in ambito sanitario consolidatasi nella giurisprudenza contabile, occorre interrogarsi sulla perdurante validità della stessa alla luce delle modifiche apportate dalla legge 7 gennaio 2026 n.1, che ha novellato l'art. 1, della legge 14 gennaio 1994 n. 20, applicabile anche ai giudizi pendenti in virtù dell'art. 6, nei seguenti termini: *"Costituisce colpa grave la violazione manifesta delle norme di diritto applicabili, il travisamento del fatto, l'affermazione di un fatto la cui esistenza è incontrastabilmente esclusa dagli atti del procedimento o la negazione di un fatto la cui esistenza risulta incontrastabilmente dagli atti del procedimento. Ai fini della determinazione dei casi in cui sussiste la violazione manifesta delle norme di diritto applicabili si tiene conto, in particolare, del grado di chiarezza e precisione delle norme violate nonché dell'inescusabilità e*

della gravità dell'inosservanza. Non costituisce colpa grave la violazione o l'omissione determinata dal riferimento a indirizzi giurisprudenziali prevalenti o a pareri delle autorità competenti". Il Collegio, condividendo quanto già affermato dalla Sezione Lombardia nella sentenza n. 41/2026, ritiene che la nozione di colpa grave declinata dalla summenzionata novella normativa non possa ritenersi applicabile al caso in esame, relativo a una vicenda di malpractice sanitaria verificatisi prima dell'entrata in vigore delle c.d. leggi Balduzzi (d.l. n. 158/2012, convertito, con modificazioni, con legge n. 189/2012) e Gelli (legge n. 24/2017); ciò, in disparte ogni considerazione circa il coordinamento tra l'art. 1, comma 1, della legge n. 20/1994 e tali normative del settore sanitario, in quanto non applicabili al caso all'esame.

In primis si osserva che, sebbene la legge n. 20/1994 abbia portata generale, la stessa prevede, al primo periodo del primo comma dell'art.1, che la responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di contabilità pubblica è personale e limitata ai fatti e alle omissioni commessi con dolo o colpa grave. Al secondo periodo, il predetto comma contiene la definizione di colpa grave che, tuttavia, non può, per quanto meglio si dirà in seguito, ritenersi esclusiva ed unica e, in quanto tale applicabile a tutti i soggetti sottoposti alla giurisdizione contabile, non essendoci, in questo senso, alcuna previsione specifica e sussistendo ulteriori disposizioni che, per determinati soggetti, prevedono una differente nozione di colpa grave (ad es., l'art. 2, comma 3, del d.lgs. n. 36/2023, in disparte ogni considerazione sul rapporto tra legge speciale anteriore e legge generale successiva).

Innanzitutto, vale evidenziare che la formulazione testuale dell'articolo 1, comma 1, della legge n. 20 del 1994 non osta affatto ad una interpretazione quale quella che qui si ritiene doversi perseguire: difatti, l'elencazione di ipotesi che "costituiscono" colpa grave non è espressamente qualificata come esclusiva; la tassatività dell'elenco (*rectius: la tipizzazione delle fattispecie*), di per sé, nulla dice sulla propria esaustività che, in particolare, nel caso all'esame (*ma anche in ipotetici ulteriori: ad esempio gli ambiti delle attività relative alla Scuola, delle attività delle Forze di Polizia, delle attività produttive ed esecutive*) dà corpo ad una questione afferente all'ambito di applicazione, più che alla possibilità, invero paradossale e indubbiamente non conforme alla *ratio* della riforma (*cfr. infra*), di ritenere esclusa ogni e qualsiasi responsabilità amministrativa dei sanitari sol perché dall'elenco delle fattispecie di colpa grave, tipizzate nell'articolo 1, della legge n. 20 del 1994 come novellato, non risulterebbero definizioni ascrivibili ai medesimi.

Al riguardo, valga fundamentalmente considerare che:

- il sistema della responsabilità amministrativa non ha quale obiettivo riferimento un fenomeno unitario di attività amministrativa, trattandosi di responsabilità non tipizzata;
- la specificazione dell'elemento soggettivo della colpa grave viene dalla novella legislativa dettato quale parametro non della condotta, ma di valutazione del Giudice, solo per determinate fattispecie.

6.2.1. - Segnatamente, la nozione di colpa grave "tipizzata" introdotta dalla legge n. 1/2026, dettata nella prospettiva del giudizio e non del fatto, fa esclusivo riferimento a fattispecie che possono verificarsi

nell'ambito di un "procedimento amministrativo", dovendosi la stessa ritenersi riferita esclusivamente ad attività di tipo procedimentale e provvedimentale, ma non ad attività da tale ambito del tutto esulanti, in tema di presupposti, regole di condotta e relativi profili applicativi e attuativi, come quella posta in essere dal personale sanitario. Ciò si evince chiaramente dall'analisi delle diverse ipotesi che integrano la colpa grave enucleate dal novellato art. 1, comma 1, della L. n. 20/1994, costituite da:

i) violazione manifesta delle "norme di diritto" applicabili, previsione applicabile al procedimento amministrativo, ma non alla gestione di un caso clinico il cui parametro di condotta non si compendia in "norme di diritto" bensì in cogenti *leges artis* e nella corretta prassi clinica, pre-operatoria, operatoria e post-intervento, parametri peraltro declinati, per ogni distinta figura di operatore sanitario, da copiosissima giurisprudenza individuante la regola concreta applicabile al caso reale e non dal legislatore con proposizione generale e astratta;

ii) travisamento del fatto, ipotesi, che, sempre nella materia della colpa medica, rischierebbe di configurare la colpa grave solamente in casi di "sviste" eclatanti del sanitario, non considerando la delicatezza della fattispecie - per i doveri di servizio riconnessi in capo al sanitario - concernente altresì la tutela del "bene" salute (concreto, materiale e costituzionalmente tutelato); con la conseguenza, anch'essa paradossale, che ogni ipotesi di "colpa cosciente", ancorché si tratti della salute se non della vita di un paziente, risulterebbe non perseguibile in termini risarcitori nei confronti del medico che abbia irrazionalmente

"azzardato" nella propria condotta sanitaria. Anche per detto aspetto, perciò, deve ritenersi l'ambito della disposizione tassativa riferito al (solo) contesto delle proposizioni espresse, vale a dire quello del "procedimento amministrativo";

iii) affermazione di un fatto la cui esistenza è incontrastabilmente esclusa "dagli atti del procedimento" ovvero la negazione di un fatto la cui esistenza risulta incontrastabilmente "dagli atti del procedimento": in questo caso appare lampante come l'ipotesi non possa trovare alcuna applicazione nel caso di condotte materiali come quelle sanitarie che non contengono alcun procedimento amministrativo.

6.2.2. - Che la nozione di colpa grave della novella non debba ritenersi esclusiva per tutti i soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti, ma limitata ai casi di attività provvedimentale e procedimentale (*n.d.r.: con parametro interpretativo-applicativo dettato al Giudice contabile*), appare chiaramente anche dai lavori preparatori - ci si riferisce, in particolare, alla relazione di accompagnamento della proposta di legge n. 1621 presentata il 19/12/2023 alla Camera dei Deputati - da cui si evince pianamente che la *ratio* della riforma è stata quella di ovviare alla c.d. "paura della firma" che, si legge, "affligge il funzionamento della pubblica amministrazione italiana". La proposta di legge è, difatti, esclusivamente rivolta agli "amministratori", omettendo, tuttavia, di considerare tutti quei soggetti - comunque sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti - che non operano in tale qualità ma che, sulla base di un rapporto di servizio, con la loro attività, puramente materiale e non provvedimentale, sono in grado di arrecare dei danni diretti o

indiretti alle amministrazioni come, per l'appunto, i medici operanti in strutture pubbliche.

Nel conseguente, ad avviso del Collegio, che considerata l'eterogeneità delle attività e dei soggetti sottoposti alla responsabilità amministrativa della Corte dei conti (per dolo e colpa grave) e la specificità del parametro di giudizio dell'elemento soggettivo nei casi di "attività amministrativa" in senso stretto, la nuova definizione di colpa grave non risulta, *per tabulas*, applicabile alla intera platea dei soggetti ricadenti sotto la giurisdizione della Corte dei conti.

6.2.3. - La diversa impostazione, come già sopra indicato, condurrebbe inoltre alla paradossale conseguenza di un differente atteggiarsi dell'elemento soggettivo a seconda dell'attività svolta, ossia la sussistenza di:

i) un regime di responsabilità per l'attività provvedimentale e procedimentale, in cui si risponde per dolo e, nei casi tassativi, per colpa grave;

ii) un secondo, per attività diverse in cui, a fronte di indubbie circostanze di colpa grave degli agenti (*ad es.*, *l'ipotesi di colpa cosciente del sanitario sopra tratteggiata*), non si risponderebbe, per colpa grave, ma solo per dolo.

Tale impostazione arrecherebbe, evidentemente, un grave *vulnus* alla funzione deterrente che, nella responsabilità amministrativa, convive necessariamente con quella risarcitoria (*Corte cost., sent. n. 203/2022 e n. 132 del 2024*). E ciò, soprattutto, si verificherebbe senza alcuna espressa previsione in tal senso del legislatore, che tuttavia, come già detto, con

la novella normativa è intervenuto con l'esclusivo fine di arginare la c.d.

“paura della firma” (*stato psicologico configurabile solo in chi svolge attività amministrative, ma non certo in chi svolge attività mediche*) e non con quello di introdurre surrettiziamente una significativa limitazione della responsabilità per determinate categorie di soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti; rimanendo del resto inalterata la previsione, quella sì di carattere generale, di cui al primo periodo del comma 1, secondo cui *“la responsabilità dei soggetti sottoposti alla giurisdizione della Corte dei conti in materia di contabilità pubblica è personale e limitata ai fatti e alle omissioni commessi con dolo o colpa grave”*.

6.2.3. - Ne consegue che se è ammissibile che vi siano differenti modulazioni della responsabilità amministrativa, anche in considerazione dell'attività svolta (*si pensi, ad esempio, sempre al caso dei sanitari, per i quali la legge n. 24/2017 ha introdotto un tetto alla responsabilità, individuato nel triplo del reddito professionale, ex art. 9, comma 6*) ciò che deve sempre essere rispettato è il canone della ragionevolezza e della proporzionalità, come da ultimo ricordato dalla Corte costituzionale, nella sentenza n. 132/2024, *precit.*, che, con riferimento all'elemento soggettivo della responsabilità erariale, ha affermato che *“nella giurisprudenza costituzionale è del resto costante l'affermazione che la concreta configurazione della responsabilità amministrativa e la definizione del margine di discostamento dai principi comuni della materia sono rimessi alla discrezionalità del legislatore (sentenze n. 123 del 2023, n. 203 del 2022, n. 355 del 2010, n. 371 del 1998, n. 411 del 1988 e ordinanza n. 168 del 2019), «con il solo limite della non manifesta irragionevolezza e arbitrarietà della scelta»*

(sentenza n. 355 del 2010; nello stesso senso, sentenza n. 371 del 1998, ordinanze n. 168 del 2019, n. 219, n. 221 e n. 286 del 2011)". Ebbene, i predetti canoni non potrebbero ritenersi soddisfatti nel caso in cui indistinte categorie di soggetti (*poiché individuabili solo ex post*) fossero surrettiziamente sottratte alla responsabilità per colpa grave senza che vi sia stata un'espressa previsione legislativa in tal senso, non potendosi, in ultima analisi, nemmeno condurre una compiuta valutazione sul rispetto dei predetti parametri.

Nella citata sentenza, peraltro, il Giudice delle leggi ha espressamente escluso la configurabilità di un regime ordinario di responsabilità che limitasse la responsabilità amministrativa alla sola ipotesi di dolo, posto che *"in tale evenienza, infatti, non si realizzerebbe una ragionevole ripartizione del rischio, che invece sarebbe addossato in modo assolutamente prevalente alla collettività, la quale dovrebbe sopportare integralmente il danno arrecato dall'agente pubblico. I comportamenti macroscopicamente negligenti non sarebbero scoraggiati e, pertanto, la funzione deterrente della responsabilità amministrativa, strumentale al buon andamento dell'amministrazione, ne sarebbe irrimediabilmente indebolita"*. Non sfugge al Collegio, inoltre, che la medesima sentenza ammette la possibilità di circoscrivere alle sole ipotesi di dolo l'elemento soggettivo per un numero limitato di agenti pubblici o per determinate attività amministrative; tuttavia, la stessa Corte, nella sentenza in esame e in altri precedenti ivi richiamati (sentt. n. 108/1967 e n. 1032/1988), ha ribadito che detta limitazione incontra il limite della ragionevolezza e della transitorietà, oltre a soggiacere a criteri logici e razionali di tipo soggettivo.

Ebbene, tali parametri non potrebbero dirsi rispettati, nel caso all'esame, trattando di una esenzione di responsabilità per colpa grave che opererebbe in modo del tutto implicito e non in via transitoria, in assenza della specificazione di qualsivoglia criterio logico di tipo soggettivo. E allora, ricorrendo ad un'interpretazione costituzionalmente orientata della disposizione in esame, che non si ponga, innanzitutto, in contrasto con l'art. 3 Cost., a parere del Collegio la nozione di colpa grave introdotta con la legge n. 1/2026 non può ritenersi applicabile - per tutte le ragioni sopra esposte e motivate - al caso della colpa medica, concernente peraltro un ambito professionale riguardato da disposizioni denotanti la peculiarità della materia (*rif.: le leggi Balduzzi e Gelli*).

7. - Orbene, chiarito il perimetro della nozione di colpa grave applicabile al caso concreto, occorre ora verificare se le condotte sopra enunciate siano assistite, o meno, da colpa grave nei termini non inficiati dalla legge n. 1 del 2026.

7.1. - Quanto al dott. [Omissis], il Collegio ritiene che sussista l'elemento soggettivo della colpa grave. Come già osservato al precedente paragrafo 5.1., la posizione di garanzia che il medico assume nei confronti del paziente non si esaurisce, nel caso di intervento chirurgico, con la conclusione dello stesso, conseguentemente la mancata attivazione del chirurgo che, nonostante la comparsa di una sintomatologia indicativa di un'infezione in atto, specie in considerazione della tipologia di intervento - ossia l'inserimento di una protesi - che ha una maggiore incidenza sulla possibilità di sviluppo di

infezioni, integra non solo una notevole leggerezza ma, specialmente, un disinteresse per la salute del paziente. Sovviene, in tal senso, anche il parere del CTU dott. [Omissis], che ha valutato la terapia antibiotica somministrata successivamente all'intervento del tutto inadeguata ed insufficiente, specie in considerazione del fatto che la condizione clinica del paziente, caratterizzata dalla presenza di lesione cutanea con perdita di sostanza, avrebbe dovuto indurre i sanitari ad effettuare opportuni accertamenti microbiologici, specie in conseguenza dell'intervento di protesizzazione, al fine di poter prescrivere la corretta terapia. A conclusioni del tutto assimilabili è, peraltro, giunto anche il parere del dott. [Omissis], reso per la compagnia assicurativa, nel quale si legge che *“se il rischio di infezione nosocomiale nel caso del sig. P.P. è stato ridotto al minimo in sede profilattica, l'assistenza deve considerarsi carente nelle successive fasi quando, una volta manifestatasi la complicazione, non si è provveduto ad una puntuale e tempestiva ricerca dell'eziologia infettiva, con eventuali consulenze di specialisti infettivologi fin dalle prime fasi (...)”*.

Va poi considerato che, anche alla luce delle richiamate Linee guida (Istituto Superiore di Sanità - Programma Nazionale per le Linee Guida - Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, settembre 2003 *“L'impianto di qualsiasi materiale protesico aumenta il rischio di infezione della ferita e del sito chirurgico, in quanto riduce le difese dell'ospite. In presenza di materiale protesico è infatti sufficiente una carica batterica più bassa per causare l'infezione”*, p. 25), il verificarsi di infezioni nosocomiali in esito all'inserimento di protesi era un'ipotesi del tutto frequente e la cui diagnosi e terapia non apparivano di particolare difficoltà, sicché,

prestando la dovuta diligenza, il dott. [Omissis] sarebbe dovuto intervenire al fine di prevenire l'infezione, cosa che, invece non ha fatto.

7.2. - Passando ad esaminare la condotta del dott. [Omissis], anche in questo caso si reputa sussista la colpa grave. Ritiene il Collegio, infatti, che la dimissione, ad opera del convenuto, di un paziente che circa due settimane prima era risultato positivo al batterio *Pseudomonas Stutzeri* e che era stato ricoverato per una toilette chirurgica della ferita, senza sincerarsi dell'avvenuta effettuazione di indagini approfondite circa l'effettiva guarigione dell'infezione, o la prescrizione di una terapia antibiotica, rappresenti una grave leggerezza da parte del sanitario, tale da integrare i parametri, come sopra già descritti, della colpa medica.

Anche in questo caso, l'indagine sulla sussistenza dell'elemento soggettivo è assistita dalle conclusioni del richiamato parere del CTU dott. [Omissis], per il quale, in occasione delle dimissioni del 04/05/2007 *"una ferita chirurgica in stato di deiscenza in presenza di una protesi recentemente posta pretendeva indubbiamente un accurato approccio diagnostico microbiologico e quindi antibiotico in quanto lesione esposta all'infezione della stessa e all'osteomielite in grado di compromettere l'impianto protesico e soprattutto perché in data 05.04.2007 un esame batteriologico della ferita chirurgica effettuata in regime di DH ortopedico già aveva evidenziato la presenza di pseudomonas stutzeri tipico patogeno ospedaliero dotato di virulenza"*.

7.3. - Quanto al dott. [Omissis], non ritenendo il Collegio integrata alcuna condotta illecita (rif.: *supra*, il capo 5.3.), risultano superflui ulteriori accertamenti.

7.4. - Per quanto riguarda, infine, il dott. [Omissis], sussiste la colpa grave, considerando che il Primario del Reparto, come risulta dagli atti, aveva ben chiari la storia e il quadro clinico del paziente avuto in cura, risultando come medico "inviante" per alcuni ricoveri del medesimo. Difatti, dalla vicenda e dalla gestione complessiva del paziente emerge pianamente come il predetto convenuto abbia ommesso di esercitare una sufficiente vigilanza e un controllo adeguato sull'operato dei medici del Reparto, il che denota, ancora, una grave leggerezza nonché un disinteresse per i beni primari affidate alle sue cure, ossia, in ultima analisi, la salute dei pazienti ricoverati nel Reparto da lui diretto. Quanto alla condotta consistente nell'effettuazione di intervento chirurgico di toilette in data 03/09/2007, senza prescrivere terapia antibiotica, anche in questo caso si ritiene sussista la colpa grave, considerando che la diligenza richiesta ad un chirurgo che effettua un, seppur modesto, intervento su un paziente con la storia clinica del sig. [Omissis] imponeva la somministrazione, quantomeno in termini di profilassi operatoria, di una terapia antibiotica.

8. - Passando all'analisi della sussistenza del nesso di causalità, come affermato dalla giurisprudenza contabile *"anche nel caso di accertamento del danno erariale derivato da malpractice medica, ai fini della ricostruzione del nesso causale, diversamente dall'ambito penale dove vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile e contabile tra le due parti contendenti"* (Sez. III app., sent. n. 127/2027, cfr.

anche, *ex multis*, Sez. III app., sent. n. 61/2025).

Ebbene, nel caso di specie ritiene il Collegio che il danno - consistente nella somma erogata dall'[Omissis] al paziente per l'effetto danneggiato - sia causalmente collegato alle condotte poste altresì in essere dai convenuti, quali sopra descritte. Il danno correlato risulta, infatti, diretta ed immediata conseguenza delle condotte illecite dei sanitari del Nosocomio sopra delineate, nei limiti che dopo si preciseranno ulteriormente, posto che se i convenuti si fossero comportati secondo i parametri minimi di diligenza che l'esercizio della professione medica loro imponeva, considerata la relativa semplicità del caso - di prefigurabilità e prevedibilità con valutazione *ex-ante*, in relazione a diagnosi e terapia - il danno non si sarebbe prodotto, posto che l'infezione, secondo la regola causale del più probabile che non, si sarebbe potuta contenere effettuando gli accertamenti microbiologici che avrebbero permesso di impostare la terapia antibiotica più corretta.

9. - Per quanto concerne la quantificazione, la Procura ha ripartito il danno contestato, pari a € 63.453,81, secondo le seguenti quote:

- € 8.544,45, rispettivamente e singolarmente, addebitate ai dott.ri [Omissis], [Omissis] e [Omissis];
- € 12.186,82, ascritta al dott. [Omissis]
- € 25.633,64, imputata al dott. [Omissis].

Il Collegio conviene con la quantificazione del pregiudizio determinata dall'Ufficio requirente, reputando, quindi che tale somma coincida con il danno arrecato all'[Omissis], ma ritiene che dalla somma debba essere defalcata, ai sensi dell'art. 83, c. 2, c.g.c. una quota pari al 40% a causa

della compartecipazione di terzi alla causazione del pregiudizio, tuttavia non convenuti dalla Procura regionale.

Dalla documentazione versata in atti e, in particolare, dalle cartelle cliniche, emerge difatti che i convenuti non furono gli unici sanitari ad avere in cura il paziente, ma che vi erano ulteriori medici coinvolti e non convenuti. In particolare, le dimissioni del primo ricovero, in data 05/03/2007, venivano firmate dal dott. [Omissis] [Omissis] che, al pari dei dott.ri [Omissis] e [Omissis], dimise il paziente senza effettuare accertamenti e senza prescrivere una terapia antibiotica. Risulta, poi, che, oltre al già citato dott. [Omissis], un ulteriore sanitario si occupò del paziente nel corso del successivo ricovero dal 15/05/2007 al 18/07/2007, ossia il dott. [Omissis], che prese parte, come chirurgo, all'intervento di trasposizione del gemello mediale per deiscenza della ferita e toilette chirurgica. Ancora, in data 03/09/2007 il paziente venne dimesso, dopo l'ulteriore toilette chirurgica, dal dott. [Omissis] [Omissis] - che non prescrisse antibiotici né effettuò accertamenti per verificare la presenza dell'infezione - anch'egli non convenuto. Orbene, in considerazione del fatto che i predetti sanitari non convenuti ebbero in cura il paziente, ponendo in essere condotte del tutto assimilabili a quelle sopra descritte, ritiene il Collegio che una quota del 40% del danno azionato dalla Procura debba essere scomputata da quanto addebitabile a titolo risarcitorio ai convenuti.

Dunque, effettuata tale precisazione, il danno risarcibile nell'ambito dell'odierno giudizio risulta pari ad **euro 38.072,29**, che va ripartito tra i dottori [Omissis], [Omissis] e [Omissis]i, considerata altresì la parte

avuta nella vicenda dal dott. [Omissis] ancorché la relativa posizione veniva definita con rito abbreviato.

9.1. - Al riguardo, ritiene il Collegio di dover prescindere da quanto disposto in sede di rito alternativo, posto che, laddove siano individuati come responsabili dal Requirente una pluralità di convenuti, secondo orientamento consolidato, la disciplina del rito abbreviato non attribuisce, nel giudizio di merito concernente gli ulteriori convenuti, portata preclusiva o di giudicato esterno né al decreto ammissivo né alla sentenza definitiva del giudizio abbreviato prescelto da alcuni di questi (rif.: Corte dei conti, Sez. giur. Piemonte, n. 72 del 2024). Questa Sezione, inoltre, ha già avuto modo di sottolineare la differenza ontologica sussistente tra il giudizio di rito abbreviato e quello di merito, atteso che solo nel secondo si addiviene all'accertamento della sussistenza di responsabilità dei convenuti, della certezza ed attualità del danno nonché alla relativa quantificazione e alla determinazione delle quote di questo addebitabili ai soggetti concorrenti per l'apporto concausale alla determinazione dell'evento (rif.: decreto n. 4 del 2026).

Ne consegue che l'ammissione al predetto giudizio abbreviato (*a cui, è conseguito il pagamento della somma quantificata con deliberazione sommaria dal Collegio*), non impedisce la riconsiderazione della posizione del convenuto che vi ha acceduto ai soli fini della ripartizione del danno tra coloro che non hanno optato per la definizione alternativa della causa.

9.2. - Passando, quindi, al riparto individuale dell'importo addebitabile ai singoli convenuti, si scruta innanzitutto la posizione del dott. [Omissis]. Il Collegio valuta che alla condotta posta in essere dal

sanitario, consistente nell'omissione di esami di approfondimento circa la persistenza dell'infezione e la mancata prescrizione della terapia antibiotica in sede di dimissione (*cf. supra, il capo 5.2.*), debba essere associata una quota pari al 15% del danno risarcibile, quale sopra enucleato, dell'importo pertanto di **euro 5.710,84**.

9.3. - Identica quota del 15%, ancorché di compartecipazione a fini di riparto, meramente figurativa, si ritiene associabile al convenuto ammesso al rito abbreviato (*rif.: supra, il capo 9.1.*) considerato che le condotte ascrivibili al medesimo si configurano identiche a quelle del dott. [Omissis].

9.4. - Il Collegio ritiene, quindi, che al dott. [Omissis], in considerazione della posizione rivestita di Primario del Reparto e della condotta posta in essere (*rif.: supra, il punto 5.4.*), la quota di danno risarcibile come conseguenza immediata e diretta della condotta tenuta sia pari al 45% del danno come sopra riparametrato, ossia **euro 17.132,53**.

9.5. - Quanto al dott. [Omissis] in considerazione della posizione di garanzia rivestita in qualità di chirurgo che operò, per primo, il paziente senza, tuttavia, avere sufficiente cura del lungo decorso post-operatorio esitato in una grave infezione (*rif.: supra, il capo 5.1.*), ritiene il Collegio che la quota da addebitare risulti pari al 25% del danno risarcibile, come sopra definito, ossia **euro 9.518,07**.

10. - In punto di applicazione della legge n. 20 del 1994, come modificata alla legge n. 1 del 2026, il Collegio ritiene quanto segue.

Ai fini della determinazione del danno rileva, *in primis*, l'articolo 1, comma 1-bis, secondo il quale:

- 1-bis - Nel giudizio di responsabilità, fermi restando il potere di riduzione e l'obbligo di esercizio del potere riduttivo nei casi previsti dal comma 1-octies del presente articolo, nella quantificazione del danno deve tenersi conto dell'eventuale concorso dell'amministrazione danneggiata nella produzione del danno medesimo e dei vantaggi comunque conseguiti dall'amministrazione di appartenenza, o da altra amministrazione, o dalla comunità amministrata in relazione al comportamento degli amministratori o dei dipendenti pubblici soggetti al giudizio di responsabilità".

Al riguardo, valuta il Collegio che, nel "potere di riduzione" del "pregiudizio accertato" vadano ascritti:

- sia quello obbligatorio previsto dall'articolo 83, comma 2 del decreto legislativo n. 174 del 2016: "2. Quando il fatto dannoso è causato da più persone ed alcune di esse non sono state convenute nello stesso processo, se si tratta di responsabilità parziaria, il giudice tiene conto di tale circostanza ai fini della determinazione della minor somma da porre a carico dei condebitori nei confronti dei quali pronuncia sentenza";

- sia quello facoltativo recato dagli articoli 83, del R.D. n. 2440/1923 e 52 del R.D. n. 1214/1934 e 19 del d.P.R. n. 3 del 1957, a mente dei quali, pressoché identicamente: "La corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto".

Ciò, nel merito, nell'ordine di seguito indicato:

a) della prima riduzione si è fatta applicazione (rif.: supra, il capo 9.);

b) non si evidenziano, in fattispecie, ipotesi di "eventuale concorso" dell'Amministrazione danneggiata nella produzione del danno né

vantaggi comunque conseguiti in relazione al comportamento dei dipendenti pubblici assoggettati al giudizio odierno;

c) infine, con riferimento alla seconda “possibilità” di riduzione (*quello facoltativo recato dagli articoli 83, del R.D. n. 2440/1923 e 52 del R.D. n. 1214/1934 e 19 del d.P.R. n. 3 del 1957*), ritiene il Collegio che non sussistano circostanze giustificative, considerate le condizioni di determinazione del pregiudizio, l’importo dello stesso e il riparto del medesimo tra la pluralità dei convenuti (rif.: *Corte cost. n. 203 del 2022: “Nell’esercizio del “potere riduttivo” che rende possibile una attenuazione della responsabilità amministrativa, nei singoli casi, il giudice contabile può anche tener conto delle capacità economiche del soggetto responsabile, oltre che del comportamento, al livello della responsabilità e del danno effettivamente cagionato”*).

11. - Sempre in punto di applicazione della legge n. 1 del 2026, segnatamente con riferimento all’articolo 1, comma 1-*octies*, secondo il quale:

*“1-*octies* - Salvi i casi di danno cagionato con dolo o di illecito arricchimento, la Corte dei conti esercita il potere di riduzione ponendo a carico del responsabile, in quanto conseguenza immediata e diretta della sua condotta, il danno o il valore perduto per un importo non superiore al 30 per cento del pregiudizio accertato e, comunque, non superiore al doppio della retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta lesiva causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, ovvero non superiore al doppio del corrispettivo o dell'indennità percepiti per il servizio reso all'amministrazione o per la funzione o l'ufficio svolti, che hanno causato il*

pregiudizio”, si deve fondamentalmente chiarire che si tratta, in questo caso, di dare attuazione al potere di riduzione “obbligatorio” dettato dalla norma, per quanto espressamente precisato al precedente comma 1-bis (cfr. *supra*, il capo 10.).

Tale disposizione, pur introducendo “un “potere” di riduzione “obbligatorio” (dunque di un “dovere” di riduzione), che comporta nella specie l’addebito, in capo alle convenute, di un importo “non superiore al 30% del pregiudizio accertato” (in termini, Corte dei conti, Sez. Lombardia n. 41 del 2026, *precit.*), deve ritenersi d’applicazione **non** soggettiva - nell’ipotesi di più convenuti nello stesso giudizio per quanto di successiva motivazione.

Basti considerare, con riferimento a quanto sopra nel merito accertato, che l’eventuale opzione dell’applicazione “soggettiva” comporterebbe la riduzione degli importi risarcitori correlati alle responsabilità dei singoli convenuti (cfr. *supra*, i capi 9.2., 9.4. e 9.5.) al relativo 30%, vale a dire:

- per il convenuto [Omissis]: euro 5.139,76, in luogo di 17.132,53;

- per il convenuto [Omissis]: euro 2.855,42 in luogo di 9.518,07;

- per il convenuto [Omissis]: euro 1.713,25 in luogo di 5.710,84.

Tale opzione ermeneutica, tuttavia non si configurerebbe conforme al testo della disposizione né, tantomeno, alla *ratio* della stessa, di fatti:

i) la disposizione testualmente prevede l’applicazione del potere riduttivo in relazione al “pregiudizio accertato” che, per consolidata giurisprudenza della Corte dei conti, coincide con il danno complessivamente accertato dal Giudice nel giudizio di responsabilità

amministrativa, concetto, questo, ontologicamente - oltre che testualmente - differente dal “*pregiudizio addebitabile*” a ogni convenuto, vale a dire l’importo al netto delle riduzioni previste dalle norme antecedenti alla legge n. 1 del 2026, ancora attuali. Conseguentemente, il Giudice è chiamato ad esercitare il potere riduttivo obbligatorio in modo da non addebitare al singolo convenuto, in quanto conseguenza diretta ed immediata della sua condotta, una quota superiore al 30% del danno complessivamente accertato;

ii) la riduzione degli importi singolarmente addebitabili al 30% contrasterebbe con le finalità di deterrenza associate all’istituto della responsabilità amministrativa (*rif.: Corte cost., n. 203 del 2022 e n. 132 del 2024*), con conseguente sostanziale elusione del fondamentale parametro costituzionale precitato;

iii) una simile interpretazione non terrebbe conto della sussistenza, comunque, del “*tetto*” ulteriore rappresentato dal doppio del corrispettivo o dell’indennità percepiti, che, invece, indurrebbe a ritenere che anche il legislatore si sia sostanzialmente posto il tema del contenimento dei risarcimenti di maggiore importo soggettivo e non degli ulteriori;

iv) tale impostazione ermeneutica non considererebbe che la previsione di un doppio “*potere riduttivo*” - ammessa dal precitato comma 1-*bis* - si prefigurerebbe ingiustificata, posto che l’ordinario potere riduttivo, riconnesso ad un potere discrezionale del Giudice, non troverebbe più una sua autonoma giustificazione a causa dell’applicazione in modo soggettivo di quello obbligatorio, riverberando altresì in termini di

progressiva irrisorietà del danno addebitabile - al crescere del numero

dei convenuti - effetto che, come detto, contravverrebbe alla natura

anche deterrente della responsabilità amministrativa;

v) tale interpretazione, infine, avrebbe la paradossale conseguenza di

operare un'ingiustificata discriminazione tra il convenuto chiamato a

rispondere singolarmente del danno, cui verrebbe imputato il 30% dello

stesso, e quelli chiamati collettivamente, che vedrebbero la singola

quota di danno loro attribuibile ridotta del 30%, rispondendo, quindi,

per una percentuale di danno ancora minore, come sopra precisato.

Tutto ciò, peraltro, neppure sembrerebbe giustificarsi con la

formulazione testuale della novella, considerato che non si

configurerebbero differenti impostazioni tra i seguenti limiti, da

considerare entrambi - secondo questo Collegio - in termini di "tetti":

a) il danno o il valore perduto per un importo non superiore al 30 per cento del

pregiudizio accertato;

b) il danno o il valore perduto per un importo non superiore al doppio del

corrispettivo o dell'indennità percepiti per il servizio reso all'amministrazione

o per la funzione o l'ufficio svolti, che hanno causato il pregiudizio.

Peraltro, in considerazione della *ratio* della norma - chiaramente

individuabile nella previsione di un limite (*indicato dai precitati tetti*) al

quantum del risarcimento che il funzionario pubblico, siccome afflitto

dalla "paura della firma", può essere chiamato a corrispondere - deve

ritenersi che, qualora il danno addebitabile a seguito dell'esame del

Giudice sia di per sé stesso già inferiore al 30% del pregiudizio accertato,

tale potere riduttivo obbligatorio non debba essere esercitato, essendo il

quantum del risarcimento già conforme a quanto richiesto dal ridetto comma 1-*octies*.

Ne consegue, quindi, che, all'esito delle parametrizzazioni (*rectius: applicazione dei criteri*) di cui al capo 10. che precede, questo Giudice risulta tenuto a valutare l'applicazione - complementare e non aggiuntiva - dei due precitati tetti:

- quello del 30% del pregiudizio accertato (*nel caso pari al 30% di euro 63.453,81*), limite equivalente all'importo di euro **19.036,14**, in quanto "tetto" valevole per tutti i convenuti condannati, a cui le quote di danno, siccome sopra individuate, risultano conformi poiché inferiori;

- quello del doppio del corrispettivo percepito per il servizio reso, nel caso di specie, dato l'ammontare degli addebiti, irrilevante.

12. - Per tutto quanto sopra richiamato e motivato, la domanda della Procura regionale, in quanto parzialmente fondata, deve essere accolta

- previa assoluzione del convenuto [Omissis] - con la condanna dei restanti convenuti al pagamento della complessiva somma di euro

32.361,44 (*trentaduemilaseicentouno/44*), ripartita nei seguenti importi, nessuno superiore ai limiti dettati dall'articolo 1, comma 1-*octies* della

legge n. 20 del 1994 (*rif.: supra, il capo 11. che precede*), in favore dell'[Omissis] [Omissis] "[Omissis] [Omissis]" di [Omissis]:

- euro 17.132,53, a carico del dott. [Omissis] [Omissis];

- euro 9.518,07, a carico del dott. [Omissis] [Omissis];

- euro 5.710,84, a carico del dott. [Omissis] [Omissis].

13. - Si liquidano le spese di giudizio nei termini di cui in motivazione.

14. - Al rigetto della domanda nei confronti del dott. [Omissis]

conseguere il diritto al rimborso delle spese di lite, che si liquidano nell'ammontare di cui al dispositivo, in conformità ai parametri professionali forensi di cui al D.M. n. 55 del 2014 aggiornati ai sensi del D.M. n. 127 del 2022, con oneri a carico dell'Amministrazione di appartenenza all'epoca dei fatti.

PER QUESTI MOTIVI

la Corte dei conti, Sezione giurisdizionale per la regione Umbria, previa dichiarazione di contumacia dei convenuti [Omissis] [Omissis] ed [Omissis] [Omissis], definitivamente pronunciando sul giudizio in epigrafe, *contrariis reiectis*,

- rigetta la domanda relativamente al convenuto [Omissis] [Omissis] e liquida, in suo favore, le spese difensive in euro 1.100,00 oltre maggiorazione del 15% per rimborso spese forfettarie, che pone a carico dell'Amministrazione di appartenenza;

- accoglie parzialmente la domanda della Procura regionale, nei termini di cui in motivazione, con riferimento agli ulteriori convenuti che, per l'effetto, condanna al risarcimento nei confronti dell'[Omissis]

[Omissis] "[Omissis] [Omissis]" di [Omissis] delle seguenti somme:

- [OMISSIS] [Omissis]: euro **17.132,53**;

- [OMISSIS] [Omissis]: euro **9.518,07**;

- [OMISSIS] [Omissis]: euro **5.710,84**.

Detti importi vanno incrementati della rivalutazione monetaria, da calcolarsi dal momento di consumazione del danno e fino alla pubblicazione della sentenza e degli interessi legali sulle somme rivalutate dalla pubblicazione della sentenza e fino all'effettivo

soddisfo.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e si liquidano nell'importo di euro 209,46 (*diconsi duecentonove/46*) ponendosi il relativo onere a carico dei convenuti in proporzione dell'importo per cui v'è condanna ([OMISSIS] [Omissis: 52,94% pari a € 110,89; [OMISSIS] [Omissis: 29,41% pari a € 61,60; [OMISSIS] [Omissis: 17,65% pari a € 36,97]).

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Perugia, nelle camere di consiglio del 18 febbraio e del 12 marzo 2026.

IL GIUDICE ESTENSORE

IL PRESIDENTE

Elisabetta Conte

Giuseppe De Rosa

(f.to digitalmente)

(f.to digitalmente)

Depositata in Segreteria il 13 aprile 2026.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa 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 dei dati personali delle parti private a tutela dei loro

diritti.

IL PRESIDENTE

Giuseppe De Rosa

(f.to digitalmente)

Depositata in Segreteria il 13 aprile 2026.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(f.to digitalmente)

In esecuzione del provvedimento di cui sopra, in caso di diffusione:

omettere i dati personali delle parti private a tutela dei loro diritti.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(f.to digitalmente)