

CORTE dei CONTI - Sezione I App. - sentenza n. 139 dell'11 settembre 2025

ERRORE FATALE DURANTE UN INTERVENTO CHIRURGICO: RESPONSABILITÀ ERARIALE DELLO SPECIALIZZANDO INSERITO NELL'EQUIPE

La prima sezione giurisdizionale centrale d'appello della Corte dei Conti ha confermato la decisione di primo grado che aveva affermato la sussistenza della responsabilità di un medico specializzando per il danno erariale indiretto determinato dal pagamento effettuato da un ospedale pubblico in favore degli eredi di un paziente deceduto a seguito di errori commessi dall'equipe operatoria di cui il sanitario era un componente. La sentenza resa l'11 settembre 2025, n. 139, offre lo spunto per ricostruire il ruolo e le responsabilità dello specializzando impegnato in compiti di assistenza ai pazienti.

CORTE DEI CONTI - SEZIONE PRIMA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

composta dai seguenti magistrati:

Enrico TORRI - Presidente
Aurelio LAINO - Consigliere
Natale LONGO - Consigliere relatore
Donatella SCANDURRA - Consigliere
Beatrice MENICONI - Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul giudizio di appello in materia di responsabilità iscritto al n. (...) del ruolo generale, proposto dal:

- dott. *OMISSIS* (C.F. *OMISSIS*), residente in *omissis*, rappresentato e difeso dall'Avv. Marcello Campagna (PEC marcello.campagna@legalmail.it) ed elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. Raffaele Sperati (PEC: raffaelesperati@ordineavvocatiroma.org) in Roma, Via Fracassini 4,

- appellante -

CONTRO

- Procura Regionale presso la Sezione Giurisdizionale della Corte dei conti per la Liguria, in persona del Procuratore Regionale (PEC liguria.procura@corteconticert.it);

- Procura Generale della Corte dei conti, in persona del Procuratore Generale (PEC procura.generale.appelli@corteconticert.it)

- appellate -

avverso

la sentenza n. 55/2023 della Corte dei conti Sezione Giurisdizionale della Liguria depositata il 14 giugno 2023 e notificata all'appellante in data 4 luglio 2023;

VISTO l'appello, gli atti e i documenti di causa;

UDITI, all'udienza del 13 giugno 2025, il relatore Cons. Natale Longo, l'avv. Marcello Campagna per l'appellante e il V.P.G. Fabrizio Cerioni, con l'assistenza della dott.ssa C.S..

Svolgimento del processo

In data 25 luglio 2014, un'equipe medica dell'Ospedale *omissis* di Genova, composta dai dott. *omissis*, *omissis* e *omissis*, ha eseguito un'operazione chirurgica di emicolectomia sinistra con tecnica laparoscopica ai fini della rimozione di un adenocarcinoma, a seguito della quale, per la "non corretta suturazione metallica" del moncone sigmoideo/rettale distale del grosso intestino, si determinava una peritonite stercoracea diffusa e, conseguentemente, nonostante un nuovo intervento eseguito il 26 luglio 2014, uno shock settico (con conseguente tromboembolia polmonare) che cagionava la morte del paziente.

A seguito dell'azione di responsabilità civile degli eredi, l'Ospedale policlinico *omissis* di Genova, considerata l'avvenuta condanna penale dei medici sia in primo che in secondo grado, ha stipulato con gli istanti una transazione, con conseguente erogazione, costituente danno erariale indiretto, della somma di Euro 500.000,00 ai parenti del de cuius, oltre a Euro 43.773,60 in favore del difensore (in precedenza era stata già pagata una provvisoria per complessivi Euro 37.295,60). La Procura regionale ha quindi esercitato l'azione di responsabilità amministrativa avverso i tre medici, chiedendo loro il risarcimento del danno erariale colpevolmente generato, ripartito come segue: dott. *omissis* Euro 400.000,00, dott. *omissis* Euro 150.000,00, dott. *omissis* (terzo operatore, all'epoca medico specializzando) Euro 31.069,20, oltre a interessi, rivalutazione monetaria e spese di giudizio.

Con decreto del 25 maggio 2023, la Sezione giurisdizionale ligure ha accolto l'istanza di rito abbreviato presentata dai convenuti dott. *omissis* e dott. *omissis*, la cui posizione è stata dunque stralciata.

Quindi, con la sentenza impugnata, la Sezione giurisdizionale per la regione Liguria ha condannato il dott. *omissis* a risarcire al predetto nosocomio la somma di Euro 29.053,46, oltre a rivalutazione monetaria dal 1° settembre 2021, interessi legali e spese di giudizio.

Avverso detta sentenza ha proposto appello il dott. *omissis*, articolando i motivi di impugnazione di seguito compendiatamente.

A) Violazione di legge e insufficiente ed errata motivazione nel respingere l'eccezione di rinuncia dell'azione di regresso e rivalsa.

La sentenza impugnata sarebbe errata in quanto detta conciliazione (allegata alla delibera), stipulata tra gli eredi, l'azienda e i professionisti in questione, prevede espressamente che le parti dichiarano di rinunciare a qualsivoglia ulteriore diverso diritto e/o azione comunque connessa al pendente sovra richiamato giudizio, dedotto o deducibile in qualsiasi sede già azionato o anche solo azionando, che, pertanto, s'intende espressamente transatto".

La sentenza gravata sarebbe in particolare censurabile sia nella parte in cui sostiene che la transazione riguarderebbe soltanto gli eredi e l'Azienda, sia laddove afferma che l'azione per danno erariale sarebbe irrinunciabile (non vi sarebbe alcun interesse pubblico al corretto impiego delle risorse, essendo medico non strutturato e specializzando), sia infine allorché richiama l'art. 13 della Legge Gelli (L. n. 24 del 2017), ove esclude la possibilità di rivalsa e regresso solo nel

solo caso in cui gli esercenti la professione sanitaria non siano stati informati dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato con invito a prendervi parte.

Quanto a quest'ultimo aspetto, l'appellante ha sostenuto che il giudice avrebbe impropriamente sollevato d'ufficio detta eccezione (in quanto, nel caso in esame, i medici avevano preso parte alla transazione), sia in quanto nella transazione le parti (medici compresi) avevano per l'appunto previsto la rinuncia a qualsiasi ulteriore azione. B) Insufficiente, errata e contraddittoria motivazione, nonché travisamento dei fatti, nell'affermare la sussistenza della colpa grave in capo al Dott. *omissis* ed il nesso di causa tra condotta dello stesso e danno lamentato.

L'appellante ha sostenuto che non potrebbe riscontrarsi una colpa grave a carico del dott. *omissis*, in quanto terzo operatore dell'equipe e, all'epoca dei fatti, medico specializzando in Chirurgia generale, partecipante in tale veste all'intervento chirurgico del 25.07.2014.

La difesa ha in proposito evidenziato che il medico in questione non ha eseguito materialmente né l'intervento, né la sutura, e che lo stesso utilizzava entrambe le proprie mani per tenere aperto il campo operatorio (teneva i due lembi dell'addome inciso), poteva assistere, ma non poteva intervenire, sia per il suo ruolo e rango, sia perché aveva entrambe le mani impegnate.

La sentenza gravata, dopo aver precisato (sulla base degli atti) che l'"infezione non risulta essere stata cagionata dalla deiscenza, i.e. dalla riapertura spontanea della sutura, bensì dalla mancata applicazione delle graffette, che, a sua volta, ha dato luogo alla spontanea riapertura e alle conseguenze deprecabili di questa", ha imputato l'illecito a tutti i medici dell'equipe, che dovevano verificare l'esecuzione della sutura a regola d'arte, evidenziando altresì come "La presenza o meno della sutura fosse facilmente visibile, già nel corso del primo intervento, anche da parte del dott. *omissis*, che, essendo in prima linea sul campo operatorio, avrebbe potuto e dovuto accorgersi dell'errore".

Secondo l'appellante, la documentazione in atti evidenzerebbe che il controllo della sutura doveva essere non solo visivo, ma anche e soprattutto manuale e che doveva essere fatto dal "chirurgo" che aveva "eseguito l'anastomosi a mano", attività non effettuate dal dott. *omissis*.

Inoltre, l'appellante ha riferito che il Consiglio di disciplina dell'ordine dei medici, all'unanimità, ha ritenuto di non infliggere sanzione alcuna al dott. *omissis*, reputando che "il ruolo di terzo operatore assunto dal Dott. *omissis*, oltretutto accompagnato da un bagaglio professionale di medico specializzando, fosse tale da precludergli un approccio diverso rispetto a quello effettivamente tenuto. In altri termini, questa Commissione ritiene che nel caso di specie non possa attribuirsi al Dott. *omissis* né una colpevole omissione di vigilanza sull'attività dei Colleghi e sul funzionamento della macchina suturatrice né la partecipazione a manovre chirurgiche errate".

C) Violazione di Legge e Insufficiente ed errata motivazione, nonché travisamento dei fatti, laddove ritiene sussistente un obbligo di vigilanza in capo al Dott. *omissis* nei confronti degli altri operatori.

Premesso che l'accertamento penale fa espresso riferimento ad un singolo atto operatorio specificamente individuato quale causa delle lesioni, ovvero la non corretta esecuzione della sutura ed il successivo mancato controllo (manuale) della stessa, l'appellante ha evidenziato che il dott. *omissis* era il terzo operatore, non ha materialmente eseguito la sutura, era medico specializzando (sarebbe stato lì per imparare e non per correggere) e "il suo contributo materiale è consistito

nel mantenere (utilizzando evidentemente entrambe le proprie due uniche mani) aperto e libero il campo operatorio".

In proposito, l'appellante ha richiamato il d.lgs. n. 368 del 1999, ove si prevede la stipula di un contratto annuale di formazione finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali mediante la frequenza delle attività didattiche formali programmate dal Consiglio della Scuola; detto decreto afferma, secondo la difesa, che in nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica, svolta sotto il tutoraggio di medici formatori, è sostitutiva del personale di ruolo; "tutto ciò che viene svolto dallo specializzando deve sempre essere supervisionato dai tutor e non viceversa".

Pur riconoscendo che, secondo pacifica giurisprudenza, lo specializzando non è un mero esecutore essendogli riconosciuti limitati margini di autonomia, questa riguarderebbe soltanto le attività da lui compiute, mentre non potrebbe ritenersi onerato di verificare l'operato del medico strutturato, tanto più a titolo di colpa grave.

D) Omessa pronuncia e insufficiente motivazione, sull'assenza di nesso di causa per quanto ascritto al Dott. *omissis*.

Premesso che nessuna linea guida prevede l'obbligo del controllo dello specializzando verso il primo e secondo operatore strutturati, l'appellante ha sostenuto che "il comportamento del primo operatore (commissivo ed omissivo) e quello del secondo operatore (omissivo) sono stati da soli autonomamente necessari e sufficienti a causare il danno erariale all'amministrazione sanitaria, che non può certamente ritenersi lesa (come invece hanno fatto gli eredi del paziente) dall'influente (per tale amministrazione sanitaria) comportamento (di asserito mancato e non dovuto controllo del discente - vigilato nei confronti dell'insegnante-tutor).

L'appellante ha quindi concluso chiedendo l'accoglimento dell'appello con conseguente rigetto della domanda proposta avverso il dott. *omissis*, con vittoria di spese e compensi di entrambi i gradi del giudizio.

Con memoria datata 20.05.2025, ha rassegnato le proprie conclusioni la Procura generale, replicando puntualmente ai suddetti motivi di appello.

A) quanto al primo motivo, la P.G. ha evidenziato come la transazione sia estranea alla fattispecie costitutiva della responsabilità amministrativa che deriva da un illecito dei medici e dall'obbligo di rivalsa dell'amministrazione danneggiata ex art. 22 del DPR 10 gennaio 1957, n. 3 e costituisce solo una modalità di definizione dell'obbligazione risarcitoria verso il terzo danneggiato.

B-D) Con riguardo al secondo e al quarto motivo di appello, la P.G. ha evidenziato la sussistenza del nesso causale contestato, considerato che la morte del paziente è stata il risultato di una serie di eventi (febbre, versamento di liquido peritoneale da cui è derivato lo shock settico mortale) conseguenti all'accertata mancata sutura dell'ansa colica intestinale accertata dai periti del Tribunale ed ammessa dagli stessi imputati.

La stessa Cassazione penale (Cass. pen, Sez. V, 3295/2022), adita anche dall'odierno appellante per chiedere l'annullamento della condanna, ha ulteriormente evidenziato che la mancanza della sutura era riscontrabile de visu poiché la semplice adesione per compressione era visibile già nel corso dell'esecuzione dell'anastomosi manuale.

Pertanto, vi sarebbe la colpa grave di ciascuno dei medici dell'equipe, anche dello specializzando (ovviamente tenuto a conoscere come si procedere ad una sutura), in quanto, secondo la giurisprudenza della Corte di cassazione, ogni soggetto deve poter fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti operanti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie (rispondendo ciascuno per la propria condotta o omissione), salvo il dovere di reciproco controllo, al fine di evitare errori comuni, nel caso in cui l'attività dell'équipe sia corale (Cass. pen., Sez. IV, 21 settembre 2009, n. 36580).

C) Quanto alla censura inerente all'insussistenza di un obbligo di vigilanza, la P.G., oltre a richiamare i principi giurisprudenziali sull'attività medica d'equipe, ha richiamato quanto statuito dal giudice di primo grado, il quale ha rilevato che i medici specializzandi sono dottori in medicina e chirurgia, iscritti all'albo ed integrati nella struttura ospedaliera a cui vengono affidate l'esecuzione di prestazioni mediche, anche di responsabilità, non potendo dunque essere equiparati a semplici osservatori o apprendisti.

La Procura generale ha quindi concluso chiedendo il rigetto dell'appello, con condanna dell'appellante al pagamento delle spese di giudizio.

All'udienza del 13 giugno 2025, le parti hanno ulteriormente illustrato le rispettive argomentazioni, insistendo nelle conclusioni già rassegnate.

Motivi della decisione

1. Con il primo motivo di appello, parte appellante ha censurato la sentenza gravata per ritenuta violazione di legge e insufficiente ed errata motivazione nella parte in cui ha respinto l'eccezione fondata sulla rinuncia dell'azione di regresso e rivalsa, avanzata in prime cure sulla scorta dell'atto di conciliazione allegato alla delibera aziendale, in quanto stipulato tra l'azienda S., gli eredi del paziente e anche i componenti dell'equipe medica in questione, laddove si prevede che "le parti dichiarano di rinunciare a qualsivoglia ulteriore diverso diritti e/o azione comunque connessa al pendente sovra richiamato giudizio, dedotto o deducibile in qualsiasi sede già azionato o anche solo azionando, che, pertanto, s'intende espressamente transatto".

In proposito, pare utile evidenziare come la delibera aziendale n. 1389/2021 abbia ad oggetto "transazione della vertenza giudiziale pendente di fronte al Tribunale di Genova intercorrente tra l'ospedale Policlinico e gli eredi del sig. *omissis*. Provvedimenti conseguenti", indicando espressamente la controversia oggetto di transazione.

Nel provvedimento si fa altresì riferimento alla sentenza penale del Tribunale di Genova n. 3009/18, che aveva peraltro condannato i medici in questione al pagamento, a favore degli eredi delle vittime, del risarcimento dei danni cagionati, disponendo altresì una provvisionale.

Nell'allegato atto di conciliazione, si fa analogamente riferimento al contenzioso instaurato, dinanzi al Tribunale civile di Genova, dagli eredi del paziente deceduto avverso l'azienda e i suddetti medici dell'equipe, pervenendo così alla definizione transattiva delle pretese azionate.

Emerge dunque limpidamente come il profilo causale (art. 1965 c.c.) della transazione riguardi detto contenzioso risarcitorio civile e non già un (al tempo) ipotetico giudizio instaurato dalla Procura della Corte dei conti, del tutto estraneo rispetto a quello azionato dagli eredi del paziente deceduto.

D'altra parte, la transazione stipulata e la correlata delibera aziendale prevedono l'erogazione di somme, a beneficio degli eredi del paziente deceduto, a carico esclusivamente dell'azienda S., nel mentre non contempla alcun importo a carico dei medici in questione e a beneficio dell'Azienda S..

In definitiva, la transazione, coerentemente con il profilo causale di regolare la lite civile in corso, non contempla "reciproche concessioni" tra i medici dell'equipe (per i quali sarebbe "a costo zero") e l'azienda S., ma esclusivamente obbligazioni pecuniarie a carico di quest'ultima e a beneficio degli eredi del paziente.

D'altra parte, anche a voler ipotizzare che il testo dell'accordo ricomprenda una soluzione concordata del risarcimento del danno erariale, essa si tradurrebbe nella sostanza in una rinuncia al credito risarcitorio erariale, la cui tutela, secondo pacifica giurisprudenza contabile e in difetto di specifica e contraria disposizione di legge, l'ordinamento affida alla responsabilità ed officiosa iniziativa della Procura della Corte dei conti mediante l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativo-contabile, posta a presidio dell'interesse generale alla conservazione e alla corretta gestione dei beni e dei mezzi economici pubblici.

Peraltro, secondo pacifica giurisprudenza contabile, "si tratta di un'investitura, oltre che esclusiva, anche indisponibile e, come tale irrinunciabile" (C. Conti, sez. II Appello, sen. n. 327/2023), nel mentre presupposto necessario del contratto di transazione "è la capacità delle parti di disporre dei diritti che formano oggetto della lite, mentre non possono essere transatti i diritti indisponibili (art. 1966 c.c.)" (così Sez. II app. n. 111/2020, che richiama Sez. II app n. 621/201; Sez. I app. n. 296/2007, n. 87/2003; Sez. II n. 283/2023)".

Il motivo di appello risulta dunque infondato e dev'essere respinto.

2. Nel merito della ricostruzione dei fatti, osserva innanzitutto il Collegio come la vicenda in questione sia coperta, anche con riguardo all'odierno appellante, da giudicato penale, in quanto il dott. Omissis (insieme agli altri due medici dell'equipe) è stato condannato dal Tribunale penale di Genova per il reato di omicidio colposo ex art. 589 c.p. con sentenza n. 3009/2018 del 13 luglio-21 settembre 2018.

Peraltro, detta pronuncia è stata successivamente confermata, con sentenza della Corte d'Appello di Genova n. 2262/2020 del 22-27 ottobre 2020 e infine con sentenza della Corte di cassazione n. 3295/22 del 12-31 gennaio 2022, con conseguente formazione di un giudicato penale.

In proposito, occorre richiamare il disposto dell'art. 651 del codice di procedura penale, a norma del quale "la sentenza penale irrevocabile di condanna pronunciata in seguito a dibattimento ha efficacia di giudicato, quanto all'accertamento della sussistenza del fatto, della sua illiceità penale e all'affermazione che l'imputato lo ha commesso, nel giudizio civile o amministrativo per le restituzioni e il risarcimento del danno promosso nei confronti del condannato e del responsabile civile che sia stato citato ovvero sia intervenuto nel processo penale".

Ad ogni modo, con riguardo alla ricostruzione dei fatti, dall'esame della documentazione in atti (con particolare riguardo per la CTU disposta in sede penale) emerge che il paziente *omissis*, a seguito di esito di pregresso esame di colonoscopia virtuale, in data 24.07.2014 è stato ricoverato presso l'unità di chirurgia oncologica dell'Ospedale *omissis* per una emi-colectomia sinistra

senza indicazione di diagnosi, a seguito della quale, il giorno seguente, è stato sottoposto ad intervento da parte dell'equipe medica in questione.

L'intervento è stato eseguito in assenza di un previo esame endoscopico pre-operatorio, pur necessario secondo le più accreditate linee guida al fine di pervenire ad una diagnosi precisa e dunque all'individuazione delle corrette strategie di intervento terapeutico.

Al di là di ciò, l'esame istologico eseguito successivamente ha confermato che si trattava di un adeno-carcinoma del colon T4NOMx, per il quale era necessario l'intervento chirurgico effettivamente eseguito.

L'intervento in questione, di natura programmata (non effettuato in urgenza), si caratterizzava per un rischio modesto di mortalità, quantificabile tra il 2% e il 5% a seconda dei fattori di rischio presentati dal paziente (nel caso di specie non erano stati indicati fattori di rischio, per come evidenziato nella perizia a pag. 46).

Peraltro, nella cartella clinica l'intervento è stato descritto in modo alquanto succinto e carente, senza adeguata esposizione della collocazione e della morfologia della lesione, delle modalità con cui il viscere era stato sezionato distalmente e prossimalmente alla lesione, senza alcun riferimento all'uso di una suturatrice meccanica (c.d. GIA, modello Echelon Flex 60, in grado di tagliare e suturare contemporaneamente), che è stato successivamente riferito dai chirurghi e riscontrato dall'esame del pezzo operatorio asportato.

L'intervento è stato eseguito mediante laparoscopia, con la rimozione della neoplasia a livello del sigma prossimale. I vasi mesenterici sono stati isolati e sezionati all'origine mediante "clips". Per come riferito successivamente dai chirurghi (la circostanza non risulta in cartella clinica), la continuità intestinale è stata ripristinata con anastomosi latero laterale iso-peristaltica manuale (non descritta in cartella), eseguita in modalità extra corporea estrinsecando i capi intestinali attraverso un'incisione di servizio collocata sul fianco sinistro.

Secondo la CTU, la resezione distale del pezzo operatorio verosimilmente non fu fatta a livello del retto superiore ma quantomeno a livello del sigma, "scelta demolitiva e ricostruttiva" che "lascia qualche perplessità perché è universalmente noto che la dove si leghino e si sezionino i vasi mesenterici inferiori all'origine, la resezione viscerale distale debba necessariamente avvenire a livello del retto per motivi di vascolarizzazione del territorio dei vasi mesenterici inferiori. Nei casi in cui la resezione distale del viscere avvenga prossimalmente al retto il rischio di ischemia intestinale del tratto compreso tra il retto stesso ed il sigma distale diverrebbe molto consistente".

Il giorno stesso, trasferito in reparto di degenza, il paziente accusava un episodio febbrile e nella sera del giorno successivo (*omissis*) compariva un'importante sintomatologia dolorosa associata a dispnea con addome peritonitico e presenza di materiale crepuscolato nel tubo di drenaggio.

Sottoposto il paziente ad una Tac, si riscontrava la presenza di aria libera diffusa peritoneale sopra e sotto mesocolica e "una modesta quota di versamento liquido peritoneale in pelvi, sede periepatica perisplenica ed in pelvi". Dopo l'introduzione di un mezzo di contrasto per via rettale, si evidenziava un diffuso spandimento extraluminale lungo la doccia parieto-colica sinistra sino in sede perisplenica ritenuta verosimilmente conseguente ad una deiscenza chirurgica a livello della anastomosi.

Il paziente fu correttamente riportato d'urgenza in sala operatoria nella mattina del 27.07.2014, allorquando presentava segni di shock e insufficienza multiorgano (sudorazione, marezza cutanea, ipotensione marcata, ipossiemia e marcata neutropenia).

L'accesso chirurgico veniva effettuato ampliando la mini laparotomia in precedenza praticata e si reperiva: una discreta quantità di liquido torbido ed enterico (in massima parte raccolto nel tubo di drenaggio), l'integrità della anastomosi colon rettale confezionata mediante sutura manuale, ma la totale beanza della pregressa sutura lineare dell'ansa colica distale con apparente assenza di punti di sutura metallici.

Erano stati effettuati abbondanti lavaggi del cavo addominale con antisettici ed era stata confezionata una colostomia terminale secondo H. in ipocondrio sinistro, utilizzando, secondo quanto hanno riferito in seguito i chirurghi senza che fosse stato annotato in cartella, il tratto distale beante previa estrazione e resezione parziale dell'anastomosi.

La riportata ricostruzione fattuale e medico-legale, effettuata a seguito della richiamata CTU e degli ulteriori mezzi di prova esperiti in sede penale, ha dunque accertato che la sutura dell'ansa colica non è stata eseguita in sede di primo intervento, probabilmente per un non corretto funzionamento della suturatrice, che avrebbe applicato i punti metallici solo su un versante della linea di sezione e non su entrambi. Il pezzo chirurgico asportato era risultato, infatti, perfettamente suturato nel mentre l'ansa colica era beante e priva del tutto di punti, che infatti non sono stati rinvenuti.

Le indagini esperite hanno peraltro consentito di scartare l'ipotesi ricostruttiva, avanzata dalla difesa dei medici, che si sia trattato di un caso di deiscenza, ovvero di riapertura spontanea della sutura, proprio in quanto la stessa non era stata realizzata tenuto conto della mancata applicazione delle graffette (non rinvenute).

Dall'esame dei reperti fotografici ricompresi nella CTU è emerso infatti che, se la sutura fosse stata eseguita, sarebbe stata facilmente visibile, essendo composta da punti metallici che vanno a formare una linea evidente e posta sotto gli occhi dei chirurghi, che avevano peraltro maneggiato manualmente i visceri durante l'esecuzione dell'anastomosi manuale a cielo aperto.

Parimenti, le evidenze probatorie hanno consentito di marginalizzare l'ulteriore ipotesi ricostruttiva, avanzata in sede penale dalle difese dei medici, secondo cui i margini sezionati del viscere sarebbero stati tenuti inizialmente accostati fra loro per effetto della compressione meccanica esercitata dallo strumento dando una parvenza di sutura correttamente eseguita e, solo una volta riposta in addome l'anastomosi alla fine dell'intervento, la pressione dei gas intestinali li avrebbe riaperti.

Anche per questa ipotesi, può rilevarsi che i rilievi fotografici prodotti in sede di CTU rendono evidente che una sutura correttamente eseguita sia perfettamente visibile e caratterizzata da una linea continua di graffette metalliche, che nel caso di una semplice compressione evidentemente non si riscontrano; peraltro, l'ipotetica adesione dei margini per compressione sarebbe venuta meno già durante l'esecuzione dell'anastomosi manuale, nella quale il viscere era stato tenuto in mano dai chirurghi per ripristinare la continuità intestinale.

Inoltre, per come riscontrato agli atti, le graffette, una volta applicate, non si rimuovono spontaneamente, essendo necessario l'utilizzo di una pinza.

La totale assenza di graffette, anche prima dell'esecuzione dei lavaggi e dell'aspirazione dei liquidi, sconfessa parimenti l'ulteriore ipotesi difensiva, avanzata in sede penale, secondo cui la suturatrice avrebbe funzionato solo parzialmente anche sul versante in questione applicando solo qualche sporadico punto metallico che avrebbe tenuto uniti i margini fino alla fine dell'intervento. Peraltro, i consulenti del giudice hanno precisato che, in caso di eventuale malfunzionamento della macchina suturatrice, la chiusura delle viscere ben poteva essere compiuta con la tradizionale sutura manuale.

Appare dunque evidente come i chirurghi abbiano commesso "un grave errore nell'esecuzione materiale della sutura" (in questi termini la sentenza penale di primo grado e quella d'appello, che affermano altresì la "grave imperizia e negligenza dei chirurghi"), in quanto era "preciso dovere dei chirurghi verificare la corretta esecuzione della sutura tanto più se eseguita mediante una suturatrice meccanica poiché in letteratura sono riportati frequenti episodi di malfunzionamento (si veda a pag. 58 della relazione peritale)".

La colpa è stata altresì valutata come grave ("gravità della colpa") dal giudice penale ai fini della determinazione della pena (confermata in appello e in Cassazione)

Peraltro e più analiticamente, la riferita CTU ha condivisibilmente ritenuto che "E' infatti dovere del chirurgo operatore e della equipe porre in atto, durante l'intervento, un costante e vigile controllo sul buon funzionamento delle apparecchiature mediche utilizzate e sul raggiungimento del loro scopo e della loro funzione. Così nell'utilizzo delle varie apparecchiature di sutura automatica deve comunque essere compiuto un controllo della buona riuscita della sutura/anastomosi, controllo evidentemente disatteso nella fattispecie. Per altro, in generale, nel caso di sutura e sezione del grosso intestino con suture meccaniche, la linea di sutura metallica (agraphes metalliche) è ben visibile su entrambi i versanti del viscere sezionato. Va anche ricordato che, se per vari motivi fallisce l'uso della suturatrice, la chiusura del viscere può essere con agio compiuta tramite una tradizionale sutura manuale con mezzi di sintesi tradizionali (fili di sutura). È anche poi prassi corrente che in caso di incertezze sulla tenuta della sutura/sezione meccanica metallica del viscere si sia soliti "proteggere" la linea di sutura/sezione con una ulteriore sutura manuale (cosiddetta "sopraggitto di affondamento") a garanzia della perfetta chiusura del viscere. La verifica deve essere particolarmente accurata, pena la fuoriuscita di materiale intestinale in addome e l'insorgenza di peritoniti stercoracee gravissime. Nel caso di specie, inoltre, la successiva anastomosi (colo rettale) venne confezionata manualmente attraverso la laparotomia e ciò dava una ulteriore possibilità di controllare, in modo semplice, la corretta chiusura del "moncone" intestinale".

3. Dette conclusioni peritali si pongono peraltro in linea con l'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza della Corte di cassazione in materia penale, che ha avuto modo di stigmatizzare la condotta colposa del personale medico (per fatto proprio omissivo) in ipotesi di "mancato o inadeguato controllo del campo operatorio prima della e sino alla chiusura del medesimo" (Cass. sent. n. 34503/2016), attività di stretta competenza medica.

Analogamente, in tema di responsabilità di équipe medica, la consolidata giurisprudenza della suprema Corte ha affermato il principio di diritto secondo cui "ogni sanitario compreso il personale paramedico - è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle

specifiche mansioni svolte, all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico, senza che possa invocarsi il principio di affidamento da parte dell'agente che non abbia osservato una regola precauzionale su cui si innesti l'altrui condotta colposa, poiché la sua responsabilità persiste in base al principio di equivalenza delle cause, salva l'affermazione dell'efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che presenti il carattere di eccezionalità ed imprevedibilità" (Cass. sent. n. 53453/2018; in termini, con riguardo alla responsabilità di tutti i membri dell'equipe, C. conti, Sez. I appello, sent. n. 10/2024).

In proposito, l'appellante, nel secondo e nel terzo motivo di appello, ha evidenziato la circostanza che egli era medico specializzando (svolgente attività sotto il tutoraggio dei medici formatori) e che non ha eseguito materialmente la sutura in questione né, d'altra parte, poteva ritenersi onerato di verificare l'operato dei medici strutturati, primo e secondo operatore.

In proposito, pare utile un richiamo alla disciplina pro tempore vigente in materia di formazione dei medici specializzandi, prevista, in termini generali, dal d.lgs. n. 368 del 1999, il cui articolo 20 subordina il conseguimento del titolo (oltre che ad "insegnamento teorico e pratico") sia alla "formazione effettuata in un ateneo universitario o in una azienda ospedaliera o in un istituto accreditato a tal fine dalle autorità competenti", che alla "partecipazione personale del medico chirurgo candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina".

Nello specifico, la disciplina di formazione dei medici specialisti è contenuta, in termini generali, nel d.lgs. 17 agosto 1999, n. 368, il cui art. art. 20, comma 1, lett. e), subordina l'ottenimento del diploma di medico chirurgo specialista, per quanto nella specie rileva, alla "partecipazione personale del medico...candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina". Le concrete modalità di svolgimento della formazione, che può avvenire in un Ateneo specializzato o in una Azienda ospedaliera o in un Istituto accreditato (art. 20, comma 1, lett. d), sono poi disciplinate dagli artt. 34 e ss. del medesimo decreto legislativo.

Il successivo articolo 37 prevede che "all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico contratto annuale (rinnovabile di anno in anno, n.d.r.) di formazione specialistica finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole...".

Il successivo articolo 38 prevede inoltre che "Con la sottoscrizione del contratto il medico in formazione specialistica si impegna a seguire, con profitto, il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici determinati secondo la normativa vigente in materia, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori, designati annualmente dal consiglio della scuola,

Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, ivi compresa la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia degli interventi pratici che essi devono aver personalmente eseguito per essere ammessi a sostenere la prova finale annuale, sono preventivamente determinati dal consiglio della scuo-

la... 3. La formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore".

L'esame della suddetta disciplina evidenzia dunque come il medico iscritto ad una scuola di specializzazione, al fine di conseguire il titolo, debba seguire con profitto insegnamenti teorici e pratici, nonché partecipare personalmente alle "attività e responsabilità proprie della disciplina".

La formazione del medico specialista implica, per un verso, la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della scuola, ma anche la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia, seppure vincolata alle direttive ricevute dal tutore.

Pertanto, con riguardo al regime di responsabilità (anche per danni all'erario) derivante dalle attività assistenziali o di esecuzione di interventi in autonomia (seppure vincolata alle direttive), ritiene il Collegio, per un verso, che non possa predicarsi, de plano, l'inconfigurabilità della responsabilità dello specializzando in via generale (fatta salva l'ipotesi che lo specializzando abbia errato proprio in esecuzione di erronee direttive ricevute), nonché, per altro verso, che questa debba esser valutata in concreto avuto riguardo ad un insieme di parametri ricostruttivi, tra i quali la mansione in concreto attribuita allo specializzando, il livello di formazione già raggiunto (trattandosi comunque di soggetti già medici e abilitati all'esercizio della professione) e il grado di difficoltà tecnica della prestazione rivelatasi errata.

Orbene, con riguardo al caso di specie, emerge innanzitutto come l'azienda ospedaliera avesse attribuito all'appellante l'incarico di terzo operatore, cioè di componente a tutti gli effetti dell'equipe operatoria, seppure in affiancamento al primo e secondo operatore, senza che risultino documentalmente direttive vincolanti di questi ultimi.

Peraltro, detta evidenza risulta coerente con l'ulteriore elemento fattuale emergente dal compendio probatorio, ovvero che l'appellante era iscritto al penultimo anno del percorso specialistico quinquennale in chirurgia generale (la specializzazione sarà infatti conseguita nel 2015, per come risultante in atti).

D'altra parte, il semplice riscontro dell'avvenuta sutura (pur effettuanda dal primo operatore) costituiva operazione alla portata anche di un semplice medico non specializzato, tanto più, nel caso di specie, avuto riguardo alla concreta dinamica dell'intervento, per come emergente dalla riferita CTU.

In proposito, può esser utile richiamare, oltre a quanto già riportato dalle pag. 29 e ss. della CTU, quanto ritenuto dai periti d'ufficio a pag. 58 dell'elaborato peritale, ove si afferma che "talvolta può essere non agevole osservare le linee di sutura meccaniche posteriori o interne. Nel caso del sig. *omissis*, tuttavia, le linee di sutura meccaniche erano facilmente visibili nella loro completezza".

In definitiva, ciascuno degli operatori dell'equipe evidentemente doveva, quale adempimento proprio (e non già di supervisione o controllo verso i colleghi), e agevolmente poteva verificare l'avvenuta suturazione dell'ansa colica distale, segnalandone l'omissione ai colleghi, con conse-

guente radicamento della colpa grave anche a carico del terzo operatore dott. *omissis*, già medico chirurgo e iscritto al IV anno di specializzazione in chirurgia generale.

I motivi di appello in esame devono dunque essere respinti.

4. Con l'ultimo motivo di appello, l'appellante contesta sostanzialmente l'assenza del nesso di causalità tra la condotta del dott. *omissis* e il decesso del paziente (e il conseguente danno erariale), considerato che il comportamento del primo operatore (commissivo ed omissivo) e quello del secondo operatore (omissivo) sono stati da soli autonomamente necessari e sufficienti a causare il danno erariale all'amministrazione sanitaria.

In proposito, occorre premettere come l'esame della documentazione acquisita in sede penale (con particolare riguardo per la disposta CTU) abbia dimostrato, oltre ogni ragionevole dubbio, che il decesso del paziente sia avvenuto a causa proprio dell'omessa sutura dell'ansa colica distale, in sede di primo intervento chirurgico.

In particolare, secondo la CTU disposta in sede penale e recepita nelle richiamate sentenze, "l'evento trombo embolico polmonare ha determinato effettivamente l'esito mortale ma deve ritenersi come episodio terminale di un processo morboso che si è avviato con la peritonite stercoracea conseguente alla omessa sutura dell'ansa colica distale, ascrivibile alla condotta colposa degli imputati e con la conseguente infezione intestinale che sono da porsi in relazione causale con il decesso del paziente non essendo intervenuti fattori indipendenti ed autonomi rispetto al contesto clinico patologico e, quindi, tali da interrompere il nesso di causalità".

Tanto precisato, sul terreno della ricostruzione causale la riferita tesi dell'appellante non può essere condivisa alla luce dei principi dottrinali e giurisprudenziali (cfr: Cass. S.U. sent. n. 39328/2002) in materia di causalità negli illeciti omissivi c.d. impropri.

In via generale, per detta tipologia di illecito, il riscontro del nesso di causalità si articola (c.d. procedimento di eliminazione mentale) "secondo la tradizionale 'doppia formula', nel senso che: a) la condotta umana 'è' condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti, l'evento non si sarebbe verificato; b) la condotta umana 'non è' condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente mediante il medesimo procedimento, l'evento si sarebbe egualmente verificato".

Orbene, con riguardo al caso di specie, emerge oltre ogni ragionevole dubbio che, qualora il dott. *omissis* avesse segnalato ai colleghi la mancata sutura dell'ansa colica distale, essi avrebbero agevolmente potuto e dovuto, per come emerge chiaramente nella richiamata CTU, procedere all'adempimento anche mediante sutura manuale.

Pertanto, contrariamente a quanto sostenuto nell'atto di appello, il comportamento del primo operatore (commissivo ed omissivo) e quello del secondo operatore (omissivo) non possono ritenersi quali causa esclusiva dell'evento, costituendo invece cause eziologicamente concorrenti con l'omissione ascrivibile al dott. *omissis*.

Da ultimo, si evidenzia peraltro come la sentenza gravata (e prima ancora la Procura regionale) abbia comunque tenuto conto del differente apporto causale (e in genere della peculiarità del caso concreto con riguardo al dott. *omissis*), prevedendo una marcata differenziazione tra i diversi compartecipi nella ripartizione del danno erariale da risarcire.

Pertanto e conclusivamente, l'appello deve essere respinto, con conseguente conferma della sentenza gravata.

5. Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono poste a carico della parte appellante, nella misura quantificata come indicato nel dispositivo.

P.Q.M.

la Corte dei conti, Sezione Prima Giurisdizionale Centrale d'Appello, sull'appello iscritto al n. 61095 del Ruolo generale, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, respinge l'appello del dott. *OMISSIS*, con conseguente conferma della sentenza impugnata.

Condanna altresì l'appellante al pagamento, a beneficio dell'erario, delle spese del presente grado di giudizio, liquidate in Euro 144,00 (centoquarantaquattro/00).

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di rito.

DECRETO

Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 52, comma 2, del d.lgs. del 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal d.lgs. del 10 agosto 2018, n. 101

DISPONE

che, a cura della Segreteria, sia apposta l'annotazione di cui al comma 3 di detto articolo 52, a tutela dei diritti dei soggetti interessati.

Conclusionione

Così disposto in Roma, nella camera di consiglio del giorno 13 giugno 2025.

Depositata in Cancelleria il 11 settembre 2025.