

Nel sottosistema civilistico, quanto all'accertamento della sussistenza della causalità materiale dell'evento e quindi del nesso causale fra le condotte medico-sanitarie e l'evento dannoso, in ordine al quale il danneggiato non ha un onere di prova, bensì di allegazione necessariamente specifica di un inadempimento qualificato del medico, opera il principio di cui all'art.41 cp, che in mancanza di una prova certa e diretta, si sostanzia nella regola *del più probabile che non*, con addebito per intero del fatto dannoso al responsabile, anche in presenza di concausa non elidenti

Quanto al carico risarcitorio delle conseguenze dell'evento dannoso (causalità giuridica) vanno imputate, a titolo di colpa, al responsabile, così individuato, in presenza di concause, quelle e solo quelle derivanti dalle sue condotte commissive o omissive

La norma di cui all'art. 7 terzo comma della l.24/2017 che ha stabilito che *l'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile*, non può ritenersi di interpretazione autentica, ed è di natura sostanziale operando pertanto solo per le condotte mediche poste in essere a far tempo dall'entrata in vigore della legge (1.4.2017)

Anche in virtù del vigente D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 è assente nell'ordinamento una regola di responsabilità oggettiva del Primario per gli errori dei singoli chirurghi

Nei casi in cui il fatto dannoso, di apprezzabile consistenza e serietà, travalicando il mero disagio o un transeunte pregiudizio, ha le caratteristiche del reato, e/o attinge all'offesa di valori tutelati dalla Costituzione, va predicata (in quanto corrispondente ad una innegabile ed insopprimibile realtà empirica) l'esistenza (quale che ne sia la nomenclatura) del *danno esistenziale*

*La metodica del ristoro del danno incrementativo differenziale* non può prescindere dal rilievo che assume la situazione preesistente sotto due principali profili: a) non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo computato a partire in ogni caso dal livello di invalidità preesistente; b) la liquidazione va necessariamente rapportata ad una concreta verifica, secondo le allegazioni delle parti e delle risultanze dell'istruttoria, delle conseguenze negative "incrementative" subite dalla parte lesa.

Nel caso in cui sia prevista nel contratto di assicurazione la *franchigia annua aggregata* che rappresenta l'ammontare fino a concorrenza del quale l'assicurato assume a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di polizza per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in ogni anno assicurativo, è onere dell'assicurato provare, anche con allegazioni utili per ulteriori indagini istruttorie, che il totale dei risarcimenti pagati dal contraente abbia esaurito la franchigia aggregata.



In NOME del POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE di ROMA SEZIONE Sez.XIII°

N. RG.19274-11

REPUBBLICA ITALIANA

Il Giudice **dott. cons. Massimo Moriconi**

nella causa tra

G.C. (avv.ti P.T. e L.R.)  
attore

E

Azienda Ospedaliera XXX in persona del suo legale rappresentante pro tempore  
(avv.V.G., .M., G.F)  
convenuta

E

A.R.(avv.ti C.F. e R.P.)  
convenuta

E

D.A.(avv.V.C.)  
convenuto

E

Assicuratori dei LLOYD'S of London in persona del legale rappresentante pro tempore  
(avv. F.T.)  
terzo chiamato

E

Unipol Assicurazioni spa in persona del legale rappresentante pro tempore (avv. to A.F.)  
terza chiamata dai dott.ri R. e A.

ha emesso e pubblicato, ai sensi dell'art. 281 sexies cpc, alla pubblica udienza del  
26.6.2017 dando lettura del dispositivo e della presente motivazione, facente parte  
integrale del verbale di udienza, la seguente

## S E N T E N Z A

letti gli atti e le istanze delle parti,

osserva:

### **-1-Premesse**

La domanda di G.C. è risultata fondata nell'*an* quanto alle condotte del Nosocomio (non riferibili al Primario, prof. A.) e della dott.ssa A.R., per quanto di seguito indicato.

Riferiva, fra l'altro, l'attore che :

- il 13.12.2006 si era recato presso il P.S. dell'Ospedale S.C. di Roma per l'insorgenza di forti dolori addominali; in tale occasione veniva ricoverato presso la divisione chirurgica dell'Ospedale (13-12/19-12-2006) con diagnosi di accettazione *sospetta ernia diaframmatica in paziente con dolori addominali*;
- veniva operato, quello stesso giorno, dalla dott.ssa R. per appendicetomia senza ulteriori accertamenti (in particolare una TAC) oltre la radiografia già eseguita nonostante che la diagnosi di P.S. fosse orientata verso una possibile ernia diaframmatica;
- a seguito dell'errato intervento della dott.ssa R., era costretto ad un nuovo ricovero in data 20.2.2006, allorché la TAC eseguita confermava la presenza dell'ernia diaframmatica non compresa dal medico operante
- a seguito del tardivo reintervento, al quale ne seguivano un gran numero in gran parte ad opera del prof.A., subiva la perdita quasi totale dell'intestino tenue cosicché la sua vita era completamente e definitivamente stravolta (era iscritto e frequentava la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Roma 3; era stato assunto con contratto a tempo indeterminato presso la 183 D & F Società Cooperativa con un compenso mensile di €1.200 circa; e conduceva una vita normale praticando sport, amici, intrattenendo normali rapporti con la fidanzata, etc.)
- in data 20.10.2010 veniva dichiarato invalido civile al 100% dalla Commissione Medica della Asl RMD di Roma.

Lamentava, fra l'altro, l'attore:

- la mancata dovuta esauriente informazione (consenso informato),

- l'inappropriatezza della metodologia laparoscopica in paziente che già operato, come dichiarato dal paziente, in precedenza per ernia diaframmatica; e come dimostrato dal fatto che nel corso dell'intervento la dott.ssa R.era costretta a procedere con metodo tradizionale (laparotomia);
- la mancata comprensione che l'accertato spostamento della matassa intestinale non dipendeva da una rotazione dei visceri, bensì dalla presenza di un'ernia diaframmatica sinistra;
- la non comprensione da parte dei medici del XXX delle risultanze della RX del torace del 15 dicembre dalle quali si evidenziava la *posizione alta dell'emidiaframma sinistro con disventilazione basale omolaterale* sintomo di presenza di ernia diaframmatica,
- la precoce dimissione in data 19.12.2006 con diagnosi di *appendicite acuta fL.nosa*, quando l'esame istologico del 20.12.2006 indicava una diagnosi di *appendicite cronica con iperplasia del tessuto linfoide*;
- le conseguenze di tale precoce dimissione, a seguito di errata diagnosi e intervento, consistite in primo luogo nel perdurare dell'ernia diaframmatica che non operata, provocava lo strozzamento delle anse intestinali della parete intestinale con conseguente insorgenza di peritonite,
- benché lo psichiatra dell'Ospedale avesse avvertito circa l'indispensabilità di un supporto psicologico a seguito della grave invalidazione subita, nessun supporto di tal genere veniva prestato;
- la non adeguatezza delle prestazioni del Primario prof.A. in particolare per le continue rimozioni e riposizionamento, per mesi, della Bogotà-bag, nonché continue manipolazioni dell'intestino;
- la perdita, a causa di tali errori diagnostici e chirurgici, dell'intestino tenue con conseguente sindrome dell'intestino corto, con frequenti scariche diarroiche, grave sindrome da malassorbimento e necessità di nutrizione parenterale; con grave interferenza sulle attività della vita, pericolo di danni e infezioni agli organi (infezioni subite - e documentate- a seguito dell'accesso di *portcath*);
- la totale compromissione, in una persona di 25 anni alla data dei fatti, delle capacità lavorativa e relazionale, e l'insorgenza di gravi problemi psicologici; l'impossibilità di vivere una vita normale dovendo passare molte ore al giorno per nutrirsi per via

parenterale; dovendo subire 8-9 scariche diarroiche al giorno e di conseguenza non potendo lavorare, senza possibilità di miglioramento.

Alle richieste di risarcimento dei danni patrimoniali e non subiti, replicavano i convenuti respingendo ogni addebito.

Disposta una (prima) consulenza tecnica il cui contenuto pur nell'apprezzabile sforzo dell'ausiliario del Giudice di venire a capo di una indagine molto complessa, mostrava evidenze di non sufficiente approfondimento (il CTU non è un medico legale pur essendo un apprezzato specialista), ed all'esito della (non accettata) proposta ex art. 185 bis cpc di cui all'ordinanza del 3.7.2014, che prevedeva il pagamento a carico dell'Ospedale (e manleva da parte delle assicurazioni) della somma di €1.200.000 a favore del C., il Giudice ne disponeva la rinnovazione.

In particolare con ordinanza del 3.7.2014 il Giudice così motivava:

*Il giudice, che all'attuale esercita con piena consapevolezza e convinzione, il ruolo di peritus peritorum, riserva all'eventuale mancato accordo, l'integrale rinnovazione della consulenza tecnica medico legale, carente ed omissiva nella chiara e netta presa di posizione di quelli che sono, almeno fino al primo atto chirurgico, palesi e documentati errori di diagnosi e di intervento; e poco attendibile (come del resto per altro verso, anche la consulenza di parte attrice) in tema di maggior danno (visto che è solo di questo che si deve parlare).*

*Va sottolineato che il prof. Gianfranco L., C.T.U. incaricato, ha escluso ogni ipotesi di responsabilità dei convenuti (medici e struttura ospedaliera) dopo aver enucleato, sia pure con inusuale profusione di condizionali e sfumata dialettica, svariati momenti e fattori perplessi dei percorsi diagnostici, di indagine e chirurgici.*

*Il primo intervento, che è quello che suscita all'evidenza maggiori interrogativi, non avrebbe del resto avuto alcuna conseguenza in termini di ritardo (così il C.T.U.), è affermazione poco meditata e alla luce dei documenti scientifici prodotti poco credibile.*

*Che occorra forse allora plaudire alla eccezionale preparazione, competenza ed intuito (?) del dott. Carlo Felice D.G. il quale, da semplice medico accettante, stilava la diagnosi (poi obliterata e non approfondita neanche nel corso dell'intervento chirurgico che seguiva, peraltro del tutto fuori tiro) di sospetta ernia diaframmatica in paziente con dolori addominali, evidentemente valorizzando i pregressi riferiti dati anamnestici del paziente; ovvero e per contro, che altrove e da parte di altri vi siano stati deficit di doverose condotte lo si accerterà in prosieguo. Come pure se tali deficit siano stati davvero innocui, visto lo spazio di tempo di una settimana che nel contesto di cui si è letto in atti non è poco.*

La consulenza d'ufficio del prof. P.D.L. e dello specialista nominato.

E' utile trascrivere le sequenze che conducevano al primo ed al secondo intervento chirurgico sulla persona del C.:

*Il 13.12.06, alle ore 2 circa, il periziando G.C., che all'epoca aveva 25 anni, veniva colto da violenti dolori addominali con vomito.*

*Per il perdurare di tale sintomatologia, il C. alle ore 6,19 del 13.12.06 si presentava presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale "XXX", ove veniva tenuto in osservazione fino alle*

ore 13,22; nel corso di quelle ore venivano eseguiti triage, esame obiettivo preliminare (...addome dolente alla palpazione in sede epigastrica...Firmato Dott. T.), esami di laboratorio, esame ecografico (...diffusa distensione delle anse intestinali, prevalentemente del piccolo intestino, che presentano contenuto endoluminale fluido...Firma illeggibile), consulenza chirurgica (Dott. P.: "presenza di cicatrice chirurgica ben consolidata da pregresso intervento di correzione di ernia diaframmatica in età neonatale. L'addome è dolorabile con moderata reazione di difesa nei quadranti superiori. Si consiglia TAC addome. Da rivedere"), esame TAC ("distensione intestinale di tipo fluido prevalentemente ileale...qualche livello...piccola quota di versamento in pelvi. Immagini riferibili in prima ipotesi a relaxatio diaframmatica sinistra con sollevamento degli organi situati in ipocondrio-fianco sinistro; non si può escludere con certezza un'ernia diaframmatica. Potrebbe essere opportuna integrazione con risonanza magnetica per valutazione del profilo diaframmatico...milza e surreni nei limiti, ma dislocata la milza e il surrene sinistro. Firma illeggibile").

Una seconda consulenza chirurgica eseguita in sede di Pronto Soccorso, disponeva il ricovero del paziente in chirurgia d'urgenza, con il seguente referto:

*"Vista la risposta della TAC con sospetta ernia diaframmatica, sofferenza di anse ileali e versamento nel Douglas".*

Alle ore 13,22 il paziente veniva dimesso dal Pronto Soccorso con la seguente diagnosi: *"Sospetta ernia diaframmatica in paziente con dolori addominali. Firma Dott. D.G."*.

*Come già accennato, il paziente veniva ricoverato in reparto di chirurgia d'urgenza, ove alle ore 14,50 veniva riportato in diaria: "sindrome dolorosa addominale, sospetta ernia diaframmatica" senza firma.*

Alle 15,57 veniva eseguito un esame rx del torace in unica proiezione su paziente a letto ("Tenue velatura dell'emitorace di destra. Modesto ispessimento dell'interstizio peri-broncovascolare bilateralmente. Obliterazione del seno costofrenico di sinistra. Immagine cardiomediastinica nei limiti. Firmato Dott. CC.R.").

Alle ore 20 in diaria risulta: *"Dolore emiaddome destro con Blumberg +, non vomito, alcuni conati in mattinata. Immagine TAC di relaxatio diaframmatica sinistra. Manca firma"*.

Alle ore 21 il paziente veniva trasferito in sala operatoria.

Previa sottoscrizione del consenso all'intervento, alle ore 21,20 veniva iniziata l'anestesia. Questo il referto operatorio.

*"Diagnosi pre-operatoria: addome acuto.*

*21,20 inizio anestesia. Primo operatore: dott.ssa R.. Secondo operatore: S.*

*Descrizione dell'intervento: "Laparoscopia esplorativa con tecnica open, si inserisce il trocar di Hasson e si evidenzia un quadro di congelamento intestinale da esiti di peritonite. In fossa iliaca destra non risulta reperibile il cieco. Laparotomia mediana sulla precedente cicatrice. In sede epigastrica, indovata nella parete, si riscontra l'appendice cecale che risulta flemmonosa. Risulta indaginoso la viscerolis per esiti di peritonite. Il cieco è medializzato e la matassa intestinale è prevalentemente disposta a destra ricostituendo i piani nella doccia parietale destra con il peritoneo. Si mobilizza l'intera matassa ileale identificando un quadro di mesenterium commune. Riperitoneizzazione in due aree di disepitelizzazione ileale.*

*Si segnala milza medializzata e adesa alla parete addominale. Drenaggio in doccia parietale destra e nel Douglas. Sutura a strati.*

*Tipo intervento/diagnosi definitiva: appendicite acuta fL.nosa in sede epigastrica adesa alla cicatrice laparotomica; cieco medializzato in mesenterium commune. Adesiolisi”.*

*Alle ore 1,50 del 14.12.06 il paziente veniva estubato. Alle ore 2,20 trasferito in reparto, ove rimaneva degente nei giorni 14, 15, 16, 17, 18 dicembre.*

*In data 19.12.06 il paziente veniva dimesso.*

*Nella scheda di dimissione si legge quanto segue:*

*“Diagnosi: emiaddome acuto destro. Parziale malrotazione intestinale.*

*Aderenze peritoneo-viscerali. Relaxatio diaframmatica”.*

*Nella lettera indirizzata al medico di famiglia, alla dimissione ospedaliera, veniva riportato quanto segue:*

*“Viene dimesso in data odierna il suo paziente Signor C. Guido ricoverato d'urgenza il 13.12.06 nel nostro reparto per addome acuto. In particolare, all'ingresso il paziente presentava un quadro di impegno peritonitico prevalentemente a carico dell'emiaddome destro...all'atto operatorio si riscontrava una appendicite acuta fL.nosa con dislocazione della stessa in sede epigastrica ed indovata nel contesto della precedente laparotomia, con quadro di malrotazione intestinale...veniva quindi eseguita l'appendicectomia e quindi la derotazione intestinale....”.*

*L'esame istologico datato 20.12.06 era così descritto: “Appendice della lunghezza di cm. 5. Diagnosi: appendicite cronica con iperplasia del tessuto linfoide associato alla mucosa”.*

*Lo stesso giorno in cui veniva dimesso dall'Ospedale “XXX” (19.12.06) il paziente accusava dopo cena un violentissimo dolore addominale, progressivamente ingravescente, per il quale la notte successiva (ore 2,09 del 20.12.06) il paziente veniva nuovamente ricoverato presso l'Ospedale “XXX”.*

*Alle ore 3,48 il paziente veniva nuovamente trasferito presso il reparto di chirurgia d'urgenza, con la seguente diagnosi: “Sindrome dolorosa addominale postoperatoria”.*

*Alle ore 13,08 dello stesso giorno 20.12.06, veniva effettuata TAC addome, con il seguente esito: “...sottile falda di versamento pleurico alla base di sinistra. Sono evidenti numerose anse ileali distese da liquido, con ispessimento delle pareti. Si conferma la presenza di anse intestinali dislocate in sede toracica posteriore sinistra ove è presente un sensibile rilassamento del profilo della cupola diaframmatica. Colon discendente di calibro ridotto a livello distale. Falda di versamento endopelvico....”.*

*Alle ore 15,30 veniva iniziato un nuovo intervento chirurgico (primo operatore A.), conclusosi alle ore 23,20.*

*Alle ore 0,15 del 21.12.06 il paziente usciva dalla sala operatoria.*

*Questo il referto operatorio: “Diagnosi e tipo intervento: viscerolisi – plastica diaframmatica per via toracica”. Descrizione intervento: “Laparotomia mediana. Liberazione delle anse che appaiono ispessite e con mesi tesi ed edematosi.*

*Parte del colon e del digiuno sono dislocati in torace attraverso uno iatus erniario postero-laterale sinistro per cui si procede per via toracica. Chiusura della parete per Bogotà-bag. Tempo toracico: toracotomia al VI spazio intercostale di sinistra. Si conferma la presenza di una voluminosa ernia diaframmatica contenuta nel sacco peritoneale. Apertura del sacco e riduzione dei visceri in addome. Si evidenzia così lo iato erniario postero-laterale in cui i margini diaframmatici sono assenti, misura circa 10 cm. x 10 cm. e non è possibile chiudere con punti. Si posiziona una protesi in Goretex*

*modellata ed ancorata sui margini diaframmatici e sulla parete costale postero-laterale con punti. Emostasi accurata. Due drenaggi pleurici. Sutura per piani della toracotomia”.*

Giova altresì trascrivere alcuni dei passi salienti della parte motivazionale della relazione del C.T.U.:

*Il C. riferisce di dover osservare una dieta particolare, assunta per via parenterale (port-cath) e per os, con transito intestinale accelerato, che induce un continuo stato diarroico con numerosissime scariche giornaliere variabili da un minimo di 5-6 scariche ad un massimo di 12 scariche al dì*

*Riferisce altresì frequenti stati febbrili, trattati con antibiotici.*

*Tale situazione impedisce una normale vita lavorativa e sociale in rapporto alle esigenze quotidiane riferite ad un soggetto attualmente trentaquattrenne.*

*È stata messa in evidenza una sintomatologia ascrivibile a sindrome depressivo-ansiosa, polarizzata principalmente sui propri problemi di salute.*

....

*La vicenda che ci interessa e le relative considerazioni medico-legali in ordine all'assistenza prestata al Signor C. presso l'Ospedale “XXX”, possono essere suddivise in diverse principali sezioni, più precisamente, in riferimento al periodo trascorso presso il Pronto Soccorso, alla iniziale degenza presso il reparto di chirurgia d'urgenza il pomeriggio-sera del 13.12.06, all'intervento chirurgico effettuato dalla dott.ssa R. nella tarda serata del 13.12.06, alla successiva degenza post-operatoria presso il reparto, fino alla dimissione del 19.12.06 (durante la quale vi fu una visita di controllo del Dott. C.) e, infine, al successivo lungo ricovero dal 20.12.06 fino al 25.5.07, durante il quale il paziente fu sottoposto ad una lunga serie di interventi ambulatoriali e in sala operatoria, in gran parte eseguiti dal chirurgo Dott. A., in associazione con altri sanitari.*

*Sarà utile premettere che la patologia del Signor C. era sin dal primo momento rara, non facilmente diagnosticabile con gli iniziali accertamenti semeiologici e di non facile risoluzione chirurgica, con verosimile incertezza quoad vitam e quoad valetudinem.*

*Il paziente era affetto da anomalia congenita del tubo digerente caratterizzata dal fatto che l'angolo ileo-cecale (dove si trova l'appendice) era localizzato a sinistra invece che a destra, per un difetto di rotazione e con un mesentere unico (mesenterium commune).*

*Tale malformazione può causare difficoltà diagnostiche se ignorata e disorientamento del chirurgo specie se opera con tecnica laparoscopica.*

*Inoltre, complicità di una ernia diaframmatica, specie se recidiva, è l'intasamento ovvero la ostruzione parziale del viscere erniato. In tal caso compaiono i segni di sub-occlusione intestinale (meteorismo, dolori toraco-addominali, chiusura dell'alvo, vomito).*

**Pronto Soccorso**, ove il paziente fu trattenuto in osservazione dalle ore 2,10 alle ore 13,22 del 13.12.06.

*L'accettazione, l'anamnesi, l'assistenza, l'esame obiettivo, gli accertamenti di laboratorio, gli esami ecografici, radiografici e TAC dell'addome sono stati eseguiti secondo i migliori dettami della scienza medica, in rapporto alla patologia in atto ed alle varie incombenze cui deve far fronte un Pronto Soccorso ospedaliero.*

*A conferma di ciò, la diagnosi di trasferimento e ricovero in reparto chirurgico dopo undici ore, con una corretta diagnosi che faceva riferimento tra l'altro ad una “sospetta ernia diaframmatica”, sospetto poi confermato dal successivo iter.*

*Quel sospetto era motivato da un duplice fattore: il dato anamnestico riferito ad un remoto intervento subito dal paziente in età neonatale, per la correzione di un'ernia diaframmatica nonché il risultato della TAC, che metteva in evidenza un dubbio tra relaxatio ed ernia diaframmatica.*

*In definitiva, medico, chirurgo e radiologo del Pronto Soccorso hanno svolto le loro prestazioni in maniera del tutto corretta e nel loro operato non è ravvisabile alcun profilo di censura.*

***Degenza pre e post-operatoria presso il reparto di chirurgia dalle ore 14,50 del 13.12.06 al mattino del 19.12.06, data di dimissione***

*Il pomeriggio del ricovero alle ore 15,57 il paziente fu sottoposto ad un esame rx a letto, eseguito nella sola proiezione antero-posteriore che mostrava una obliterazione del seno costo-frenico di sinistra, ma non poteva evidenziare l'opacità dovuta all'ernia diaframmatica postero-laterale sinistra, poiché tale immagine era coperta dall'ombra cardiaca. Una più completa diagnosi radiologica sarebbe stata possibile soltanto con la proiezione laterale, che abitualmente non viene eseguita a letto del paziente.*

*Pertanto l'operato del radiologo (Dott. C.R.) è esente da critiche.*

*Nella stessa serata del 13.12.06 il paziente veniva trasferito in sala operatoria e sottoposto ad intervento chirurgico da parte della Dott.ssa R., medico di turno entrante alle ore 20*

***Intervento chirurgico della dott.ssa R.***

*La Dott.ssa R., chirurgo ospedaliero di turno dalle ore 20,00, effettuava l'intervento chirurgico nella stessa serata, previa sottoscrizione del consenso da parte del paziente.*

*L'intervento aveva inizio alle ore 21,20 del 13.12.06 e si concludeva alle ore 1,50 del 14.12.06.*

***Rispetto all'intervento e al relativo referto operatorio, si possono avanzare le seguenti osservazioni critiche:***

***1) Nel referto non viene descritta l'appendicectomia.***

***2) Il chirurgo dott.ssa R. non prendeva in considerazione due dati obiettivi, noti, già emersi nel corso di tutta la giornata del 13.12.06;***

***– l'importante dato anamnestico (pregresso intervento per ernia diaframmatica sinistra in età infantile);***

***– non teneva inoltre conto della diagnosi già posta in sede di Pronto Soccorso dal radiologo e dal chirurgo, in base ai risultati dell'ecografia addominale (che descriveva notevole meteorismo, aria in anse distese) e della TAC che descriveva organi comunque dislocati in torace da ernia diaframmatica o relaxatio diaframmatica, dubbio da poter dirimere con l'esecuzione di una risonanza magnetica.***

***Gli elementi di cui sopra, messi nella giusta evidenza in sede di accertamenti in Pronto Soccorso, furono evidentemente trascurati e/o sottostimati dal chirurgo.***

***3) Non fu corretta la diagnosi operatoria di appendicite fL.nosa, diagnosi peraltro totalmente smentita dall'assenza di febbre, dall'assenza di elevato aumento dei globuli bianchi propri di un'appendicite flemmonosa e dal successivo esame istologico.***

***4) Inoltre, la dott.ssa R. descrive nel referto operatorio una "mobilizzazione dell'intera matassa ileale", manovra evidentemente non effettuata dal chirurgo, in quanto la manovra sarebbe stata dirimente per la corretta diagnosi di ernia diaframmatica; in effetti, la dislocazione di alcune anse digiunali in torace non poteva permettere la loro liberazione in toto, come, invece, descritta nel referto operatorio.***

***In definitiva, l'operato del chirurgo conduceva ad una errata diagnosi (appendicite f.L.nosa) trascurando la reale diagnosi di ernia diaframmatica, risultando l'appendicectomia eseguita, quale evento conseguente alla adesione dell'appendice alla parete addominale.***

***Ci preme sottolineare che le critiche nei confronti della dott.ssa R. non sono frutto del "senno di poi" con il quale è facile criticare l'operato di un sanitario alla luce degli eventi successivi, che spesso sono chiarificatori di un quadro inizialmente dubbio.***

***I due elementi citati (dato anamnestico e diagnosi di possibile ernia diaframmatica) erano già stati posti in evidenza in sede di Pronto Soccorso la notte del ricovero e presso il reparto di chirurgia il pomeriggio precedente l'intervento e, evidentemente, non furono presi nella giusta considerazione dal chirurgo.***

***Trattasi di fattori "ex ante" che potevano essere di notevole aiuto per il chirurgo.***

*Ci preme però sottolineare alcuni elementi a parziale giustificazione del comportamento professionale della dott.ssa R..*

*1. L'obiettiva, indiscutibile difficoltà del caso.*

*2. La presenza del mesenterium comune (dislocazione delle anse intestinali in una posizione opposta rispetto alla norma).*

*Non ci è dato conoscere l'esperienza chirurgica della dott.ssa R., la quale – a fronte delle difficoltà incontrate fin dall'inizio dell'intervento in laparoscopia – avrebbe potuto e dovuto richiedere una consulenza da parte del primario responsabile del reparto prima di procedere in via laparotomica.*

*Pertanto, riteniamo di poter escludere in capo alla dott.ssa R. qualsiasi ipotesi di negligenza, dovendosi però ammettere una quota di imprudenza ed imperizia.*

*A conferma di quanto sopra, sarà citato più oltre l'operato dell'altro chirurgo Dott. A., il quale nei successivi numerosi reinterventi – dopo essersi reso conto delle difficoltà del caso – ha richiesto la collaborazione di un chirurgo toracico e di un altro esperto chirurgo primario ospedaliero fuori ruolo.*

***Successivo ricovero dal 20.12.06 fino al 25.5.07 e operato del chirurgo prof A.***

*Si ribadisce che sono già stati riportati in precedenza i vari interventi eseguiti dal prof. A. nel corso del lunghissimo ricovero dal 20.12.06 al 25.5.07.*

*Il chirurgo prof. A. ha dovuto far fronte ad una situazione estremamente complessa, risultato di una patologia iniziale di per sé grave e di un non corretto precedente intervento chirurgico.*

*Il prof. A. ha eseguito vari interventi e varie medicazioni; in particolare in data 27.12.06 eseguiva un'anastomosi digiuno-digiunale con GIA.*

*In seguito, poi, lo stesso chirurgo prof. A., in accordo con il paziente, i genitori e la direzione ospedaliera, accettava la collaborazione del precedente esperto primario chirurgo del reparto Prof. M., con il quale eseguiva un'ampia resezione digiunale con anastomosi digiuno-cecale.*

*Si può senz'altro affermare che l'operato del prof. A. in una situazione di estrema difficoltà è esente da critiche obiettive, in quanto ha deciso per una opzione terapeutica non criticabile al fine di salvare la vita del paziente.*

*In particolare, durante le operazioni peritali il consulente di parte attrice ha sollevato obiezioni circa la tecnica eseguita dal prof. A. e, in particolare, sull'applicazione del Bogotà-bag.*

*Per opportuna conoscenza del Signor Magistrato, si specifica che la metodica Bogotà-bag consiste nell'applicazione di pezze laparotomiche sterili a strati (sandwich), che*

vengono fissate con punti sottocutanei ai bordi della laparotomia senza richiudere la parete in toto, allo scopo di ridurre il rischio di ipertensione addominale e per eliminare una peritonite persistente, in quanto drenante le secrezioni endo-peritoneali.

Poiché tale sandwich poggia direttamente sulle anse intestinali, si può determinare decubito delle stesse, per cui va rimosso e sostituito ogni 36-48 ore.

## **-2- L'accertamento delle responsabilità dell'Ospedale e dei medici**

Le ragioni dell'accoglimento delle domande dell'attore in punto di responsabilità colposa (al 100%) dell'Ospedale convenuto ed (al 50%) della dott.ssa R. sono di seguito esposte.

- ✓ **Nesso causale.** Nell'ambito dell'Ordinamento Giuridico italiano vale la regola nella *condicio sine qua non*. In particolare, nel sotto-sistema penale, è necessario al fine della condanna, l'accertamento del nesso di causalità fra l'evento dannoso e la condotta del colpevole *oltre ogni ragionevole dubbio*, locuzione e accertamento assai più rigorosi rispetto a quanto vale nel sotto-sistema civile, che si attesta sul principio del ***più probabile che non***<sup>1</sup>

Da quanto è emerso dal complesso degli atti acquisiti e compiuti, è certo e comunque *più probabile che non* che le condotte (commissive e non meno gravemente, omissive) dell'Ospedale e della dott.ssa R. abbiano causato attraverso il ritardo diagnostico della vera patologia che affliggeva il C. ed il conseguente ulteriore danneggiamento degli organi (che dovevano quindi subire ripetute necessarie manomissioni e resezioni), il peggioramento delle conseguenze (con aggravamento delle condizioni dell'attore) rispetto a quelle che sarebbero state, a causa di un evento (ernia diaframmatica) non imputabile ex sé al fattore umano, in presenza di condotte perite e accorte, e specialmente tempestive.

E pertanto va dichiarato che le condotte dell'Ospedale e della dott.ssa R. sono state causa/concausa<sup>2</sup> dei **danni differenziali** derivati all'attore<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Cassazione civile, sez. III, 16/10/2007, n. 21619 *Nel cosiddetto sottosistema civilistico, il nesso di causalità (materiale) - la cui valutazione in sede civile è diversa da quella penale (ove vale il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale che è prossimo alla "certezza") - consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non"; esso si distingue dall'indagine diretta all'individuazione delle singole conseguenze dannose (finalizzata a delimitare, a valle, i confini della già accertata responsabilità risarcitoria) e prescinde da ogni valutazione di prevedibilità o previsione da parte dell'autore, la quale va compiuta soltanto in una fase successiva ai fini dell'accertamento dell'elemento soggettivo (colpevolezza)*

<sup>2</sup> vedi *infra* per un approfondimento del tema del nesso causale in punto danno differenziale

Invero, in materia di rapporto di causalità (civile), in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 cod. pen., *qualora la condotta abbia concorso, insieme a circostanze naturali, alla produzione dell'evento, e ne costituisca un antecedente causale, l'agente deve rispondere per l'intero danno, che altrimenti non si sarebbe verificato; non sussiste, invece, nessuna responsabilità dell'agente per quei danni che non dipendano dalla sua condotta, che non ne costituisce un antecedente causale, e si sarebbero verificati ugualmente anche senza di essa, né per quelli preesistenti. Anche in queste ultime ipotesi, peraltro, debbono essere addebitati all'agente i maggiori danni, o gli aggravamenti, che siano sopravvenuti per effetto della sua condotta, anche a livello di concausa, e non di causa esclusiva, e non si sarebbero verificati senza di essa, con conseguente responsabilità dell'agente stesso per l'intero danno differenziale (ex multis Corte di Cassazione, sezione III, n. 9528 del 12 giugno 2012)*

**Ne consegue quindi, che in presenza di concause, e sotto la diversa lente della valutazione soggettiva delle colpe, resta ferma la distinta allocazione delle stesse e dei rispettivi obblighi risarcitori**

- ✓ Quanto all'**elemento soggettivo**, trattandosi di colpa, l'accertamento positivo della sua sussistenza deriva anche dall'avvenuta da tempo svalutazione della portata dell'art. 2236 cc attraverso la tranciante affermazione di Cass. 13/4/2007, n. 8826, che interpreta il principio dell'art. 2236, quale norma implicante *“solamente una valutazione della colpa del professionista in relazione alle circostanze del caso concreto”* . **Inoltre**

---

<sup>3</sup> A tale proposito è stato esattamente ritenuto (Cass.21/07/2011, n. 15991) che *qualora la produzione di un evento dannoso possa apparire riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla pregressa situazione patologica del danneggiato (la quale non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve accertare, sul piano della causalità materiale (rettamente intesa come relazione tra la condotta e l'evento di danno, alla stregua di quanto disposto dall'art. 1227, comma 1, c.c.), l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (a mente della quale il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione e l'omissione e l'evento), così da ascrivere l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica (rettamente intesa come relazione tra l'evento di danno e le singole conseguenze dannose risarcibili all'esito prodottesi) onde ascrivere all'autore della condotta, responsabile tout court sul piano della causalità materiale, un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili eziologicamente all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito, come tale da reputarsi la pregressa situazione patologica del danneggiato che, a sua volta, non sia eziologicamente riconducibile a negligenza, imprudenza ed imperizia del sanitario.*

**sotto il profilo probatorio è applicabile il principio della vicinanza della prova** <sup>4</sup>. Che nella situazione che ci occupa è determinante per l'affermazione della responsabilità colposa dell'Ospedale e della dott.ssa R.; che avevano l'onere, in presenza di chiare allegazioni di colpa, di dimostrare le ragioni che escludessero la sussistenza di condotte inadempienti.

Va considerato che anche nella prudenziale, timorosa e in più parti contraddittoria consulenza del primo (non medico legale, non nominato dallo scrivente) C.T.U. (che pure contiene elementi apprezzabili) non si poteva fare a meno di evidenziare (cfr. pag.46) che la dott.ssa R. *dopo aver eseguito l'adesiolisi e l'appendicectomia concludeva l'intervento senza null'altro eseguire, segnatamente senza ricercare più precisi chiarimenti sulla contestuale patologia diaframmatica segnalata dall'imaging (relaxatio, prima ipotesi, vs ernia diaframmatica da non potersi escludere con certezza)*. Va considerato che addirittura, altri avevano segnalato - seppure taluno, l'interprete della prima TAC erroneamente misconoscendo la pur già riconoscibile ivi ernia diaframmatica- la possibilità di ernia diaframmatica, quando non avevano la possibilità diretta e concreta di ben approfondire ed esplorare *in corpore*, come invece ben poteva il chirurgo precedente dott.ssa R., che però superficialmente non lo faceva. Né convince l'osservazione del prof. Gianfranco L. (primo C.T.U.) secondo cui il diagnostico intra-operatorio di appendicite fL.nosa ben si potesse conciliare con l'espressione clinico-laboratoristica che aveva condotto all'intervento di urgenza. Invero i precedenti dell'intervento avevano al contrario ben messo in guardia sulla possibilità della reale pericolosa patologia (suggerendo un approfondimento, mancato) non indagata dal chirurgo R..

---

<sup>4</sup> ... secondo cui (Cassazione civile, sez. un., 30/10/2001, n. 13533, Cassazione civile, sez. III, 21/06/2004, n. 11488) *il creditore che agisca in giudizio per l'inesatto adempimento del debitore deve solo fornire la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto (ed eventualmente del termine di scadenza), limitandosi ad allegare l'inesattezza dell'adempimento costituita dalla violazione dei doveri accessori, dalla mancata osservanza dell'obbligo di diligenza o dalle difformità qualitative o quantitative dei beni, posto che incombe sul debitore convenuto l'onere di dimostrare l'avvenuto esatto adempimento dell'obbligazione. E' importante sottolineare che la Corte stabilisce che il creditore che agisca per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa, costituito dall'avvenuto adempimento; estendendo tale principio all'ipotesi in cui il creditore deduca l'inesatto inadempimento;*

La dott.ssa R., viste le premesse e la reiterata avvertita possibilità di un ernia diaframmatica, aveva il dovere, omesso, di controllare tutto il digiuno, e se lo avesse fatto si sarebbe accorta dell'ernia diaframmatica e non avrebbe fatto un intervento sbagliato e fuorviante.

Pur tuttavia, considerato il concorso di precedenti fattori colposi attribuibili ad altri operatori sanitari dell'Ospedale, in presenza peraltro di una appendice sofferente che la induceva a concentrare la sua attenzione su quell'organo e settore (distogliendola da altri pensieri), è ragionevole ed equo allogare nella minor misura del 50% la colpa - che NON va qualificata grave, per tutte le possibili implicazioni di legge -della dott.ssaR..

Per contro il prof.A. - nonostante partisse svantaggiato per la errata diagnosi rilasciata dalla dott.ssa R. - non appena effettuata laparatomia si accorgeva immediatamente della sussistenza dell'ernia diaframmatica.

- La legge 24/2017 all'art. 7 terzo comma ha stabilito che *l'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.* La norma prevede chiaramente che **tutti i medici** con la sola esclusione del caso in cui sia stato realizzato un contratto, quindi un accordo diretto, in qualsiasi forma, con il paziente, avente ad oggetto la prestazione medica, rispondono di eventuali inadempimenti a titolo di responsabilità aquiliana. Si tratta di una vistosa innovazione rispetto alla tradizionale consolidata giurisprudenza che al contrario ravvisava tout court la natura contrattuale del rapporto medico - paziente (dipendente della struttura, convenzionato, scelto dal paziente fra quelli messi a disposizione della struttura, et similia) , fondato sulla figura del *contatto sociale*

La norma, di natura sostanziale e che non può ritenersi di interpretazione autentica, opera solo per le condotte mediche poste in essere a far tempo dall'entrata in vigore della legge (1.4.2017) e non si applica quindi alla fattispecie in esame

- ✓ Le osservazioni dei consulenti di parte (sia dei convenuti e delle assicurazioni e sia dell'attore) contengono molte affermazioni inesatte, e non sono in grado di elidere la colpa ravvisabile nella condotta dell'Ospedale e del chirurgo dott.ssa R., attese le

insuperabili acquisizioni effettuate ed in particolare quelle che si traggono dalla relazione degli ausiliari del giudice nella seconda relazione peritale <sup>5</sup>

---

5

In particolare, rimandando alle puntuali, esaustive, ben motivate e condivisibili risposte del Prof. P.D. L., vale evidenziare che le osservazioni dei CTP non inducono il Giudicante ad un giudizio diverso da quello della responsabilità, esclusiva, della dott.ssa R. Talune (in particolare quelle del CTP A.) sono forzature della logica prima ancora che della scienza applicata alle risultanze del caso; che non rendono peraltro un buon servizio a vantaggio della parte a favore della quale sono espresse: l'ernia diaframmatica era stata SOSPETTATA fin dall'iniziale TAC in Pronto Soccorso e CONFERMATA dalla TAC del 20.12.2006, e pretendere di sostenere credibilmente che possa essere stato un evento *posteriore* all'intervento della dott.ssa R. (CTP Ancona) è un'assurdità.

Ed ancora: la dott.ssa R. **non effettuava come pure descriveva la "mobilizzazione dell'intera matassa ileale", per la semplice ragione che il digiuno era dislocato nel torace e se avesse "tentato" davvero di esaminare tutto l'intestino si sarebbe necessariamente accorta, nel farlo, che il digiuno era dislocato nel sacco erniario e quindi si sarebbe accorta dell'ernia diaframmatica**; sicché la critica del CTP dott. A. è palesemente errata

Ancora: il tenace errore del (CTP dott. A.) che difende la tesi insostenibile della "relaxatio" è del tutto priva di fondamento: il C. non aveva questa patologia, essendosi appalesati fin dalla presentazione al P.S. ed all'intervento della dott.ssa R. segni palesi (mal letti come semplice sospetto, dall'interprete della prima TAC), di una sub occlusione intestinale conseguente ad ernia diaframmatica recidiva

Ed infine: **il danno (evento) differenziale causato dalla dott.ssa R. al C. è costituito, con lapalissiana evidenza, dagli atti chirurgici (resezione piccolo intestino) dal quale è derivata (danno conseguenza) la sindrome dell'intestino corto, resisi necessari per salvare la vita all'attore ed eseguiti dai chirurghi intervenuti successivamente all'errato intervento della dott.ssa R.**

Anche quanto al consulente dell'attore va evidenziato che la perdita di vista del *ruolo*, che è prima di tutto di *consulente* e poi di *parte*, ha colpito, almeno in parte anche questo valido professionista, che ha inteso forzare eccessivamente il suo incarico, sostenendo una responsabilità del primario prof. A. che l'approfondita istruttoria espletata dal Giudice (con ben due consulenze di ufficio) ha escluso. Il consulente di parte attrice inoltre ha effettuato una distorta ricostruzione dei fatti, dipingendo il prof. A. come un incompetente che solo ad aprile risolveva la situazione, rivendicando, per tale via, un danno tale qual'è all'attuale del C.. E non, come è giusto, solo quello differenziale.

Le cose non stanno così. Il primario ha agito con competenza, professionalità e prudenza. Benché indotto in errore dalla errata diagnosi del precedente chirurgo ha subito capito (fin dal primo intervento del 20 dicembre) che si trattava di ernia diaframmatica ed ha cercato di intervenire su una situazione già compromessa dall'errore della dott.ssa R.. Ha fatto quello che c'era da fare, con cautela e necessaria progressione, evitando di tagliare subito (tutto o quasi) il piccolo intestino come purtroppo in prosieguo (11.4.2006). *Se fosse stato fatto un trattamento a regola d'arte (dice il CTP V.) il paziente C. avrebbe dovuto essere sottoposto al primo intervento ad una riduzione in addome di anse intestinali, al momento ancora lievemente compromesse dalla traslocazione in torace, ma non ancora in fase chiaramente occlusivache, dopo una loro totale viscerolisi avrebbero potuto riprendere il loro fisiologico posizionamento, senza ulteriori danneggiamenti nè resezioni*

Evidentemente al CTP non è ben chiaro quanto risulta oggettivamente dell'operato del prof.A. nel suddetto intervento:

Referto operatorio: *"Diagnosi e tipo intervento: viscerolisi – plastica diaframmatica per via toracica". Descrizione intervento: "Laparotomia mediana. Liberazione delle anse che appaiono ispessite e con mesi tesi ed edematosi. Parte del colon e del digiuno sono dislocati in torace attraverso uno iatus erniario postero-laterale sinistro per cui si procede per via toracica. Chiusura della parete per Bogotà-bag. Tempo toracico: toracotomia al VI spazio intercostale di sinistra. Si conferma la presenza di una voluminosa ernia diaframmatica contenuta nel sacco peritoneale. Apertura del sacco e riduzione dei visceri in addome. Si evidenzia così lo iato erniario postero-laterale in cui i margini diaframmatici sono..*

In definitiva, riassumendo, il prof. A. ha salvato la vita al C., rimediando per quanto possibile (non certo cancellando, il che non era possibile) l'errore del precedente chirurgo

L'errore della dott.ssa R. si iscrive in un contesto nel quale le indagini ed i trattamenti, non solo chirurgici, forniti dall'Ospedale sono stati deficitari.

La responsabilità dell'Ospedale è innanzitutto ad esso imputabile per via del rapporto che si instaura fra il nosocomio ed il paziente fondato sul **c.d. contratto di ospitalità**<sup>6</sup>. Figura elaborata, in modo consolidato, dalla giurisprudenza, che, a seguito della recente l.8.3.2017 n.24 ha ricevuto una nuova e legale configurazione che rende definitivamente acquisito a trecentosessanta gradi il principio della responsabilità diretta della struttura sanitaria (pubblica o privata); nel senso che laddove *nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti dalla stessa* (che peraltro non è il caso che ci occupa, n.d.r), *risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 cc delle loro condotte dolose o colpose*.

Tale responsabilità (dell'Ospedale) non deriva quindi solo dalla condotta della dott.ssa R.: risulta infatti che in sede del P.S., dopo l'esecuzione della TAC, si formulava l'invito, caduto nel nulla, a procedere ad ulteriori e più specifici accertamenti diagnostici; inoltre sul C. veniva eseguita prima dell'intervento della dott.ssa R. una RX a letto, sicuramente insufficiente, come sottolineava il CTU, posto che l'ernia diaframmatica non poteva essere in tale posizione evidenziata, occorrendo a tal fine una RX in proiezione laterale e in ortostatismo; ed ancora, secondo il CTU L. una corretta lettura della TAC del 13.12.2006 avrebbe consentito senz'altro di *diagnosticare la presenza di un'ernia diaframmatica che si produceva attraverso un ampio difetto visibile sul profilo diaframmatico*

---

<sup>6</sup> **Cassazione civile, sez. III, 27/07/1998, n. 7336** *La responsabilità dell'ente ospedaliero, gestore di un servizio pubblico sanitario, per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico fra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale di tipo professionale.*

**Cassazione civile, sez. III, 13/04/2007, n. 8826** *La responsabilità dell'ente ospedaliero e quella del medico hanno natura contrattuale e trovano titolo nell'inadempimento delle obbligazioni ai sensi dell'art. 1218 c.c.*

*La responsabilità dell'ente ospedaliero ha natura contrattuale sia in relazione a propri fatti d'inadempimento sia per quanto concerne il comportamento dei medici dipendenti, prescindendo dalla sussistenza di un vero e proprio rapporto di lavoro subordinato del medico con la struttura (pubblica o privata) sanitaria, con la conseguenza che la responsabilità non trova fondamento nella colpa, quanto piuttosto nell'inadempimento. Ed in senso più esteso, anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, si reputa che comunque sussista un collegamento tra la prestazione del medico e l'organizzazione aziendale dell'ospedale, non rilevando in contrario la circostanza che il sanitario risulti essere anche di fiducia dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto (Cass. n. 13066/2004; Cass. n. 2042/2005).*

Non risultano infine fondate le censure relative al **consenso informato**, che risulta regolarmente (seppure succintamente, cfr. CTU L. in data 13.12.2006), somministrato, come da documenti sottoscritti dal C. e quelle relative al deficit di vigilanza del primario prof. A.

Va invece affermata, come già evidenziato, la totale assenza di responsabilità quanto al prof. A.

Il Giudice condivide pienamente quanto esposto lucidamente dal difensore avv. A.M. che poneva in evidenza che *l'operato del singolo operatore sanitario in concreto è stato censurato esclusivamente circa le scelte di esecuzione individuali conseguenti al mancato riconoscimento soggettivo sia dei dati anamnestici (remota ernia diaframmatica) e sia delle indicazioni degli accertamenti pre-operatori (sospetta ernia diaframmatica), dal cui errore INDIVIDUALE di ESECUZIONE circa L'ERRATA LETTURA di DATI OGGETTIVI ne è scaturita, sempre stando alla seconda CTU, la redazione in capo al singolo operatore di un referto operatorio incompleto e fuorviante, con conseguente indirizzo diagnostico errato di appendicite fL.nosa, cui conseguiva inevitabile riassetto chirurgico con conseguente diretto approccio dell'odierno comparente; da qui il potere di vigilanza e controllo nell'immediatezza, mediante l'esecuzione del prof.A. di tutti i successivi interventi, non appena il timing operatorio delle condizioni fisiche del paziente lo rendevano possibile, ergo appena una settimana dopo (naturalmente con il paziente C. sempre ricoverato in reparto e quindi sotto costante controllo e vigilanza).*

**E' invero assente** e giustamente nel nostro ordinamento una regola di **responsabilità oggettiva del Primario** per gli errori dei singoli chirurghi

Viceversa possono essere addebitate al Primario specifiche carenze, omissioni o inadeguatezze (che nella specie non sono state neppure allegate dall'attore, né tanto meno accertate dai consulenti del Giudice) in relazione agli obblighi organizzativi e di vigilanza che la legge, invero in modo molto (e poco realistico) generale pone a suo carico <sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri  
Art. 7. Attribuzioni dei primari, aiuti, assistenti.

*L'organizzazione sanitaria dell'ospedale si articola in divisioni, sezioni e servizi speciali.*

*La divisione è diretta da un primario, coadiuvato da aiuti e da assistenti.*

*Il **primario** vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui*

La parentesi non è casuale: un'eventuale carenza del Primario <sup>8</sup>, non per un suo personale intervento medico-sanitario, ma rispetto a tali obblighi globali derivanti dal suo ruolo, deve essere non solo apprezzata in un dimensione di significativa (non meramente formale) rilevanza, ma storicizzata ed applicata alla realtà di un grande ospedale, e specialmente di un grande Ospedale italiano, dove in virtù della *assistenza pubblica universale* dispensata, è impensabile, irrealistico e finanche ingiusto pretendere dal personale medico (Primario compreso) la perfezione assoluta, sempre e comunque.

Si vuol dire che non è possibile, specialmente nell'attuale situazione data, una costante, capillare e puntuale vigilanza, supervisione e revisione da parte del Primario di tutti gli atti compiuti dal personale medico della sua Divisione <sup>9</sup>

Neppure è imputabile al prof. A. la sostanziale inerzia del personale medico del reparto nel post intervento (R.) posto che, anche a prescindere da quanto testé osservato, non si ravvisano lacune od omissioni in tale fase, nella quale, verosimilmente per il temporaneo miglioramento delle condizioni del C. (cfr. la appagante spiegazione del CTU L. che le attribuisce alle manovre di adesiolisi e al tempo necessario alla ripresa dell'alimentazione per os e della peristalsi), a cagione della (sia pure errata) diagnosi della dott.ssa R., risultava ben mascherata la vera patologia di G.C. consistente nel fenomeno sub occlusivo da ernia diaframmatica

---

*malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario agli accertamenti diagnostici ed alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltra, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge; pratica le visite di consulenza richieste dai sanitari di altre divisioni o servizi; dirige il servizio di ambulatorio, adeguandosi alle disposizioni ed ai turni stabiliti dal direttore sanitario; cura la preparazione ed il perfezionamento tecnico-professionale del personale da lui dipendente e promuove iniziative di ricerca scientifica; esercita le funzioni didattiche a lui affidate.*

<sup>8</sup> che in teoria nel caso di specie potrebbe prendere le forme del mancato controllo circa l'effettiva esecuzione di quegli approfondimenti che il PS, in sede di esame TAC del 13.12.2006, suggeriva e che però di fatto nessuno ha eseguito ([. non si può escludere con certezza un'ernia diaframmatica. Potrebbe essere opportuna integrazione con risonanza magnetica per valutazione del profilo diaframmatico.](#)).

<sup>9</sup> di ciò si è resa consapevole la riforma della responsabilità degli operatori medico-sanitari di cui alla l.24/2017 prevedendo, sia pure solo nella parte dedicata alla rivalsa, azionabile solo in caso di dolo o colpa grave, e solo con riferimento alla quantificazione del danno, che ai fini della quantificazione del danno, csi debba tenere conto *delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato.*

### **-3- I danni. Natura, specie, ripartizione e quantificazione**

Accertata la sussistenza di condotte censurabili riconducibili ai convenuti Azienda Ospedaliera XXX e dott.ssa A.R., vanno accertati e valutati i danni.

La richiesta dell'attore riguarda sia quelli non patrimoniali (nelle vari componenti esposte, biologico, morale e esistenziale <sup>10</sup>) e sia quelli patrimoniali.

Vanno a tal fine enunciati alcuni criteri guida.

#### **A)**

Nell'ambito del **danno NON patrimoniale** è da escludere che sotto nomenclature diverse possano essere risarciti identici pregiudizi. Nel caso di specie, a seguito del danno evento (descritto accuratamente, nei suoi molteplici aspetti, dai consulenti del giudice), si sono verificati senza alcun dubbio, nell'ambito del danno non patrimoniale, importanti lesioni della integrità fisica (danno biologico in senso stretto) dell'attore, nonché un consistente danno morale (concretizzato nella prolungata sofferenza e nei patimenti - aggiuntivi al fatto naturale - derivanti dalle condotte costituenti reato di lesione colposa) ed infine un danno esistenziale (consistente nello stravolgimento - oltre quello che sarebbe stato naturale -della vita del C.)

#### **B)**

Il C. veniva attinto da una grave patologia che è la causa primigenia dei suoi problemi e di quelli che sono intervenuti a seguito dei *contatti* in ambito ospedaliero

E le sue gravi condizioni attuali, <sup>11</sup> laddove non vi fossero state condotte colpose medico-sanitarie, cristallizzerebbero *solo in senso danturalistico* il danno, nelle sue molteplici manifestazioni

---

<sup>10</sup>

Nei casi in cui il fatto dannoso, di apprezzabile consistenza e serietà, travalicando il mero disagio o un transeunte pregiudizio, ha le caratteristiche del reato, e/o attinge all'offesa di valori tutelati dalla Costituzione Italiana, va predicata (in quanto corrispondente ad una un'innegabile ed insopprimibile realtà empirica) l'esistenza (quale che ne sia la nomenclatura) del **danno esistenziale** (da ultimo Cassazione Civile, sez. III, sentenza 19/10/2016 n° 21059 che fa giustizia dell'affrettata opinione secondo cui tale danno non avrebbe più patria nell'ordinamento dopo Cass., Sez. Un. 11/11/2008, n. 26972) nel quale *entra nella categoria giuridica ogni pregiudizio, di natura non meramente emotiva ed interiore, ma oggettivamente accertabile, provocato sul fare areddittuale del soggetto, che alteri le sue abitudini e gli assetti relazionali propri, inducendolo a scelte di vita diverse quanto all'espressione e realizzazione della sua personalità nel mondo esterno*

Per contro, in presenza di tali responsabilità (accertate *ut supra*), è necessario depurare dai danni (sia *evento* che, ovviamente, *conseguenza*) di cui è portatore il C. quello attribuibile all'attività medico-sanitaria.

Entra qui in gioco il tema della difficoltà di individuazione di un criterio il più possibile ragionevole e valido per la quantificazione del **danno incrementativo differenziale**<sup>12</sup>.

Che va in primo luogo accertato nell'*an*, specialmente quando come in questo caso, tutti gli aspetti colposi, sia quelli omissivi e sia quelli commissivi (che sussistono come visto, entrambi), hanno determinato il grave deficit sussumibile nella voce **RITARDO**

Invero occorre valutare, per priorità logica, se il ritardo nell'effettuazione della giusta diagnosi e del giusto intervento, intercorso fra la data del 13.12.2006 e quella del lunghissimo intervento iniziato nel pomeriggio del 20.12.2016 (prof. A.), sia stato produttivo di effetti deleteri e dannosi per il C..

Le conclusioni negative, sul punto, visibilmente perplesse del CTU L. non hanno convinto, a ragione, il giudice e sono state smentite dalla successiva consulenza del CTU prof. P.D.L., sicuramente più aderente alla realtà dei fatti

Va considerato, per contro, che il prof.A. reperiva nel primo intervento, refertandola, la presenza di anse intestinali sì vitali (e quindi da non asportare; ablazione che non era certo cosa da prendere a cuor leggero per le gravissime conseguenti da tale operazione derivanti), ma sofferenti.

Tali conclusioni sono condivisibili perché avvalorate dalla appagante motivazione della relazione congiunta del CTU medico legale prof. P.D.L. e dello specialista in chirurgia generale prof.A.P., che il Giudice apprezza per il rigore logico e per la prudente valutazione (nel *quantum*) che la caratterizza.

---

<sup>11</sup> Il danno organico che attualmente presenta il C. consiste nella cosiddetta "sindrome da intestino corto" con cui si vuole definire una sindrome clinica dismetabolica e malnutrizionale che riconosce il suo fondamento anatomopatologico in una estesa asportazione del piccolo intestino (ileo) con grave riduzione della superficie intestinale assorbente, così il CTU prof.P.D.L.

<sup>12</sup> ..che non può prescindere dal rilievo che assume la situazione preesistente sotto due principali profili: **a)** non può farsi gravare sul medico, in via automatica, una misura del danno da risarcirsi incrementata da fattori estranei alla sua condotta, così come verrebbe a determinarsi attraverso una automatica applicazione di tabelle con punto progressivo, computato a partire, in ogni caso, dal livello di invalidità preesistente; **b)** la liquidazione va necessariamente rapportata ad una concreta verifica, secondo le allegazioni delle parti e delle risultanze dell'istruttoria, delle conseguenze negative "incrementative" subite dalla parte lesa.

E' invero di necessaria condivisione, prima che scientifica, di buon senso comune, l'opinione contenuta nella suddetta relazione secondo cui la mancata liberazione delle anse intestinali per un'intera settimana abbia necessariamente causato un ovvio (così il CTU prof. P.D.L.) aggravamento dell'iniziale sub-occlusione delle anse.

Nessuno può sapere da quanto tempo, rispetto all'accesso al P.S., G.C. si trovasse nella situazione data (cioè in quale momento fosse insorta l'ernia diaframmatica).

Tuttavia alcuni dati sono indiscutibili:

- tale patologia era già sussistente alla data del 13 dicembre e
- la tempestività nella liberazione delle anse intestinali erniate è fondamentale perché più tempo passa più si va verso il deterioramento e la necrotizzazione degli organi interessati,
- all'intervento chirurgico del 27 dicembre taluna delle anse (pur già liberate in precedenza) risultava in pessime condizioni, pressoché irrecuperabile, ed il chirurgo (prof. A.) registrava che tale stenosi è verosimilmente da riferire agli esiti della compressione del cingolo erniario diaframmatico come pure l'aspetto edematoso, ispessito, dilatato e cartonaceo dell'ansa a monte
- se la compressione esercitata dal bordo della porta erniaria si è resa responsabile della compressione, del danneggiamento e dell'ischemia, e su questo entrambi le consulenze di ufficio concordano, non si vede come si possa negare che il permanere della compressione per ulteriori sette giorni abbia contribuito in modo significativo all'aggravamento dei danni

Osservava il prof. P.D.L. che *con tutte le difficoltà e le approssimazioni inerenti il caso in oggetto, si può stimare un complessivo, attuale danno biologico permanente pari a circa il 45% della totale integrità, oltre il danno estetico non percentualizzabile.*

*Da ribadire, peraltro, che al paziente sarebbe verosimilmente residuata una quota di danno anche a seguito di un trattamento chirurgico eseguito a regola d'arte, per i motivi già esposti in precedenza (danno non precisamente stimabile, ma orientativamente valutabile in misura pari al 20%, limite minimo come da tabella citata).*

*In definitiva, attualmente il C. presenta un danno biologico pari a circa il 45%, oltre il danno estetico, da cui va detratta una percentuale pari al 20% per i motivi già esposti.*

Il giudice condivide l'equilibrata prudente valutazione del medico legale.

Il danno differenziale può pertanto essere allogato nella misura del 26% (IP) e in mesi otto di temporanea assoluta e quattro di temporanea parziale al 50%

Come valutare in questo caso l'invalidità permanente ?

E' necessario tenere fermi i principi enunciati in nota 12

Che vanno ulteriormente approfonditi.

Applicando, al risarcimento del danno biologico il criterio della liquidazione tabellare (in questo caso con le tabelle romane <sup>13</sup>) occorre apportarvi dei correttivi al fine di evitare risultati incongrui ed ingiusti, per il danneggiante ovvero per il danneggiato.

Si consideri che ad ogni unto di invalidità corrisponde un valore monetario.

Questo valore varia secondo una precisa funzione matematica.

Le tabelle per il risarcimento del danno biologico hanno natura *incrementativa*.

**La funzione prevede la crescita del valore del punto in relazione all'aumento della gravità del danno (e quindi della percentuale di danno permanente); ed in funzione decrescente rispetto all'età del danneggiato**

**Per quel che qui interessa è incontestabile che il punto sale in misura più che proporzionale in funzione della gravità del danno permanente**

**Ciò significa che si ottengono risultati molto diversi a seconda dove si collochi il punto di partenza per il calcolo**

**Invero, rimanendo al caso in esame, quel 26% di permanente, che costituisce il danno differenziale risarcibile, rispetto a quel 20% che l'attore avrebbe in ogni caso patito anche in assenza di errori, ritardi ed omissioni,**

**a. corrisponde secondo le tabelle aggiornate alla data della sentenza, ad €.76.970 se si parte da zero fino a 26%;**

**b. corrisponde invece ad €.226.370 se si parte da 20% fino a 46 %.**

**Pur essendo risarcito in entrambi i casi un danno del 26 %**

**Non si tratta di una bizzarria.**

**Se una persona ha un occhio solo vedente, per essa la perdita del secondo occhio ha un valore afflittivo molto superiore rispetto alla situazione di chi ha due occhi sani e vedenti.**

---

<sup>13</sup> per varie ragioni in via di superamento (**rectius**: miglioramento nelle sue criticità individuate nelle percentuali di media invalidità), vuoi per la sempre più diffusa applicazione nelle corti delle tabelle milanesi sia per la improcrastinabile previsione generale di tabelle nazionali (cfr. l.24/2017; ddl Concorrenza)

**Applicare semplicemente il metodo A) significa quindi, in tutta evidenza, penalizzare ingiustamente il danneggiato.**

**Così come e per contro, applicare il metodo B), implica una non ragionevole attribuzione di colpa al danneggiante anche per quei danni o porzione di danni che in nessun caso e modo ha determinato o contribuito a determinare.**

**La giusta soluzione che va adottata, è quella di integrare, in via necessariamente equitativa, il metodo sub A) al fine di rendere il risarcimento il più possibile adeguato alle conseguenze subite dalla parte lesa a causa delle condotte censurate**

In considerazione di tutte le circostanze emerse dalle consulenze medico legali, si reputa giusto ed equo allogare tale risarcimento nella misura di €. **180.000.00**

La somma dovuta per invalidità temporanea ammonta ad **€.32.500**

In considerazione dai gravi prolungati patimenti e stress prodotti al C. dalle condotte medico-sanitarie censurate, integranti fattispecie di lesioni colpose, il danno morale (pur sempre riferito al danno differenziale), va equitativamente riconosciuto nella somma di **€.90.000.**

Quanto alla proiezione del danno (pur sempre riferito al differenziale) sulla vita relazionale dell'attore, ne va sottolineata la grande rilevanza.

La sindrome da intestino corto attiene a situazioni nelle quali si è verificata un'ampia asportazione di intestino-colon che lasciano un tratto intestinale residuo non superiore a 70 cm.

Ne conseguono, fra le altre cose, malassorbimento, perdita di grassi e di vitamine, perdita di massa corporea anche conseguente alle frequenti scariche diarroiche (anche 15-20 al giorno), necessità di alimentazione parenterale ...

Il tutto a carico di un giovane che all'età di venticinque anni si è visto drasticamente e tragicamente sconvolto per sempre (salvo un improbabile trapianto di intestino allo stato non patrimonio routinario della scienza medico- chirurgica) le possibilità di vivere una vita normale, in tutte le sue molteplici esplicazioni, da quelle lavorative a quelle personalissime (e fra esse in particolare quelle affettive e genitoriali) a quelle economiche e sociali come a titolo esemplificativo il perseguimento di un traguardo lavorativo effettivo e normale conseguente al corso di laurea in giurisprudenza presso l'Università di Roma 3, sportive, alimentari-ludiche etc etc.

Tale danno va allogato nella misura di **€.150.000**

### **Il danno patrimoniale.**

Risulta da documenti probanti (buste paga con timbro INAIL) che l'attore oltre che a studiare all'università, svolgeva attività lavorativa (contratto a tempo indeterminato per la società indicata nelle buste paga) a far tempo dall'aprile 2006 con uno stipendio medio di €1.100 netti.

E presumibile, non in modo astratto quindi, ma concreto, non come danno eventuale, ma come danno certo futuro, che il giovane, lavoratore e studente universitario, aveva ottime possibilità di una fruttuosa attività lavorativa.

Sulla quale il danno differenziale accertato ha inciso duramente (al C. è stata riconosciuta un'invalidità civile con pensione INPS media mensile di €750 e grave handicap).

Considerata ogni circostanza, considerata la giovane età e le prospettive di lavoro attivo, è senz'altro equo riconoscergli, quale danno certo futuro, la somma di **€200.000,00** (all'attuale) per il danno da lucro cessante per la perdita di redditi che ne è conseguita.

Su tutte le somme riconosciute a titolo di danno NON patrimoniale, vanno applicati gli **interessi legali**.

Infatti è doveroso **riconoscere** oltre alla rivalutazione anche l'ulteriore danno consistente nel mancato godimento da parte del danneggiato dell'equivalente monetario del bene perduto per tutto il tempo decorrente fra il fatto e la sua liquidazione. Ed invero deve a tale fine fare applicazione delle presunzioni semplici in virtù delle quali non si può obliterare che ove il danneggiato fosse stato in possesso delle somme predette le avrebbe verosimilmente impiegate secondo i modi e le forme tipiche del piccolo risparmiatore in parte investendole nelle forme d'uso di tale categoria economica (ad esempio in azioni ed obbligazioni, in fondi, in titoli di Stato o di altro genere) ricavandone i relativi guadagni. Con tali comportamenti oltre a porre il denaro al riparo dalla svalutazione vi sarebbe stato un guadagno (che è invece mancato) che pertanto è giusto e doveroso risarcire, in via equitativa, con la attribuzione degli interessi legali.

Secondo l'insegnamento consolidato delle S.U. essendo state calcolate le somme dovute (per il danno non patrimoniale) all'attuale, in virtù della sentenza del 17.2.1995 n.1712 della Suprema Corte si è proceduto prima alla devalutazione alla data del fatto dannoso degli importi rivalutati alla data della sentenza; e successivamente calcolando sugli

importi rivalutati anno per anno i relativi interessi legali ai tassi stabiliti per legge anno per anno, senza alcuna capitalizzazione.

I convenuti Azienda Ospedaliera XXX e la dott.ssa A.R. vanno condannati in solido (la seconda fino all'importo di 1/2) al pagamento in favore dell'attore della complessiva somma di **€.727.000,00**

#### **-4- Assicurazioni e manleva**

L' Azienda Ospedaliera XXX costituendosi veniva autorizzata a chiamare in causa gli Assicuratori dei Lloyd's of London che, con memoria del novembre 2011, oltre ad eccezioni non rilevanti visto l'esito della causa, sollevavano la questione dell'inefficacia della polizza n.1573867 in quanto l'assicurazione in questione prevedeva una **franchigia annua aggregata** di €.1.200.000,00 che rappresentava l'ammontare fino a concorrenza del quale l'Azienda Ospedaliera aveva assunto a suo carico il pagamento di tutte le somme liquidate a termini di polizza per il risarcimento dei danni relativi ai sinistri rientranti in ogni anno assicurativo.

Con la conseguenza che la garanzia del Lloyd's potrebbe operare solo dopo che il totale dei risarcimenti pagati dal contraente avesse esaurito la franchigia aggregata.

Con onere dell'Azienda di dimostrare il superamento della franchigia stessa.

L'Azienda Ospedaliera, per contro, replicava con la memoria ex art. 183 I° che la corretta gestione della clausola in questione imporrebbe che i rapporti fra le parti dovrebbero essere regolati *a consuntivo*, ossia allorché tutti i sinistri afferenti al medesimo periodo assicurativo fossero stati definiti

Reputa il giudice che la polizza assicurativa in questione non sia operativa.

La tesi dell'Azienda non può infatti essere accolta.

Ancora nella memoria conclusionale del 11.5.2017 cioè a distanza di sei anni dalla eccezione dei Lloyd's, l'Azienda si è limitata ad un discorso generico ed astratto, senza alcuna specificità.

E' impensabile che dopo tutto questo tempo l'Azienda non sia stata in grado di dimostrare, con attestazioni, produzioni e specialmente ..numeri, l'ammontare dei pagamenti effettuati nell'anno di pertinenza

Va sottolineato che il contratto prevede all'art.15 che *all'inizio di ogni periodo assicurativo annuale il contraente (cioé l'Ospedale, ndr) istituisce un apposito fondo in bilancio per un ammontare pari alla franchigia aggregata. Il fondo è destinato esclusivamente al pagamento dei risarcimenti pertinenti al rispettivo periodo assicurativo ed è gestito dal contraente stesso, con il concorso dell'Ufficio Gestioni Sinistri, attraverso scritture contabili idonee ad identificare in qualunque momento l'ammontare aggiornato dello stanziamento.*

Poiché *in claris non fit interpretatio*, non vi è molto da aggiungere se non che l'Azienda è rimasta totalmente inadempiente al suo onere di prova relativamente all'efficacia e vigenza del contratto.

La dott.ssa R. ha chiamato in causa spa Unipol Assicurazioni per essere garantita in relazione alla polizza Winterthur a *secondo rischio* (n.61/32577688RCT)

Attesa la non operatività della garanzia dei Lloyd's, l'assicurazione Unipol è tenuta indiscutibilmente a manlevare la dott.ssa R. per la parte di sua competenza (la metà della somma per cui vi è condanna)

Le spese (che vengono regolate secondo le previsioni – orientative per il giudice che tiene conto di ogni utile circostanza per adeguare nel modo migliore la liquidazione al caso concreto- della l.24.3.2012 n.27 e del D.M. Ministero Giustizia 10.3.2014 n.55; in particolare si calcola a favore dell'attore l'aumento del 30% , per lo scaglione di competenza, in relazione al valore del riconosciuto; e l'aumento, meritato in relazione alla complessità della causa ed al pregio della difesa, dell'80 % ai sensi dell'art. 4 primo comma) seguono la soccombenza (salvo, per la metà, relativamente alla dott.ssa R., in relazione al parziale accoglimento della domanda) e vengono liquidate come in dispositivo a favore dell'attore.

Vengono altresì liquidate a carico dell'attore quanto al prof. D.A. e compensate quanto al resto non sussistendo (altre) situazioni di soccombenza in senso stretto.

La sentenza è per legge esecutiva.-

P.Q.M.

definitivamente pronunciando, ogni contraria domanda eccezione e deduzione respinta, così provvede:

1. **DICHIARA** la responsabilità per colpa dell'Azienda Ospedaliera XXX e della dott..ssa A.R.;

2. **DICHIARA** la spettanza a G.C. della somma totale di **€.727.000,00**;
3. **CONDANNA** l'Azienda Ospedaliera XXX ed in solido (fino ad 1/2) la dott.ssa A.R. al risarcimento dei danni liquidati in favore di G.C. nella complessiva somma di **€.727.000,00** oltre interessi legali dalla data della sentenza al saldo;
4. **CONDANNA** l'Azienda Ospedaliera XXX al pagamento delle spese di causa che liquida in favore dell'attore in **€.21.000,00** per compensi e in €.5.000,00 per spese, oltre ad IVA, CAP e spese generali;
5. **CONDANNA** la dott.ssa A.R. al pagamento della metà delle spese di causa, compensato il resto, che liquida in favore dell'attore per compensi in **€.10.500.000,00** ed €.1.200,00 per spese oltre IVA, CAP e spese generali;
6. **CONDANNA** entrambi i suddetti convenuti in solido al pagamento delle spese delle consulenze di ufficio;
7. **DICHIARA** l'obbligo di spa Unipol Assicurazioni di tenere indenne la dott.ssa A.R. da ogni esborso relativamente ai capi 3) e 5) che precedono;
8. **RIGETTA** ogni diversa ed ulteriore domanda;
9. **SENTENZA** esecutiva

Roma lì 26.6.2017

**Il Giudice**  
**dott.cons.Massimo Moriconi**