

N. R.G. 3006/2024



TRIBUNALE ORDINARIO di PALERMO

TERZA SEZIONE CIVILE

VERBALE DELLA CAUSA n. r.g. **3006/2024**

Il Giudice, lette le note di trattazione scritta sostitutive dell'udienza di discussione e decisione si ritira in camera di consiglio, in esito alla quale si dà lettura del dispositivo e della motivazione contenuta nel presente verbale di causa.

Palermo il 6.3.25

Il Giudice
Cristina Denaro



CONTRO

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO “PAOLO GIACCONE”, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall’Avvocatura distrettuale dello Stato di Palermo, (C.F.:80027950825; PEC: ads.pa@mailcert.avvocaturastato.it), presso i cui uffici, siti in Palermo, Via Mariano Stabile n. 182, domicilia ex lege
resistente

OGGETTO: responsabilità sanitaria; risarcimento danni iure proprio e iure hereditatis

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso ex art. 281 duodecies cpc depositato in data 7 marzo 2024, e ritualmente notificato [REDACTED] e [REDACTED] convenivano in giudizio l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “Paolo Giaccone” di Palermo, per chiedere la condanna della predetta Azienda al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti - iure proprio e iure hereditatis - in conseguenza del decesso ella propria congiunta di [REDACTED] occorso 5 gennaio 2018 per arresto cardiocircolatorio da shock settico.

A tal proposito i ricorrenti esponevano che:

- in data 26 giugno 2017, a seguito del ricovero presso l’U.O. di Medicina del P.o. Buccheri La Ferla dovuto a intensi dolori ai quadranti addominali inferiori associati a febbre e nausea insorti nel mese di giugno , veniva riscontrata una “*diverticolite acuta, diverticolosi del colon*”; la donna veniva, quindi, dimessa con prescrizioni relative ad una cura antibiotica e una dieta da seguire;
- nel mese di settembre 2017, a causa della persistenza di fortissimi dolori, la [REDACTED] veniva ricoverata presso la Casa di Cura Villa Serena di Palermo ove veniva diagnosticato “*diverticolite acuta in paziente portatrice di diverticolosi del sigma – coloncomplicata da substenosi*”, che veniva gestita a mezzo “*rivalutazione clinica e farmacologia*”;
- durante il suddetto ricovero i medici avevano riscontrato a mezzo colonscopia la presenza “*a carico di retto e sigma di multiple formazioni diverticolari con ampi colletti, alcuni con coproliti al loro interno, altri con essudato fibrinoso al loro interno. A livello del retto medio fino al sigma distale, la mucosa si presentava diffusamente congesta con multiple erosioni, scarsamente distensibile all’insufficienza d’aria...diverticolosi del colon con segni di diverticolite*”;
- dimessa dalla casa di cura il 30 settembre 2017, la paziente veniva portata d’urgenza nuovamente al Pronto Soccorso del Policlinico di Palermo in data 1 ottobre 2017 per essere poi



ricoverata il giorno successivo sino al 17 dello stesso mese, presso il reparto di Chirurgia Generale e d'Urgenza dello stesso Policlinico con diagnosi *“diverticolite acuta con segni di peridiverticolite”*;

- durante tale periodo, ed in particolare il 6 ottobre 2017, la ██████ veniva sottoposta a nuovi esami con valutazione TC addominale, senza e con contrasto, da cui emergeva *“rispetto al precedente controllo...lieve riduzione dimensionale (DT max 3,8 cm vs 5 cm) della raccolta ascessuale con livello idro- aereo nel contesto, precedentemente descritta nello scavo pelvico tra le parti del sigma, la cupola vescicale e la parte anteriore dell'utero. Non evidenti segni TC di fistolizzazione con le strutture adiacenti. Persiste il diffuso ispessimento di parete del III prossimale del sigma con imbibizione dell'apide periviscerale come da quadro di diverticolite. Non versamento né aria libera in addome. Non linfadenomegalie, non livelli idroaerei. Dopo mdc ev nulla da segnalare di rilevante”*;

- persistendo febbre associata a vomito e pepto- biliare, in data 13 ottobre 2017 la ██████ veniva sottoposta a intervento chirurgico per *“ascesso diverticolitico del sigma”*, descritto come *“drenaggio ascesso addominale; lavaggi peritoneali”*;

- dimessa il 17 ottobre del 2017, la paziente veniva nuovamente ricoverata presso il medesimo Policlinico, poiché 5 giorni dopo la dimissione aveva cominciato ad avere incontinenza e comparsa di dolore pelvico, sicché in data 7 novembre la donna veniva sottoposta ad un intervento chirurgico per *“diverticolite acuta complicata”*;

- in conseguenza delle ulteriori complicanze manifestatesi nei giorni seguenti, la ██████ veniva sottoposta ad un nuovo intervento chirurgico per *“verosimile dei scienza anastomotica impaziente con raccolte addominali non passibili di drenaggio percutaneo”*;

- nonostante gli interventi , la donna andava incontro ad un progressivo peggioramento delle di lei di salute sino al decesso, avvenuto il 5 gennaio 2018.

I ricorrenti, quindi, richiamando le risultanze della consulenza concernenti le cause del decesso della congiunta ██████ redatta a firma dei dott.ri Nunzia Albano e Rosa Maria Raimondo in seno al procedimento di ATP, chiedevano il risarcimento del danno non patrimoniale iure proprio patito dagli stessi, nonché il risarcimento del danno non patrimoniale biologico e morale iure hereditatis patito dalla propria congiunta, e trasferitosi pro quota agli eredi; in subordine, chiedevano la condanna al pagamento del danno derivante dalla perdita di chance di sopravvivenza di ██████ iure proprio e/o iure hereditatis, oltre al danno patrimoniale iure proprio di euro 2600,00 per le onoranze funebri, il tutto oltre interessi sino al soddisfo; con vittoria di spese, incluse le spese di CTU maturate in sede di ATP, competenze ed onorari del presente giudizio e del giudizio di ATP; con distrazione.



L'Azienda resistente, ritualmente costituitasi, deducendo la genericità dell'atto introduttivo, chiedeva il rigetto delle domande avverse per infondatezza, o in subordine l'accoglimento della domanda di risarcimento da perdita di chance.

Nel merito, la struttura evidenziava che i sanitari dell'Azienda ospedaliera, contrariamente a quanto ritenuto dai ricorrenti, avevano operato con la massima diligenza, prudenza e perizia e secondo le *leges artis* in tutte le fasi della vicenda, ed in particolare che l'intervento chirurgico di "Laparoscopia esplorativa per drenaggio di ascesso pelvico" cui la stessa si era sottoposta il 13 ottobre 2017, pur presentando una percentuale di fallimento del 13%, costituiva nello stadio II della diverticolite acuta l'approccio prescelto nelle più accreditate realtà chirurgiche nazionali, presentando le maggiori chance di successo nelle condizioni date.

Ed ancora, la resistente negava la sussistenza del nesso eziologico tra l'evento dannoso denunciato ed il comportamento tenuto dai medici della struttura.

Acquisito l'elaborato svolto nell'ambito del procedimento per atp R.G. 2911/22 tra le medesime parti, la causa veniva rinviata al 6 marzo 2025 per discussione e decisione ex art 281 sexies cpc, con termini per note conclusive.

Ciò premesso occorre precisare che, per quanto attiene alle pretese azionate iure proprio dai congiunti della vittima primaria, viene in rilievo un'ipotesi di responsabilità extracontrattuale, perché i ricorrenti sono rimasti estranei al rapporto contrattuale tra la struttura sanitaria e [REDACTED]; né essi rientrano tra i soggetti nei cui confronti il contratto può spiegare effetti protettivi (cfr Cass. Civ. Sez 3 n.11320 del 07/04/2022: *"Il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, effetti protettivi in favore dei terzi, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, comma 2, c.c., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale. (Nella specie, la S.C. ha escluso la spettanza dell'azione contrattuale "iure proprio" alla moglie di un soggetto che, affetto da Morbo di Parkinson, si era allontanato dalla struttura sanitaria presso cui era ricoverato e non era stato mai più ritrovato, precisando che la stessa avrebbe potuto eventualmente beneficiare della tutela aquiliana, con le conseguenti regole in tema di ripartizione dell'onere della prova).*

Per quanto attiene, per converso, la domanda di risarcimento dei danni iure hereditatis viene in rilievo un'ipotesi di responsabilità contrattuale, spettando, quindi, al paziente (e dunque ai di lui eredi che agiscono per far valere i danni patiti dal de cuius) provare l'esistenza del contratto o del contatto sociale (allegandone la violazione) e l'evento dannoso mentre a carico del sanitario, o



della struttura, è lasciato l'onere di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita secondo la migliore scienza ed esperienza medica e che l'evento infausto sia stato determinato da un evento imprevisto e imprevedibile (cfr. Cass. civ. n. 975/2009), ovvero causalmente estraneo al suo operato, ovvero che l'inadempimento, ove pur esistente, non sia stato la causa dell'evento dedotto, o comunque sia rimasto alieno alla sua sfera soggettiva di signoria, non essendo a lui imputabile (cfr. Cass. civ. n. 11488/2004).

In ordine alla prova del nesso causale la giurisprudenza ormai consolidata della Suprema Corte ha precisato che: *«sia nei giudizi di risarcimento del danno derivante da inadempimento contrattuale, sia in quelli di risarcimento del danno da fatto illecito, la condotta colposa del responsabile ed il nesso di causa tra questa ed il danno costituiscono l'oggetto di due accertamenti concettualmente distinti; la sussistenza della prima non dimostra, di per sé, anche la sussistenza del secondo, e viceversa; l'art. 1218 c.c. solleva il creditore della obbligazione che si afferma non adempiuta dall'onere di provare la colpa del debitore inadempiente, ma non dall'onere di provare il nesso di causa tra la condotta del debitore ed il danno di cui domanda il risarcimento; nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica, è onere dell'attore, paziente danneggiato, dimostrare l'esistenza del nesso causale tra la condotta del medico e il danno di cui chiede il risarcimento; tale onere va assolto dimostrando, con qualsiasi mezzo di prova, che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non", la causa del danno; se, al termine dell'istruttoria, non risulti provato il nesso tra condotta ed evento, per essere la causa del danno lamentato dal paziente rimasta assolutamente incerta, la domanda deve essere rigettata»* (in tal senso, il principio di diritto affermato da Cass. n.18392/2017 e n. 26824/2017; conformi le successive Cass. n.29315/2017, n. 3704/2018, n.19199/2018 e n.26700/2018 cfr anche Cass. Civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 20707 del 17/07/2023 *“in tema di responsabilità contrattuale del professionista, il nesso causale tra inadempimento (o inesatto adempimento) e danno dev'essere provato dall'attore, in applicazione della regola generale di cui all'art. 2697 c.c., trattandosi di elemento della fattispecie egualmente "distante" da entrambe le parti, rispetto al quale, dunque, non è ipotizzabile la prova liberatoria in capo al convenuto, secondo il principio di cd. vicinanza della prova”*).

Quanto, poi, al criterio alla stregua del quale accertare la sussistenza del rapporto di causalità tra la condotta del medico e il danno allegato dal paziente., occorre ricordare che , come più volte affermato dalla Suprema Corte *“In tema di responsabilità civile, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli art. 40 e 41 c.p., per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a*



quegli eventi che non appaiano – ad una valutazione "ex ante" – del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio". Ne consegue, con riguardo alla responsabilità professionale del medico, che, essendo quest'ultimo tenuto a espletare l'attività professionale secondo canoni di diligenza e di perizia scientifica, il giudice, accertata l'omissione di tale attività, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'evento lesivo e che, per converso, la condotta doverosa, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento stesso" (Cass. civ. n. 16123/2010).

Come precisato da una precedente pronuncia della Suprema Corte: *"In questo modo, il nesso causale diviene la misura della relazione probabilistica concreta (e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (quel comportamento e quel fatto dannoso) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (o, se si vuole, di previsione e prevenzione, attesa la funzione – anche – preventiva della responsabilità civile, che si estende sino alla previsione delle conseguenze a loro volta normalmente ipotizzabili in mancanza di tale avvedutezza) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito" (così la citata Cass. civ. n. 21619/2007, in motivazione).*

Ciò premesso, la domanda di parte attrice è fondata e conseguentemente va accolta.

Secondo la prospettazione dei ricorrenti, il decesso della congiunta sarebbe imputabile a colpa dei sanitari della struttura convenuta che, nonostante i pregressi ricoveri e il fallimento delle pregresse terapie conservativa, avevano sottoposto la ██████ ad un intervento di resezione intestinale, eseguendo, inoltre, una resezione intestinale con una anastomosi diretta senza ileostomia di protezione o meglio, un intervento sec. Hartmann, omettendo, per altro, l'esecuzione di esami di laboratorio finalizzati alla ricerca della migliore terapia antibiotica mirata.

Tale prospettazione, contestata in giudizio dalla struttura convenuta, ha trovato ampia conferma nella ctu espletata in seno al procedimento di ATP intercorso tra le parti (rgn n Causa nr. 2911/2022), a firma dei Dott.ri Nunzia Albano e Rosario Maria Raimondo, acquisita agli atti del processo e ritenuta da questo Giudice pienamente condivisibile.

I CCTTUU nominati, infatti, dopo un'esaustiva disamina della storia clinica del paziente e della documentazione medica prodotta e dopo avere illustrato le caratteristiche della patologia della diverticolite, anche con riguardo agli approcci terapeutici alla stessa, hanno concluso per la sussistenza di profili di responsabilità dei sanitari causalmente rilevanti sul decesso della donna.



Nello specifico i CCTTUU hanno esposto che: *“La paziente è stata sottoposta a due ricoveri ospedalieri nello stesso anno (ravvicinati) ed a distanza di circa due mesi, durante i quali è stata sottoposta a trattamento conservativo. A ridosso del secondo ricovero (il giorno dopo le dimissioni da Villa Serena) si presentava al Pronto Soccorso del Policlinico Universitario e veniva ricoverata con la diagnosi di diverticolite complicata. Provenendo la paziente da due ricoveri ospedalieri, ed avendo presentato una refrattarietà alla terapia antibiotica, in presenza di un ascesso pericolico, i sanitari hanno optato nel procedere mediante un drenaggio percutaneo dello stesso, TAC guidato, dimostratosi anche questo infruttuoso dalle immagini TAC successive e dai dati clinici e laboratoristici. La paziente veniva pertanto sottoposta, in data 13/10/17, ad intervento chirurgico laparotomico che si è limitato ad un drenaggio della raccolta ascessuale pelvica, persistendo i sanitari del Policlinico, ad attuare un atteggiamento conservativo su una paziente già sottoposta a più trattamenti conservativi infruttuosi, non tenendo conto dei quasi due mesi di terapia antibiotica, della sintomatologia ingravescente e delle comorbidità. Non vi sono inoltre documentazioni relative ad esami colturali effettuati sul liquido drenato, tali da poter intraprendere terapie antibiotiche mirate, ciò rappresentando motivo di censura in quanto difforme da quanto previsto dalle linee guida.*

In considerazione dei plurimi accessi ospedalieri, del fallimento, durante tre ricoveri della terapia conservativa, delle comorbidità della paziente, si ritiene imprudente aver sottoposto tardivamente la stessa ad un intervento di resezione intestinale, eseguendo inoltre una resezione intestinale con una anastomosi diretta senza ileostomia di protezione o meglio, un intervento sec. Hartmann. Tutto ciò ha avuto effetti negativi sulla prognosi quoad vitam della paziente che, avrebbe potuto essere salvata con un intervento terapeutico più celere e più efficace. Un intervento chirurgico più immediato e l'esecuzione di esami di laboratorio finalizzati alla ricerca della migliore terapia antibiotica mirata, avrebbero verosimilmente evitato il decesso della paziente o comunque avrebbero migliorato nettamente le possibilità di sopravvivenza. Sussiste quindi un nesso di causa tra la condotta imprudente dei medici della struttura sanitaria convenuta ed il decesso della paziente.

Non colgono nel segno i rilievi svolti dal CTP di parte resistente, il quale ha osservato criticamente che:

- le linee guida dei tempi imponevano l'adozione, in occasione del ricovero del 02/10/2017, di un trattamento inizialmente conservativo supportato da un adeguato monitoraggio (*In particolare, vennero monitorati i principali parametri che avrebbero potuto evidenziare un viraggio dalla “semplice” flogosi alla sepsi, cioè il passaggio da una malattia localizzata al solo tratto di intestino interessato a una condizione coinvolgente l'intero organismo e, in data 06/10/2017, si*



assistette invero a una riduzione della raccolta ascessuale da 5 cm di diametro massimo a 3,8 cm.

Inoltre, va posta l'attenzione sulla delimitazione dell'ascesso alla sola area peri-diverticolare sede della perforazione e dall'assenza di fistolizzazioni, ben dimostrata strumentalmente. Una condizione così descritta (ascesso pelvico ben delimitato tra le pareti del viscere, la cupola vescicale e le pareti dell'utero, in assenza di diffusione ad altre sedi) veniva descritta, nella classificazione adottata all'epoca dei fatti, come stadio II della malattia diverticolare complicata secondo Hinchey., stadio con riferimento al quale "Le principali linee guida vigenti all'epoca raccomandavano il lavaggio e il drenaggio laparo-scopico . omissis l'intervento di "drenaggio dell'ascesso addominale, e di lavaggio addominale" venne attuato con tecnica laparoscopica in data 13/10/2017. Dopo un decorso che può definirsi regolare la paziente veniva pertanto dimessa in data 17/10.): occasione del nuovo ricovero in data 04/11/2017, tuttavia, a seguito della ricomparsa di sintomatologia dolorosa addominale, la paziente veniva ricondotta al PS del policlinico, ove si riscontrava a seguito di indagine TC la ricomparsa della raccolta ascessuale nella sede precedente. In questa occasione il diametro risultava di cm 4,2 × 5,7 × 2,1, si rilevava la presenza di gas nel contesto della raccolta e, pertanto, sempre con decisione assunta collegialmente, in data 07/11/2017 si procedeva a nuovo intervento chirurgico. Questa seconda occasione ci si trovava pertanto dinanzi ad una recidiva, quindi una condizione nella quale si ritenne più indicato optare per un trattamento definitivo. In osservanza delle linee guida vigenti si procedette quindi a resezione del colon con anastomosi. Tale scelta era considerata valida da consistenti ed autorevoli dati di letteratura, quale scelta sicura in peritoniti purulente, 12 supportata da diversi trials randomizzati e controllati, 13,14 e da varie linee guida internazionali, 15-17 mentre una review sistematica della letteratura con metanalisi 18 evidenzia che persino negli stadi III e IV una ricostruzione immediata della continuità intestinale è una scelta ancora possibile. Peraltro, le linee guida SICCR indicano la chirurgia resettiva in caso di fallimento di procedure più conservative per ascessi diverticolari > 4 cm, 19,20 e l'intervento di Hartmann trova ormai spazio solo quando l'eventuale anastomosi venga giudicata "insicura", mentre l'anastomosi di prima intenzione trova spazio in un numero sempre più elevato di trials, come confermato anche in review sistematiche. 20-23 La successiva complicità dell'intervento chirurgico, occorsa nei giorni seguenti, è prevista in tutta la letteratura consultata. La paziente è stata sottoposta a valutazioni giornaliere in occasione delle visite collegiali, e, constatata l'assenza di risposta a trattamenti conservativi, si procedette alla soluzione universalmente riconosciuta come necessaria, consistente nel deconfezionamento dell'anastomosi e nella realizzazione di una colostomia terminale (c.d. "intervento di Hartmann"). La paziente venne pertanto trasferita presso la terapia intensiva del P.O. "V. Cervello" di Palermo, dove l'esito fu infausto.



- Le complicanze e l'esito infausto occorsi erano frutto della probabilità prevista per una malattia che è gravata da complicanze e da una rilevante mortalità. Nel caso in specie, peraltro, non secondario ruolo aveva giocato sulla prognosi le comorbidità della paziente, tra cui il diabete mellito costituisce elemento di rilevante importanza;

Ed invero, i Consulenti hanno esaustivamente chiarito che :

- *il trattamento della diverticolite deve essere improntato e ponderato sulla base della presentazione clinica e sull'evoluzione clinica, associato all'esame radiologico e laboratoristico, come già sintetizzato nella precedente CTU. I sanitari che ebbero in cura la paziente nell'ottobre 2017 (al Policlinico Universitario), attuarono un ennesimo trattamento terapeutico conservativo, sebbene la paziente provenisse da due ricoveri per la medesima sintomatologia. Non tenendo conto quindi, del ricovero il 26 giugno 2017 (di 7 giorni) presso il Buccheri La Ferla e del ricovero del 11 settembre 2017 (19 giorni) presso la casa di cure Villa Serena. durante questi ultimi ricoveri, la paziente era già stata sottoposta ad un trattamento conservativo (evidentemente infruttuoso), di cui i medici non hanno tenuto conto, sebbene fosse stato riportato sui dati anamnestici in cartella clinica. Pertanto si reiterava sulla paziente un trattamento conservativo che si dimostrò altresì infruttuoso. Sebbene, la paziente, venisse sottoposta a laparoscopia esplorativa e drenaggio della raccolta pelvica, non vennero condotti esami colturali sul liquido drenato, tali da poter quantomeno indirizzare i sanitari stessi, nell'operare un trattamento antibiotico mirato;*

- *Riguardo l'intervento di resezione intestinale, lo stesso CTP afferma che "l'intervento di Hartmann trova ormai spazio solo quando l'eventuale anastomosi venga giudicata "insicura". Di fatti la paziente in questione, visti gli ormai tre ricoveri con trattamenti conservativi infruttuosi ed in considerazione delle patologie di cui la stessa soffriva (ipertensione arteriosa, diabete mellito, artrosi, diverticolite recidiva, preg intervento per prolasso uterino, Sd. disventilatoria di moderata entità, insufficienza mitralica ed aortica lievi, in trattamento con IGO, Cardura e Medrol) era da considerare ad alto rischio per leak anastomotico (deiscenza dell'anastomosi). Si ribadisce pertanto, come già descritto nella precedente CTU, che il rischio di deiscenze d'anastomosi è più elevato in quei pazienti che presentano in anamnesi fumo, diabete, terapia protratta con corticosteroidi. Secondo la letteratura i pazienti in terapia corticosteroidica cronica (come in questo caso) hanno un rischio di recidiva, a seguito di trattamento conservativo, del 27%, e un rischio di mortalità post operatoria del 31%. Nella documentazione clinica, non vi sono referti che fanno riferimento a relazioni collegiali, multidisciplinari o documentazioni che lascino dedurre che la paziente sia stata sottoposta ad un esame multidisciplinare. Di fatti, gli esiti e le scelte terapeutiche non hanno tenuto conto della anamnesi della paziente, né prossima né remota, in considerazione delle pluripatologie della quale la paziente soffriva".*



Pertanto , alla luce degli esiti della CTU e dei chiarimenti resi ai tecnici deve ritenersi provata la condotta colposa dei medici della struttura convenuta e la rilevanza causale di condotta negligente nel determinismo del decesso della ██████████; per converso, la convenuta non ha provato, come era suo onere, l'esatto adempimento della prestazione dovuta, o l'esistenza di una diversa eziologia – indipendente dall'operato del proprio personale – dell'insoddisfacente iter clinico.

Occorre precisare, infatti, che, diversamente da quanto sostenuto dalla difesa della Azienda convenuta , il nesso causale tra condotta colposa e decesso non potrebbe ritenersi eliso valorizzando la situazione pregressa della paziente e l' elevata percentuale di decesso post operatorio dei pazienti in recidiva (31%) a seguito dell'intervento praticato .

Sotto tale ultimo profilo va rilevato che il nesso casuale va vagliato con riguardo a tutte le risultanze del caso concreto nella loro irripetibile singolarità, giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma anche all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto; ebbene, nel caso di specie , il CCTTUU proprio valorizzando tutte le peculiarità del caso concreto hanno precisato che un approccio chirurgico più precoce e diverso avrebbe evitato l'evento morte secondo il criterio del più probabile che non.

Con riguardo alle pregressa situazione di salute della paziente occorre ricordare che in materia di rapporto di causalità nella responsabilità civile, in base ai principi di cui agli artt. 40 e 41 c.p., qualora le condizioni ambientali od i fattori naturali che caratterizzano la realtà fisica sulla quale incide il comportamento imputabile dell'uomo siano sufficienti a determinare l'evento di danno indipendentemente dal comportamento medesimo, l'autore dell'azione o della omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale; ove, invece, quelle condizioni non possano dare luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno, l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità, non potendo, in tal caso, operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, poiché una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile. Ne consegue che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza di un eventuale contributo "con-causale" di un fattore naturale (quale che esso sia), non è ammesso, sul piano giuridico, affidarsi ad un ragionamento probatorio "semplificato", tale da condurre "ipso facto" ad un frazionamento delle responsabilità in via equitativa, con relativo ridimensionamento del "quantum" risarcitori”.



Nel caso di specie va esclusa la rilevanza causale delle pregresse condizioni di salute della paziente che, invece, avrebbero dovuto indurre i medici ad adottare un approccio chirurgico diverso, risultando una mera ipotesi, non supportata da alcuna dato concreto, che adottando l'approccio chirurgico indicato dai CCTTUU in modo tempestivo, la [REDACTED] sarebbe comunque deceduta.

Accertato l'an debeatur, passando alla disamina delle conseguenze dannose, va riconosciuto agli attori il chiesto risarcimento del danno parentale, che si produce in capo agli stretti congiunti della vittima di un illecito; il medesimo fatto illecito lede, infatti, in pari tempo le situazioni giuridiche dei diversi soggetti legati dal vincolo di parentela: l'uccisione della vittima causa non solo il massimo danno configurabile in capo alla stessa, ma anche e simultaneamente, l'estinzione del rapporto parentale con gli stretti congiunti che a loro volta subiscono immediatamente e direttamente la compromissione del loro interesse all'intangibilità degli affetti reciproci e della scambievole solidarietà che connota la vita familiare.

Come è noto *"In ordine alla prova del danno conseguenza – sub specie perdita del rapporto parentale – va ricordato che in tema di danno non patrimoniale, il pregiudizio patito dai prossimi congiunti della vittima va allegato, ma può essere provato anche a mezzo di presunzioni semplici e massime di comune esperienza, dato che l'esistenza stessa del rapporto di parentela fa presumere la sofferenza del familiare superstite, ferma restando la possibilità, per la controparte, di dedurre e dimostrare l'assenza di un legame affettivo, perché la sussistenza del predetto pregiudizio, in quanto solo presunto, può essere esclusa dalla prova contraria, a differenza del cd. "danno in re ipsa", che sorge per il solo verificarsi dei suoi presupposti senza che occorra alcuna allegazione o dimostrazione (Cass. Civ. Sez. 3 - , Sentenza n. 22397 del 15/07/2022).*

Ora, nel caso di specie, può ritenersi acclarato il danno, tenuto conto del legame di parentela esistente tra i ricorrenti (figlie marito) e il de cuius (genitore e moglie).

In applicazione dei criteri già in uso presso il Tribunale di Milano (Tabelle edizione 2024), considerata l'età di [REDACTED], l'età dei superstiti, la natura del rapporto parentale ed in assenza di allegazione e prova della convivenza con la vittima in favore di ciascuno dei ricorrenti figli, mentre vi è prova della convivenza tra la [REDACTED] to [REDACTED] deve liquidarsi un risarcimento come di seguito calcolato.

- A [REDACTED] (anni al tempo decesso: 77) la somma di euro 215.105,00 così determinata: punti 12 per il parametro A (età della vittima primaria), punti 12 per il parametro B (età della vittima secondaria), punti 16 per il parametro C (convivenza), punti 0 per il parametro D (sopravvivenza di altri familiari: 5 figli), punti 15 per il parametro E (in ragione delle usuali dinamiche di un rapporto tra coniugi), per un totale di 55 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.



- A [REDACTED] (anni al tempo decesso 51) la somma di euro 175.995,00 così determinata: punti 12 per il parametro A (età della vittima primaria), punti 18 per il parametro B (età della vittima secondaria), punti 0 per il parametro C (convivenza), punti 0 per il parametro D (sopravvivenza di altri familiari: 5 , 4 fratelli e il padre) i , punti 15 per il parametro E (in ragione delle usuali dinamiche di un rapporto tra madre figlia), per un totale di 45 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.

- A [REDACTED] (anni al tempo del decesso: 48) e a [REDACTED] (anni al tempo del decesso: 45) la somma di euro 183.817,00 così determinata: per il parametro A (età della vittima primaria), punti 12, per il parametro B (età della vittima secondaria) punti 20 , punti 0 per il parametro C (convivenza), punti 0 per il parametro D (sopravvivenza di altri familiari: 5 , 4 fratelli e il padre) , punti 15 per il parametro E (in ragione delle usuali dinamiche di un rapporto tra madre figlio), per un totale di 47 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.

- A [REDACTED] (anni al tempo del decesso: 37) e a [REDACTED] (anni al tempo del decesso: 40) la somma di euro 191.639,00 così determinata: per il parametro A (età della vittima primaria), punti 12, per il parametro B (età della vittima secondaria) punti 22 , punti 0 per il parametro C (convivenza), punti 0 per il parametro D (sopravvivenza di altri familiari: 5 , 4 fratelli e il padre) , punti 15 per il parametro E (in ragione delle usuali dinamiche di un rapporto tra madre figlio), per un totale di 49 punti da moltiplicarsi per il valore punto di € 3.911,00.

Per effetto del riconoscimento del nesso causale tra decesso e colpa medica resta assorbito l'esame della domanda risarcitorio da perdita di chance di sopravvivenza .

In favore di [REDACTED] va poi riconosciuta anche il danno patrimoniale conseguente alle spese funerarie per l'importo di euro 2.600.

Infine, va vagliata la fondatezza della domanda di risarcimento del danno, sub specie danno terminale morale e biologico - subito dalla [REDACTED] e azionato iure hereditatis dai ricorrenti.

In proposito occorre che , come statuito dalla Suprema Corte “*Il diritto al risarcimento del cd. danno biologico terminale è configurabile, e conseguentemente trasmissibile "iure hereditatis", ove intercorra un apprezzabile lasso di tempo (nella specie, dieci giorni) tra le lesioni colpose e la morte causata dalle stesse, essendo irrilevante, al riguardo, la circostanza che, durante tale periodo di permanenza in vita, la vittima abbia mantenuto uno stato di lucidità, il quale costituisce, invece, il presupposto del diverso danno morale terminale.*” (Cass. 21060/2016 vedere anche Cass. n.22451/2017).

Più recentemente la Suprema Corte ha chiarito che “ *la persona ferita che non muoia immediatamente può acquistare e trasmettere agli eredi il diritto al risarcimento sia del danno biologico temporaneo - che di regola sussiste solo per sopravvivenze superiori alle 24 ore e deve*



essere accertato senza riguardo alla circostanza se la vittima sia rimasta o meno cosciente - sia del danno non patrimoniale consistito nella "formido mortis", che andrà verificato di caso in caso e che ricorrerà esclusivamente ove la vittima abbia avuto la consapevolezza della propria sorte e della morte imminente (ez. 3 - , Ordinanza n. 16272 del 08/06/2023)

Per quanto concerne la liquidazione del danno biologico terminale, la Suprema Corte, con la sentenza appena menzionata , ha in particolare precisato che “*il danno alla salute che può patire la vittima di lesioni personali, la quale sopravviva per uno spazio di tempo e poi deceda a causa della gravità delle lesioni, dal punto di vista medico-legale può consistere solo in una invalidità temporanea, mai in una invalidità permanente. Il lemma "invalidità", infatti, per secolare elaborazione medico-legale, designa uno stato menomativo che può essere transeunte (invalidità temporanea) o permanente (invalidità permanente). L'espressione "invalidità temporanea" designa lo stato menomativo causato da malattia, durante il decorso di questa. L'espressione "invalidità permanente" designa invece lo stato menomativo che residua dopo la cessazione d'una malattia. L'esistenza d'una malattia in atto e l'esistenza di uno stato di invalidità permanente non sono tra loro compatibili: sinché durerà la malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non v'è ancora invalidità permanente; se la malattia guarisce con postumi permanenti si avrà uno stato di invalidità permanente, ma non vi sarà più invalidità temporanea; se la malattia dovesse condurre a morte l'ammalato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea (oltre alla già citata Cass. n. 18056 del 2019 v., tra le altre, Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 32372 del 13.12.2018; Sez. 3, Sentenza n. 5197 del 17/03/2015, Rv. 634697 - 01; così pure Sez. 3 Sentenza n. 7632 del 16/05/2003, Rv. 563159, § 3.3 dei "Motivi della decisione"). Per le ragioni fin qui esposte, nel caso di morte sopraggiunta dopo le lesioni personali, e da esse provocata, un danno biologico permanente è inconcepibile. Quanto al danno biologico temporaneo, per potersene predicare l'esistenza sarà necessario che la lesione della salute si sia protratta per un tempo apprezzabile, normalmente superiore alle 24 ore, perché solo un tempo apprezzabile consente quell' "accertabilità medico legale" che costituisce il fondamento del danno biologico temporaneo. Lo stabilire se la vittima abbia patito un danno biologico "suscettibile di accertamento medico legale" è un giudizio di fatto riservato al giudice di merito, e non sindacabile in questa sede. Va in proposito puntualizzato anche che, una volta accertata la sussistenza di un danno biologico temporaneo provocato da una lesione mortale, esso sarà risarcibile a prescindere dalla consapevolezza che la vittima ne abbia avuto, dal momento che quel pregiudizio consiste nella oggettiva perdita delle attività quotidiane (Sez. 3 - , Sentenza n. 21060 del 19/10/2016, Rv. 642934 - 01; Sez. 3, Sentenza n. 2564 del 22/02/2012, Rv. 621706 - 01).*



Partendo da tali premesse , nel caso di specie , va affermata la risarcibilità del danno biologico c.d. “terminale” , ricorrendo sia una lesione del bene salute di particolare intensità, sia un apprezzabile intervallo di tempo tra il fatto lesivo e il suo decesso

Infatti, ██████ subiva il primo ricovero dal 1.10.17 al 17.10.17 un secondo ricovero dal 4.11.17 alla data del decesso del 5.1.18 (restando incosciente dal 6.12.2017 sino alla morte) (per un totale di 80 gg)

Per converso non può essere riconosciuti i cd danno morale catastrofale.

Invero, sotto il profilo attinente alla coscienza dell'imminente morte, come evidenziato dalla giurisprudenza della Suprema Corte – che si condivide - *“La paura di dover morire, provata da chi abbia patito lesioni personali e si renda conto che esse saranno letali, è un danno non patrimoniale risarcibile soltanto se la vittima sia stata in grado di comprendere che la propria fine era imminente, sicché, in difetto di tale consapevolezza, non è nemmeno concepibile l'esistenza del danno in questione, a nulla rilevando che la morte sia stata effettivamente causata dalle lesioni”* (vedi Cass. n. 13537/2014, conformi Cass. n. 26972/2008 e n. 26973/2008).

Ora , nel caso di specie , dall'iter clinico della paziente non emerge affatto che la stessa abbia avuto non già un semplice timore della morte ma una piena consapevolezza dell'imminenza del proprio decesso ; invero, dalla cartella clinica in atti emerge che a seguito della accertata recidiva la paziente in data 06/12/17 veniva condotta in sala operatoria per intervento chirurgico. *“Deiscenza anastomotica in paziente con raccolte addominali non passibili di drenaggio percutaneo. Deconfezionamento anastomosi colo-rettale, confezionamento di colostomia terminale, resezione intestinale, appendicectomia, drenaggio ascessi addominali.; nel corso dell'intervento poi , “ la paziente veniva trasferita presso la Rianimazione dell'ospedale Villa Sofia di Palermo dove decedeva in data 05 gennaio 2018 per arresto cardiocircolatorio da shock settico. Da ciò consegue che la Amato non ebbe la consapevolezza dell'imminenza del decesso in quanto le complicanze che condussero alla morte per shock settino insorsero nel corso dell'intervento effettuato in anestesia generale e che ne periodo trascorso in terapia intensiva ella non era vigile e cosciente (cfr cartella clinica in atti)*

Quanto alla liquidazione del danno biologico , la quantificazione deve effettuata alla luce delle tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale elaborate dal Tribunale di Milano per l'anno 2024, la cui applicabilità è stata generalizzata su tutto il territorio nazionale dalle recenti sentenze della Corte di Cassazione n. 12408/2011 e 14402/2011 (cui si aderisce).

In particolare, prendendo, occorre fare riferimento alla tabella dell'invalidità temporanea (non potendosi fare ricorso alle tabelle del danno terminale che precedono una liquidazione omnicomprensiva del danno biologico terminale e di quello morale catastrofale, nel caso di specie



non riconosciuto) dovendosi riconoscere una invalidità totale durante il periodo di ricovero (vieppiù in stato di incoscienza dal 6.12.17 al 5.1.18)

Secondo le Tabelle di Milano, la somma liquidabile per danno biologico terminale è pari ad euro 13.840 dovendosi moltiplicare la somma di euro 173,00 (pari alla personalizzazione massima della somma di 115 euro al gg riconosciuta in tabelle) per il numero di giorni di invalidità totale (80)

In ordine alla personalizzazione si ritiene di riconoscerla in misura massima in ragione della intensa sofferenza che ha connotato la storia clinica della paziente (sottoposta a diversi interventi non risolutivi) , dello stato di malessere dalla stessa patito, desumibile dal continuo stato febbrile, associato a vomito e a intensi dolori addominali) e dell'esito infausto del periodo di invalidità

Si perviene così alla liquidazione, a titolo di danno non patrimoniale iure hereditatis, della somma complessiva di 13. 840 spettante agli eredi legittimi come sopra indicati nelle rispettive quote ereditarie (1/3 (4. 613,33) per il marito e 2/3 per i figli e figlie (9.226,67 : 5 =1.845,33 pro capite).

IN definitiva, sulla scorta delle argomentazioni che precedono, si riconoscono in conclusione:

- in favore di tutti gli attori iure hereditatis la somma di euro 13.840 per il danno biologico terminale subito dalla [REDACTED], trasferito al marito [REDACTED] e ai figli [REDACTED], da ripartire, secondo la quota della successione legittima, in 1/3 per il coniuge e 2/3 per i figli ;
- in favore dell'attore [REDACTED], iure proprio, la somma di € 2.600,00 per danno patrimoniale e di € 215.105 per danno non patrimoniale
- in favore di [REDACTED] iure proprio, la somma di € 175.995,00 per danno non patrimoniale,
- in favore delle [REDACTED], iure proprio, la somma di € 183.817 0 per danno non patrimoniale, ciascuno;
- in favore delle [REDACTED], iure proprio, la somma di € 191.639 per danno non patrimoniale, ciascuno;

Ora, al fine di conteggiare correttamente gli interessi, che secondo l'insegnamento della Suprema Corte devono calcolarsi dal giorno dell'insorto credito nella sua originaria consistenza, e via via sulla somma che progressivamente si incrementa per effetto della rivalutazione, è necessaria una "devalutazione" nominale delle voci liquidate in valuta attuale, rapportandole all'equivalente alla data di insorgenza del danno (che si assume nella data dell'intervento del 7.11.2016 per il danno iure hereditatis e nella data del decesso del 06.12.2006 per il danno iure proprio), e procedere quindi alla rivalutazione dalla data di insorgenza del danno fino alla data della odierna decisione, tenendo conto nel montante delle decurtazioni per acconti percepiti o delle maggiorazioni per ulteriori voci di credito che maturano nell'intervallo temporale, applicando gli interessi alle somme che man



mano si incrementano per effetto della rivalutazione (con cadenza mensile alla stregua della mensile variazione degli indici ISTAT) in conformità all'orientamento consolidato della Suprema Corte di Cassazione (Cass. S.U. n. 1712/1995; successive conformi tra le altre Cass. civ. n. 2796/2000, n. 7692/2001, n. 5234/2006, n. 16726/2009 e n. 18028/2010).

Infatti, gli importi, espressi in valuta attuale, non comprendono l'ulteriore e diverso danno rappresentato dalla mancata disponibilità del denaro, derivante dal ritardo con cui viene liquidato al creditore danneggiato l'equivalente in denaro del bene leso.

A tal proposito va osservato che in caso di risarcimento del danno, se la liquidazione viene effettuata per equivalente – e cioè con riferimento al valore del bene perduto dal danneggiato all'epoca del fatto illecito, espresso poi in termini monetari che tengano conto della svalutazione intervenuta fino alla data della decisione – è dovuto anche il danno da ritardo e cioè il lucro cessante provocato dal ritardato pagamento della somma.

Infatti, la rivalutazione della somma liquidata e gli interessi sulla somma rivalutata assolvono due funzioni diverse, mirando la prima alla reintegrazione del danneggiato nella situazione patrimoniale anteriore all'illecito, mentre gli interessi hanno natura compensativa, con la conseguenza che questi ultimi sono compatibili con la rivalutazione.

Tali interessi possono essere calcolati in misura legale, in mancanza di prova del maggior danno.

In conformità ai principi illustrati occorrerà:

-devalutare, alla data delle lesioni del 1.10.17, la voce di danno non patrimoniale iure hereditatis di euro 13.840 e poi riconoscere gli interessi sulla somma devalutata (11.552,59) rivalutata annualmente dal 1.10.17 alla data della odierna decisione, pervenendosi a un importo di € 15.199,62 (di cui € € 3.647,03 per Rivalutazione e Interessi)

- devalutare alla data della morte (8.1.18) le voci di danno non patrimoniale iure proprio, (somme devalutate : € 181.676,52 per [REDACTED], oltre alla somma di euro € 2.195,95 già devalutata per spese funerarie ; € 148.644,43 per [REDACTED] € 155.250,84 per [REDACTED] € 161.857,26 per [REDACTED]) e rivalutare le somme dal 8.1.18 alla data della odierna decisione con calcolo dei relativi interessi, pervenendosi a :

- € 238.799,54 per [REDACTED] (di cui € 54. 927,07 per Rivalutazione e Interessi) a cui va aggiunto l'importo di euro, 5.066,54 (1/3 di 15.199,62 per un totale di euro 243.866,08
 - € 193.048,05 per [REDACTED] (di cui € 44.403,62 per Rivalutazione e Interessi), a cui va aggiunto l'importo di euro 2.026,61 (2/3 di 15.199,62= 10.133,08 : 5) per un totale di euro 195.074,66;



- € 201.612,89 ciascuno per [REDACTED] (di cui € 46.362,05 per Rivalutazione e Interessi), a cui va aggiunto l'importo di euro 2.026,61 (2/3 di 15.199,62= 10.133,08 : 5) per un totale di euro 203.639,50 ciascuno ;

- € 210.192,19 ciascuno per [REDACTED] (di cui euro 48.334,93 per Rivalutazione e Interessi, a cui va aggiunto l'importo di euro 2.026,61 (2/3 di 15.199,62= 10.133,08 : 5) per un totale di euro 212.218,80 ciascuno,

Sulle somme così calcolate andranno, infine, conteggiati gli interessi, al tasso legale, dalla data della presente sentenza al soddisfo.

Le spese di lite seguono la soccombenza e si liquidano nella misura di seguito indicata:

- euro € 2.947,56 per il procedimento ex art. 696 bis (RGN N. 3715/2022, il cui fascicolo è stato acquisito agli atti del presente giudizio), tenuto conto del valore della controversia (in relazione al decisum), della natura del giudizio e dell'attività in concreto svolta, alla luce dei parametri contenuti nel novellato DM 55/2014 (aggiornato al 2022) scaglione sino a 260.000 - dovendosi parametri minimi aumentati per la presenza di più parti e ridotti del 30% in ragione della sostanziale identità delle posizioni

- euro € 21.718,62 per il presente giudizio, tenuto conto del valore della controversia (in relazione al decisum), della natura del giudizio e dell'attività in concreto svolta, alla luce dei parametri contenuti nel novellato DM 55/2014 (aggiornato al 2022) scaglione sino a 260.000 (cfr cass. Civ. sent. N 10367/24) , parametri medi , aumentati per la presenza di più parti e ridotti del 30% in ragione della sostanziale identità delle posizioni.

Le spese di C.t.u. resa in sede di ATP vanno poste definitivamente a carico della resistente.

PQM

Il Tribunale di Palermo- sezione terza civile definitivamente pronunciando, disattesa ogni altra domanda eccezione e difesa così provvede:

CONDANNA l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone, persona del legale rapp.te p.t. al pagamento:

in favore di [REDACTED] della somma complessiva di euro 243.866,08 a titolo di danno non patrimoniale iure proprio e iure hereditatis e di danno patrimoniale iure proprio, oltre a interessi dalla data di pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;

in favore di [REDACTED] della complessiva somma di euro 195.074,66,, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio e iure hereditatis, oltre a interessi dalla data di pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;



in favore di [REDACTED] complessiva somma di euro 203.639,50 ciascuno, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio e iure hereditatis, oltre a interessi dalla data di pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;

- in favore di [REDACTED] della complessiva somma di euro 212.218,80 ciascuno, a titolo di danno non patrimoniale iure proprio e iure hereditatis, oltre a interessi dalla data di pubblicazione della sentenza sino al soddisfo;

rigetta ogni altra domanda

Condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone, in persona del legale rapp.te p.t. al pagamento in favore dei resistenti delle spese di lite, per il procedimento ex art. 696 bis, che liquida in euro € 2.947,56 , per compensi oltre a spese generali iva e C.p.a. nella misura di legge, da distrarsi in favore del Procuratore antistatario;

Condanna l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone, in persona del legale rapp.te p.t. al pagamento delle spese di lite, per il presente giudizio, che liquida in euro 545,00 per spese vive (CTU) ed € 21.718,62 per compensi oltre a spese generali, I.v.a. e C.p.a. nella misura di legge, da distrarsi in favore del procuratore antistatario .

Pone le spese di C.t.u. definitivamente a carico della resistente.

Così deciso a Palermo, il 6 marzo 2025

Il Giudice

Cristina Denaro

IL presente provvedimento viene redatto su documento informatico e sottoscritto con firma digitale dal Giudice dr. Cristina Denaro, in conformità alle prescrizioni del combinato disposto dell'art. 4 del D.L. 29/12/2009, n. 193, conv. con modifiche dalla L. 22/2/2010, n. 24, e del decreto legislativo 7/3/2005, n. 82, e succ. mod. e nel rispetto delle regole tecniche sancite dal decreto del ministro della Giustizia 21/2/2011, n. 44.

