



G.30272

REPUBBLICA ITALIANA Sent. n. 184/24

In nome del Popolo Italiano

La Corte dei conti

Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia

composta dai seguenti magistrati:

Antonio Marco Canu Presidente

Gaetano Berretta Giudice relatore

Gabriele Vinciguerra Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio, iscritto al n.30272 del registro di Segreteria, ad istanza della Procura Regionale per la Lombardia contro il Signor

■■■■ nato a OMISSIS, residente a OMISSIS (C.F.: OMISSIS),

rappresentato e difeso, in forza di procura speciale in calce all'atto di

costituzione, dagli avvocati ■■■■ ■■■■

■■■■ e ■■■■ ■■■■ ■■■■

■■■■ del Foro di ■■■■ con

domicilio eletto in ■■■■ presso lo studio

legale dei difensori.

Visto l'atto introduttivo del giudizio.

Letti gli atti e i documenti di causa.

Uditi, all'udienza dibattimentale del 16.10.2024, il Pubblico Ministero in persona della dott.ssa Valentina Papa e l'avv. ■■■■ per il

convenuto ■■■■ Data per letta la relazione di causa nell'accordo delle

parti.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione depositato il 16.3.2022, la Procura Regionale ha convenuto in giudizio il dott. ██████ Responsabile dell'Unità Operativa Neurochirurgia della ██████ OMISSIS nell'anno 2010, per sentirlo condannare, con imputazione a titolo di colpa grave, al risarcimento del pregiudizio erariale, quantificato in euro 562.685,95, asseritamente cagionato all'amministrazione sanitaria di appartenenza in conseguenza degli esiti di un contenzioso giurisdizionale con un paziente del servizio sanitario che aveva domandato ed ottenuto il ristoro dei danni subiti a seguito di un intervento chirurgico, avvenuto in data 13.10.2010.

L'organo requirente riferiva di aver appreso la notizia di danno a seguito della segnalazione della S. in data 8.5.2020 e dava conto di aver espletato l'attività istruttoria direttamente presso l'azienda sanitaria.

A sostegno della prospettazione accusatoria venivano esposti i seguenti fatti.

- 1) In data 12.10.2010, il Sig. ██████ veniva ricoverato presso l'Unità Operativa Neurochirurgica II dell'OMISSIS per il trattamento chirurgico di un'ernia discale dorsale a livello D9- D10.
- 2) Al paziente veniva prospettato un intervento chirurgico di asportazione dell'ernia con approccio dorsale postero laterale destro mediante toracotomia destra, con posizionamento di *Cage Scient'x*, fissato con placca laterale con 7 viti sul corpo di D9 e D10.
- 3) In data 13.10.2010, il Sig. ██████ veniva sottoposto al programmato intervento dalla *equipe* guidata dal dott. ██████ responsabile

dell'Unità Operativa Neurochirurgia II dell'Istituto e primo operatore.

4) Come riportato in cartella clinica, nessuna difficoltà o elemento di imprevedibilità sarebbe emerso nel corso dell'operazione chirurgica.

In particolare, il fissaggio della placca con viti su D9 e D10 veniva eseguita "al buio", non essendo segnalato l'impiego di controllo radiologico durante l'introduzione delle viti nei corpi vertebrali.

5) Al risveglio, il paziente evidenziava l'insorgenza di paraparesi ed anestesia agli arti inferiori.

6) La TAC dorsale di controllo, eseguita non in emergenza, ma rinviata al mattino successivo (quindi 15 ore dopo la diagnosi clinica) evidenziava il mal posizionamento del sistema di fissaggio, con una vite intersomatica che entrava ed occupava parte del canale vertebrale creando compressione diretta midollare.

7) Il Sig. ██████ veniva sottoposto in data 14.10.2010 (dopo circa 4 ore dall'esecuzione della TAC e circa 19 ore dalla diagnosi clinica) ad un secondo intervento chirurgico per il riposizionamento del sistema di fissazione in D9-D10 dall'*equipe* chirurgica, nuovamente guidata dal dott. ██████

8) Nonostante la successiva operazione di riposizionamento della placca di fissaggio ed il lungo periodo di degenza e riabilitazione presso l'OMISSIS, il grave quadro clinico del Sig. ██████ ██████ rimaneva immutato, risultando lo stesso affetto da totale paraplegia degli arti inferiori.

9) L'esame RMN dorsale eseguito in data 19.11.2010 mostrava una

importante lesione midollare focale a livello D9-D10 con edema midollare a risalire per alcuni metameri superiormente e inferiormente.

10) In data 22.11.2010, il paziente veniva dimesso dall'Istituto con il seguente quadro neurologico: “- *Paraplegia completa areflessica ipotonica*; - *Livello sensitivo in L1*; - *Vescica ed alvo neurologico con CV a dimora, assenza del riflesso anale e bulbo cavernoso*”.

11) In conseguenza dei danni riportati, il Sig. [REDACTED] con raccomandata del 27.6.2011, chiedeva alla [REDACTED] OMISSIS ed al dott. [REDACTED] in qualità di responsabile dell'Unità Operativa Neurochirurgia II dell'Istituto e capo *equipe* e primo operatore chirurgico, il risarcimento di tutti i danni sofferti dallo stesso e dalla sua famiglia.

12) La richiesta non trovava riscontro e pertanto con ricorso per accertamento tecnico preventivo del 09.7.2012 il Sig. [REDACTED] domandava al Tribunale di [REDACTED] di accertare le cause e le responsabilità per le gravissime lesioni patite nonché per l'assenza di un valido consenso informato all'intervento.

13) Il Giudice, con provvedimento del 16.10.2012, disponeva la richiesta CTU, che veniva eseguita dal dott. [REDACTED] ed acquisita agli atti del procedimento in data 18.3.2014.

14) La relazione evidenziava l'assenza di dubbi “*..sulla sussistenza di colpa per negligenza, imperizia e mancato rispetto dei protocolli della buona pratica specialistica*”.

15) In data 15.01.2015 veniva notificata alla [REDACTED] domanda di

mediazione, che si concludeva con esito negativo.

16) Il paziente procedeva conseguentemente a citare in giudizio l'ente

sanitario ed il dott. [REDACTED] dinanzi al Tribunale civile di [REDACTED]

17) Durante il procedimento di cognizione venivano richiesti chiarimenti

al CTU, a seguito dei quali veniva confermata la responsabilità del

dott. [REDACTED] e, conseguentemente, dell'Istituto sanitario.

18) Il giudizio veniva definito con la sentenza n. OMISSIS/2019,

pubblicata il 04.06.2019, con la quale il Tribunale civile di [REDACTED]

condannava la [REDACTED] in solido con il dott. [REDACTED] al pagamento

della somma di euro 504.765,82 oltre interessi, per danno non

patrimoniale ed euro 10.831,50, oltre interessi, per danno

patrimoniale, oltre oneri di legge per spese legali e di giudizio.

19) Con la Deliberazione n. OMISSIS del 05.11.2019, il Consiglio di

Amministrazione della [REDACTED] disponeva di non proporre

appello avverso la sentenza e dava disposizione di provvedere al

pagamento, in favore del sig. [REDACTED] della somma complessiva di euro

611.510,75, di cui euro 562.685,95 in favore del danneggiato ed euro

48.824,80 in favore dell'avv. [REDACTED] a titolo di spese

legali, così come liquidate in sentenza.

20) Il pagamento al Sig. [REDACTED] veniva effettuato, come da mandato n.

OMISSIS del 27.11.2021. Il pagamento in favore del legale non

veniva disposto per la mancata formalizzazione della fattura

elettronica.

21) Il sinistro veniva gestito direttamente dalla [REDACTED] trovandosi la

Compagnia assicurativa Faro Assicurazioni S.p.a. - che garantiva

l'ente sanitario dalla responsabilità civile verso terzi - in liquidazione coatta amministrativa (l'ente sanitario risulterebbe essere stato tuttavia ammesso in via condizionata al passivo della Faro S.p.a. per il complessivo importo di euro 2.761.690,00, come disposto dal Tribunale Fallimentare di Genova con Ordinanza n.OMISSIS del 15.4.2019, con soddisfazione prioritaria ai sensi dell'art. 258, quarto comma, lett. a del Codice delle Assicurazioni).

22) Con atto di citazione in appello, notificato in data 02.01.2020, il Sig. ██████ proponeva gravame per la parziale riforma della sentenza di primo grado, contestando la liquidazione del danno, che avrebbe dovuto essere quantificato in complessivi euro 831.326,87 in luogo dei riconosciuti euro 611.510,75.

23) La ██████ provvedeva a costituirsi nel giudizio d'appello, ma considerata la pressoché certa maggiore esposizione economica in caso di prosecuzione della lite giudiziaria, il Comitato di Valutazione Sinistri dell'ente, dopo aver in un primo tempo respinto la proposta conciliativa, autorizzava l'invio di un dialogo transattivo con la controparte (trattativa in corso di svolgimento alla data di deposito dell'atto di citazione).

Sulla base dei riferiti svolgimenti fattuali, la Procura Regionale prospettava una responsabilità gravemente colposa del dott. ██████ e, conseguentemente l'addebitabilità alla sua posizione dell'esborso subito dalla ██████

Dalla valutazione della documentazione clinica, ed in particolare dall'elaborato peritale depositato dal CTU nominato dal Tribunale di ██████

risulterebbe infatti pacifico che l'intervento chirurgico del 13.10.2010 sarebbe stato connotato da due gravi errori.

1) Il primo errore avrebbe riguardato il posizionamento delle viti nei corpi vertebrali, che sarebbe stato effettuato in assenza dei necessari controlli di orientamento/inclinazione per evitare di invadere lo spazio vertebrale, come poi accaduto. L'errato posizionamento avrebbe reso necessario un nuovo intervento chirurgico, eseguito nel pomeriggio del successivo 14.10.2010, durante il quale le viti sarebbero state asportate e correttamente riposizionate.

2) Il secondo errore avrebbe riguardato la mancata considerazione della paraplegia immediatamente presentatasi come evento acuto e traumatico dell'intervento, da indagare e trattare nel giro di poche ore, contrariamente a quanto accaduto (il Sig. ██████ subito dopo l'intervento, terminato alle ore 14,40, presentava paraparesi ed anestesia degli arti inferiori, comunicati prontamente al dott. ████, che non solo alle ore 16,00 ma anche alle ore 22,00 non poneva alcuna indicazione clinica se non la somministrazione di cortisone. Al contrario, la paraplegia rappresentava un evento acuto e traumatico da indagare e trattare nel giro di poche ore, come emerso chiaramente a seguito dell'espletamento della consulenza tecnica d'ufficio).

Il pregiudizio irreversibile e permanente dell'integrità psicofisica subito dal Sig. ██████ – attualmente costretto in carrozzina e affetto da totale paraplegia degli arti inferiori (livello sensitivo in L1, vescica ed alvo neurologico gestita con cateterismo intermittente ed evacuazioni programmate, assenza del riflesso anale e bulbo cavernoso, con gravi

disturbi anche sessuali) – sarebbe derivato dalla compressione sul sacco durale e dalla conseguente lesione midollare, imputabile alla grave negligenza, imperizia e non osservanza dei protocolli della buona pratica specialistica del dott. [REDACTED] come riconosciuto dalla consulenza medico – legale d’ufficio acquisita nel corso del procedimento giurisdizionale e come invero confermato dalle conclusioni alle quali giungevano altresì i consulenti tecnici della parte danneggiata Sig. [REDACTED]

La responsabilità del dott. [REDACTED] risulterebbe inoltre aggravata dalla circostanza, emersa in sede peritale e confermata nella sentenza di primo grado, che nel modulo utilizzato per la raccolta del consenso informato del paziente non fossero state fornite informazioni aggiuntive sulle conseguenze e possibili complicanze dell’intervento.

L’organo requirente riferiva di aver fatto precedere il deposito dell’atto di citazione dalla formalizzazione dell’invito a fornire deduzioni e procedeva all’analisi e confutazione delle difese espletate dal convenuto nella fase preprocessuale.

In conclusione, la Procura Regionale domandava la condanna del dott. [REDACTED] al pagamento, in favore della [REDACTED] OMISSIS, della complessiva somma di euro 562.685,95, oltre rivalutazione monetaria, interessi legali e spese di giudizio.

Con Decreto del Presidente della Sez. Giurisdizionale del 4 aprile 2022, il giudizio veniva fissato per l’udienza di discussione del 12.10.2022.

Con comparsa depositata il 21.9.2022, si costituiva in giudizio il dott. [REDACTED] rappresentato e difeso dagli avvocati [REDACTED] [REDACTED] del Foro di [REDACTED]

Dopo aver riepilogato i fatti controversi e le contestazioni avanzate dalla Procura Regionale, la difesa del dott. ■ prendeva posizione avverso la contestazione erariale e rappresentava quanto segue.

1) Il Sig. ■ nell'anno 2010, si rivolgeva all'OMISSIS in quanto affetto, da oltre due anni, da un'ernia discale calcifica, con forte compressione midollare, che gli provocava deficit ingravescenti agli arti inferiori e un'acuta sintomatologia dolorosa nella regione dorsale con irradiazione in regione addominale.

2) Il Dott. ■ stante il fallimento di tutte le terapie tentate in precedenza, proponeva un intervento chirurgico di asportazione dell'ernia.

3) Venivano prospettate diverse tipologie di intervento, segnatamente una laminectomia posteriore, con un approccio meno invasivo ma che avrebbe comportato scarsi benefici, un intervento per via postero laterale, resecando un pezzo di costa, con rischi molto elevati di danneggiare il midollo, ovvero un intervento, da eseguire unitamente ad un chirurgo toracico, per via antero laterale, mediante toracotomia, con il posizionamento di *Cage Scient'x*, fissato con placca, per sostituire lo spazio discale.

4) Dopo aver valutato assieme al Sig. ■ le varie ipotesi, con un esame comparato di rischi/benefici, veniva deciso, con l'espresso consenso del paziente, di eseguire quest'ultima tipologia di intervento, che si prospettava come il più corretto approccio terapeutico, con l'ausilio di un'equipe multi specialistica.

5) L'intervento di asportazione dell'ernia discale veniva eseguito dalla

equipe guidata dal Dott. ■ in data 13.10.2010.

6) Al risveglio il paziente evidenziava un deficit motorio agli arti inferiori ed un deficit sensitivo. Veniva sottoposto a TAC di controllo, che evidenziava il malposizionamento di una vite di fissaggio che, ruotata, provocava una compressione midollare.

7) I medici dell'OMISSIS decidevano pertanto di effettuare un nuovo intervento chirurgico di riposizionamento del sistema di fissaggio, che veniva eseguito il giorno successivo.

8) Nonostante il nuovo intervento, nel quale venne riposizionato correttamente il *cage* con l'integrale liberazione del canale vertebrale, le condizioni del paziente non miglioravano, con il persistere della paraplegia agli arti inferiori ed altri deficit sensitivi.

Secondo la difesa, la CTU espletata in fase di A.T.P. non avrebbe individuato profili di responsabilità né in relazione alla fase diagnostica, riconoscendo corretto l'approccio chirurgico adottato, né in relazione all'esecuzione materiale dell'intervento.

I profili di responsabilità individuati a carico dei sanitari sarebbero invece consistiti nell'aver effettuato il posizionamento delle viti nei corpi vertebrali in assenza dei necessari controlli di orientamento/inclinazione per evitare di invadere lo spazio vertebrale e nel non aver considerato la paraplegia conseguente al primo intervento come evento acuto e traumatico che andava indagato nel giro di poche ore, essendo clinicamente assimilabile ad un danno mielico traumatico.

Con riferimento al primo profilo, tuttavia, il controllo radiologico, come da prassi abituale in tale tipologia di interventi, sarebbe stato utilizzato

in sala operatoria per identificare lo spazio discale sede dell'ernia. Come ammesso dallo stesso OMISSIS negli atti difensivi del giudizio di merito, lo strumento endoscopico dell'amplificatore di brillantezza non poteva essere utilizzato in concomitanza con l'atto operatorio ma veniva usato prima per ottenere una proiezione ortogonale che consentisse al chirurgo di visionare la posizione dei peduncoli vertebrali. Nel caso in esame, la strumentazione a disposizione del chirurgo per il monitoraggio sarebbe stata correttamente utilizzata in ottemperanza ai protocolli adottati dall'ospedale, ma non era così tecnologicamente avanzata da poter prevenire il danno in concreto verificatosi.

L'errato posizionamento della vite sarebbe più verosimilmente da ricondurre, secondo la tesi difensiva, ad una rotazione del voluminoso corpo del paziente sul tavolo operatorio. L'errato inserimento della vite potrebbe essere quindi dipeso dalla condotta del personale medico di sala, che nel posizionare il paziente sul tavolo operatorio non lo avrebbe mantenuto "perfettamente in asse". Una mobilitazione dei mezzi di sostegno che mantenevano il paziente in decubito laterale, non adeguatamente fissati, o una manovra errata del personale di sala operatoria, potrebbe aver infatti determinato la rotazione del corpo sul lettino. Tale scostamento, seppur minimo, era circostanza non prevedibile né evitabile da parte del chirurgo che ha effettuava l'operazione.

A sostegno dell'assenza di responsabilità del dott. [REDACTED] veniva inoltre depositata una Consulenza Tecnica di Parte, resa dal dott. prof. [REDACTED] già Direttore dell'Unità di Neurochirurgia e Primario Emerito della [REDACTED]. Il consulente di parte, basandosi su una dettagliata analisi

documentale della cartella clinica del paziente, sarebbe pervenuto, in relazione al primo profilo di responsabilità evidenziato dal CTU, ad una diversa riconduzione causale del danno subito dal Sig. [REDACTED] che veniva ricondotto ad un *“danno midollare ischemico da arteria spinale anteriore”*. Secondo il Prof. [REDACTED] *“Nel referto della Tac postoperatoria eseguita il 14 ottobre alle ore 9:15 si afferma che “la presenza di grossolani artefatti determinati dagli elementi di fissazione metallici non permette una accurata valutazione delle alterazioni densitometriche della sede del pregresso intervento e in particolare di esprimere giudizi sul contenuto endocanalarare” (v. pag. 229 della C.C.). Nel referto della R.M. eseguita il 19 novembre si fa anche riferimento alla Tac suddetta e si dice che “rispetto alla precedente Tac del 14.10” (evidentemente rivisitata), non è più visibile la vite transpeduncolare “la cui punta era visibile nel canale spinale” (v. pag. 246 della C.C.) Tenuto conto di queste affermazioni dei Neuroradiologi, basate chiaramente sulle immagini, e del fatto che al reintervento (v. la relativa descrizione a pag. 121 della C.C.) il dott. [REDACTED] ha rimosso la vite “malposizionata” senza causare perdita liquorale, si è autorizzati a concludere che tale vite, anzi la punta di tale vite, non entrava nello spazio intradurale e quindi tanto meno poteva aver danneggiato il midollo spinale, che, è utile ricordare, è posto all’interno del sacco durale, immerso nel liquor cerebro-spinale. Quanto appena esposto ci fa dire a ragione che il danno midollare sicuramente è correlato all’intervento ma altrettanto sicuramente non è stato causato dalla punta di una vite che non aveva neanche trapassato il sacco durale. Per ipotizzare e sostenere un altro meccanismo all’origine del deficit neurologico postoperatorio, ci viene in*

aiuto ancora il referto della R.M predimissione, che descrive palesemente un danno di tipo vascolare arterioso a carico del midollo: “sfumata iperintensità di segnale in T2 all’altezza di T7, T8, T9, T10 e T11”; “all’altezza di T9-T10 è visibile in sede endomidollare centrale un’area di netta iperintensità di segnale in T2 ovalare allungata in senso cranio-caudale di tipo malacico”. Tali riscontri (area “pencil-like” e area periferica di sofferenza parenchimale sopra- e sotto-lesionale) sono tipici del danno midollare ischemico da arteria spinale anteriore, che oltretutto proprio a livello di T9 ha una sua area di spartiacque/watershed e quindi particolarmente fragile dal punto di vista vascolare (1). Allora, perché un danno ischemico? A nostro parere possono spiegarlo: innanzitutto una predisposizione di base in questo paziente agli eventi patologici di tipo vascolare, come storia clinica di IMA ripetuti con posizionamento di stent, storia di ipertensione e disfunzione metabolica (sovrappeso, ipercolesterolemia), elementi che avevano fatto concludere, dal punto di vista anestesilogico, per un rischio elevato pur in assenza di controindicazioni assolute all’intervento (v. pag. 139 della C.C.). Tale terreno predisponente al rischio vascolare ha senz’altro avuto un peso sulla sofferenza dell’arteria spinale anteriore (ricordiamo che questa ha un calibro variabile da 0,2 a 0,8 millimetri, ed è più sottile a livello toracico) (2), sicuramente compressa dalla presenza dell’ernia discale calcifica a T9-T10 la quale provocava uno schiacciamento con dislocazione antero-posteriore del midollo spinale e giustificava la comparsa della sintomatologia clinica deficitaria che aveva portato all’intervento. A incidere su questa situazione di vascolarizzazione precaria, premessa per

una sicura evolutività peggiorativa spontanea del quadro neurologico, possiamo ragionevolmente ipotizzare che abbiano causato ulteriore sofferenza le manovre chirurgiche indispensabili per rimuovere la compressione creata dall'ernia calcifica. Proprio per la sua elevata consistenza di tipo osseo e per essere posta in profondità di uno stretto corridoio chirurgico, viene descritto l'uso di un trapano ad alta velocità con testine diamantate, le quali riescono a ridurre progressivamente la massa calcifica ma sono anche generatrici di calore e per questo associate a irrigazione sub-continua. Ciononostante può verificarsi un danno termico, come riportato in letteratura (3-4). Proprio per ovviare a questo problema, negli ultimi anni il progresso tecnico ci ha fornito uno strumento ad ultrasuoni che sfrutta l'effetto piezoelettrico delle microvibrazioni per ridurre o addirittura evitare tale eventualità (4-5-6), e che al tempo della vicenda Rossi non era disponibile. A ulteriore conferma dell'ipotesi di danno vascolare ischemico, abbiamo un controllo di Risonanza Magnetica del midollo spinale, eseguito dopo alcuni anni, che mostra la presenza di siringomielia: tale patologia è descritta in letteratura come possibile esito di malacia post-ischemica (7). 10 Viene da concludere quindi che, seppure in relazione con le manovre chirurgiche, il danno neurologico poteva essere possibile ma non prevenibile, in assenza di qualsiasi colpa”.

Con riferimento al secondo profilo di responsabilità, l'assunto del CTU sarebbe sorretto da premesse non corrette. Sarebbe infatti circostanza molto comune, dopo operazioni sul rachide dorsale, che si possa verificare, nell'immediato post-operatorio, una paraplegia temporanea causata dall'edema conseguente all'intervento. Un deficit neurologico agli arti

inferiori dovuto al cosiddetto “*shock midollare*” non sarebbe eccezionale e riconducibile alla decompressione del midollo ed al suo rimodellamento.

La terapia in questi casi sarebbe quella antiedemigena e, nel giro di alcune ore, il deficit dovrebbe regredire. Un immediato reintervento potrebbe inoltre rendere più difficile il recupero funzionale spontaneo.

Poiché il controllo radiografico eseguito subito dopo l'operazione dimostrava un corretto livello e posizionamento del “*cage*” intervertebrale, sarebbe stato quindi corretto, da parte dei medici, attenersi alla prassi che prevedeva di trattare l'edema con massicce dosi di cortisone.

Alla luce dell'inefficacia del trattamento farmacologico, i sanitari avrebbero correttamente proceduto, dapprima indagando con una TAC - che evidenziava l'ingresso di una vite del *cage*, per una minima parte, all'interno del canale vertebrale, e, successivamente, effettuando il secondo intervento chirurgico di rimozione della vite.

Con riguardo a questa seconda censura, anche la consulenza del Prof. ■ avrebbe escluso profili di responsabilità in capo al dott. ■. Secondo il consulente: *“Appare evidente, dopo quanto esposto, che il primo assunto perde il suo valore in quanto ininfluyente e irrilevante sul danno midollare, e porta anche a smimuire il valore del secondo punto, in quanto l'anticipazione del reintervento non avrebbe inciso su un danno vascolare già innescato e che poteva trarre beneficio invece dalla somministrazione di dosi massicce di desametazone come consigliato dall'operatore. In più, si deve assolutamente tener conto che la decisione di reintervenire con una nuova procedura invasiva deve bilanciare due esigenze: il rischio di ulteriore danno da ulteriori manovre chirurgiche che si contrappone alla*

necessità di eliminare una sicura fonte di incombente danno midollare: quest'ultima situazione, era resa improbabile sia da un controllo con l'amplificatore di brillantezza fatto a fine intervento, anche se non specificato nel 1° report post-operatorio ma di routine (come pure non si è soliti specificare, ad esempio, come si prepara il campo operatorio oppure con quali suture si ricuciono i vari piani chirurgici a fine intervento); in secondo luogo dalla scarsa chiarezza della prima valutazione della Tac postoperatoria e, col senno di poi, da quanto trovato sia alla rilettura della TAC (la punta della vite...) che al tavolo operatorio, quando, come già sottolineato, non c'era alcuna perforazione del sacco durale e tanto meno del midollo. Ci si potrebbe chiedere allora perché si sia deciso di rioperare, visto che il chirurgo dott. ■ ipotizzava il danno ischemico e la Tac eseguita il mattino successivo all'intervento non chiariva il quadro. La risposta, per chi si trova a dover decidere in tali situazioni, si è fondata su due considerazioni: 1) dopo una notte di osservazione, il quadro neurologico non era migliorato (paraplegia e anestesia) e quindi il reintervento difficilmente poteva peggiorare i deficit; 2) gli artefatti che impedivano una chiara lettura della Tac potevano nascondere una complicanza (ad esempio un ematoma) cui il reintervento poteva rimediare facilmente. Pertanto si procedeva a rioperare non appena una sala operatoria si fosse resa disponibile (v.C.C. a pag.16) e la presenza del chirurgo toracico assicurata.”

La difesa evidenziava inoltre che gli interventi di ernia discale dorsale, pur rientrando tra quelli considerati di natura ordinaria, sarebbero notoriamente delicati e gravati da possibili complicanze neurologiche, Nel

caso specifico l'operazione chirurgica oggetto del presente giudizio si presentava di particolare complessità sia a causa della corporatura molto robusta del paziente, che ne pregiudicava l'equilibrio e la posizione in asse sul tavolo operatorio, sia a causa del fatto che l'ernia era situata in una sede difficile a vedersi, poiché era oscurata dalla cupola diaframmatica. Tale circostanza avrebbe compromesso e reso difficoltoso il campo visivo operatorio.

Per ciò che concerne infine le contestazioni in merito all'asserita mancata acquisizione di un corretto consenso informato, la difesa eccepiva che il paziente, malato già da due anni, si sarebbe rivolto all'OMISSIS dopo aver visitato altri ospedali e aver avuto altri consulti medici. Sarebbe risultato informato sulla propria patologia invalidante e sulle gravi conseguenze che il progredire inesorabile della malattia avrebbe comportato qualora non si fosse intervenuti chirurgicamente. Non corrisponderebbe pertanto al vero che il paziente non fosse stato *"adeguatamente e soprattutto specificamente informato prima dell'intervento ai fini della prestazione di un valido consenso di eventuali rischi o tipologie di complicanze legate all'operazione"*. Nei numerosi colloqui informativi con il paziente sarebbe stato chiaramente prospettato da parte del Dott. [REDACTED] la complessità dell'intervento con gli inevitabili rischi che lo stesso comportava tra cui, in particolare, quello di gravi deficit post-operatori, comprendenti, purtroppo, anche l'eventualità di una paraplegia.

La circostanza che il Sig. [REDACTED] fosse stato esaustivamente ed esaurientemente informato sui rischi dell'intervento sarebbe pacificamente dimostrata:

a) dai moduli sottoscritti dal paziente e dalla moglie di quest'ultimo in qualità di testimone presente alla prestazione del consenso. Tali moduli sarebbero controfirmati anche dal Dott. ■ in qualità di medico che svolgeva i colloqui informativi. I moduli per la prestazione del consenso venivano elaborati e predisposti dall'OMISSIS e non erano in alcun punto modificabili dai singoli medici che ne acquisivano la sottoscrizione;

b) dal fatto che lo stesso CTU evidenziava la corretta assunzione del consenso informato in quanto il modulo firmato dal paziente apparirebbe generico ma comunque adeguato per l'intervento. Il CTU avrebbe inoltre rilevato che l'informativa su questioni tecnico scientifiche assai variegata e delicate, quali sono le innumerevoli possibili complicanze di una procedura chirurgica maggiore, sarebbe prima di tutto orale, poiché solo mediante un colloquio diretto tra medico e paziente risulterebbe possibile calibrare al meglio le informazioni da darsi in base alla capacità di comprensione della singola persona.

Dopo aver eccepito che la mancanza di una copertura assicurativa della struttura sanitaria – atteso che la Compagnia Faro Assicurazioni S.p.A., risultava stata posta in liquidazione coatta - configurerebbe una carenza organizzativa che non potrebbe ricadere a nocimento dei medici e del personale sanitario, la difesa deduceva in via istruttoria una nuova CTU finalizzata ad accertare se “l'imprudenza” rilevata a carico del dott. ■ possa essere considerata tale da integrare l'elemento soggettivo della colpa grave.

In conclusione, veniva chiesto di rigettare la domanda di risarcimento

del danno erariale indiretto in quanto infondata in fatto e in diritto. Con la vittoria delle spese del giudizio.

All'udienza dibattimentale del 12.10.2022 la Procura Regionale riferiva che vi sarebbe stato un aggiornamento in relazione alla gestione del sinistro. La OMISSIS avrebbe infatti comunicato che il giudizio di appello si sarebbe concluso mediante una transazione che avrebbe previsto la corresponsione della ulteriore somma di euro 240.000,00 in favore del Sig. ██████ a saldo e stralcio di ogni pretesa (la liquidazione della somma sarebbe intervenuta con mandato del 12.7.2022). Conseguentemente, la Procura Regionale rideterminava il *petitum* richiesto nella somma di euro 802.685,95, oltre rivalutazione ed interessi, precisando che ciò non avrebbe comportato una diversa *causa petendi*. A sostegno dell'*emendatio libelli*, produceva la relativa documentazione di riferimento.

A seguito dell'udienza del 12.10.2022, la Sezione adottava l'Ordinanza n.87 del 30.12.2022 con la quale, impregiudicata ogni decisione in ordine alle questioni preliminari, veniva disposta – in applicazione dell'art. 97, comma 1, c.g.c. – l'acquisizione di ulteriori elementi di valutazione e, in particolare, una consulenza tecnica da parte di qualificato organo sanitario pubblico, che veniva individuato nell'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute in Roma (U.M.L.), al quale veniva inoltrata richiesta di parere medico legale sui seguenti quesiti:

1) Se, sulla base della documentazione in atti, in particolare la cartella clinica del paziente e le perizie medico – legali allegate, la riconducibilità causale della compromissione midollare subita dal Sig. ██████ a seguito dell'intervento chirurgico del 13.10.2010, possa

essere riferita, secondo una valutazione basata sul criterio probabilistico ancorato alla miglior scienza ed esperienza, all'errato posizionamento di una vite ovvero da un danno midollare ischemico.

2) Se, sulla base della documentazione in atti, avuto specifico riguardo alle perizie medico – legali allegate, le attività poste in essere dal dott. ██████ siano state connotate da appropriatezza sanitaria.

3) Nel caso in cui tali attività siano risultate non appropriate, se il danno irreparabile subito dal Sig. ██████ possa essere ricondotto eziologicamente e, nell'affermativa, in quale misura rispetto ad eventuali altri contributi causali, alle attività non appropriate poste in essere dal dott. ██████

4) In caso di accertata non appropriatezza delle attività poste in essere, se la condotta del dott. ██████ si sia discostata significativamente dal corretto modus operandi richiesto, secondo scienza medica, secondo le Linee – Guida e secondo i Protocolli operativi valevoli nel caso di specie.

Con l'Ordinanza n.87/2022, veniva previsto che il Collegio medico – legale dovesse essere composto da un medico specialista in neurochirurgia.

L'attività istruttoria è durata oltre i termini previsti nell'Ordinanza n.87/2022 e ha formato oggetto della concessione di una proroga del termine di deposito del parere medico – legale richiesto (Decreto n.22/2023).

L'elaborato peritale definitivo dell'U.M.L. presso il Ministero della Salute è stato depositato in data 3.5.2024.

Secondo le valutazioni del Collegio peritale, composto da medici legali e da specialisti in neurologia, medicina interna e neurochirurgia,

l'evento dannoso non sarebbe imputabile ad un comportamento negligente ed imprudente del Dott. [REDACTED]

Con istanza di fissazione di udienza depositata in data 5.6.2024, la difesa del convenuto domandava la fissazione dell'udienza dibattimentale per la prosecuzione del processo.

Con Decreto del Presidente della Sezione Giurisdizionale in data 6.6.2024, il giudizio veniva chiamato per l'odierna udienza di discussione.

Con memoria conclusiva depositata il 24.9.2024, la difesa del Dott. [REDACTED] richiamava le conclusioni contenute nella consulenza medico legale e dopo aver confermato tutte le deduzioni difensive articolate in corso di causa concludeva domandando il rigetto della domanda risarcitoria formulata dall'organo requirente.

All'odierna udienza dibattimentale la Procura Regionale ha dichiarato di prendere atto delle conclusioni della relazione peritale d'ufficio e si è rimessa alle valutazioni del Collegio. Con riguardo alla regolazione delle spese, ne ha domandato, in caso di rigetto della domanda, la compensazione, atteso che le evidenze emerse in sede di CTU civile e delle statuizioni pronunciate in quella sede deponavano per una condotta gravemente negligente del convenuto e avevano conseguentemente determinato l'azione erariale.

La difesa del Dott. [REDACTED] ha insistito nelle conclusioni formulate in sede di costituzione e dopo aver richiamato le conclusioni favorevoli della consulenza medico – legale acquisita nel corso del giudizio, ha concluso domandando il rigetto della domanda risarcitoria e il favore delle spese di lite.

Al termine della discussione, la causa è stata trattenuta in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. In assenza di questioni pregiudiziali può essere affrontato il merito della controversia.

La domanda risarcitoria promossa dalla Procura Regionale non può trovare accoglimento.

A seguito dell'acquisizione della consulenza medico – legale d'ufficio, resa dall'Ufficio Medico Legale del Ministero della Salute ex art.97 c.g.c., l'asserita condotta negligente del dott. ● è stata categoricamente esclusa. Il Collegio reputa che la ricostruzione peritale sia stata analitica, esauriente e priva di vizi logici e, come tale, convincente in ordine all'assenza di responsabilità del convenuto.

Si osserva quanto segue.

1) L'intervento chirurgico al quale veniva sottoposto il Sig. ● risultava decisamente complesso, sia in ragione della gravità della patologia sofferta, derivante da un'ernia discale dorsale D9-D10 calcifica con netta compressione midollare – dalla quale derivava dolore in regione dorsale con irradiazione in regione addominale e parestesie agli arti inferiori (l'esame elettromiografico dimostrava sofferenza radicolare bilaterale L5; le tecniche diagnostiche PES e PEM dimostravano un blocco parziale delle vie lunghe di conduzione afferente ed efferente a livello midollare prevalentemente a destra), sia delle condizioni di salute del paziente, affetto da ipertensione e ipercolesterolemia in terapia farmacologica e reduce da infarto miocardico acuto nel 2001 e nel 2006, trattati con “stent” e da

meniscectomia sinistra nel 2006 e emorroidectomia nel 2010.

2) Il Sig. [REDACTED] risulta essere stato correttamente informato e avvertito dei rischi dell'intervento. Sul punto la consulenza peritale evidenziava che *"Il paziente firma il consenso all'anestesia dove sottoscrive (anche in presenza della moglie [REDACTED] che firma come testimone) i punti previsti dal modulo aziendale preposto, dove si afferma che ha compreso le ragioni di rischio anestesilogico ASA 3 e del rischio aggiuntivo connesso con la sospensione della Cardioaspirina.....Nel modulo aziendale di consenso all'intervento chirurgico dell'OMISSIS il paziente sottoscrive "di essere stato personalmente informato in modo comprensibile e completo, di aver potuto discutere e confrontarsi in merito a svolgimento rischi complicanze e finalità dell'intervento chirurgico proposto anche con specifico riferimento al suo stato di salute e di essere consapevole dell'esposizione a rischi specifici connessi con la sua patologia di ernia discale dorsale calcifica D9-D10" (anche qui testimone la moglie). Nel consenso chirurgico viene specificato che l'intervento verrà eseguito per via toracotomica per asportazione dell'ernia calcifica associata a fissazione vertebrale".*

3) La decisione di proporre al Sig. [REDACTED] un intervento chirurgico finalizzato al trattamento dell'ernia discale risultava coerente, secondo quanto riferito dal Collegio Medico Legale, con le indicazioni scientifiche, atteso che *"Dalla cartella clinica si evince che il signor [REDACTED] soffriva da almeno due anni di dolori in regione dorsale con irradiazioni in regione addominale e parestesie agli arti*

inferiori e riferiva anche, dopo 30 minuti di deambulazione, la comparsa di dolore ad entrambi gli arti inferiori (claudicatio neurogena). La sintomatologia è persistente e resistente a comuni terapie mediche. La refrattarietà del dolore con irradiazione radicolare o a fascia è un'indicazione ad intervento chirurgico per ernia del disco toracica, pur trattandosi di intervento chirurgico molto delicato.”

Alla luce del quadro clinico e radiologico la proposta di un trattamento chirurgico per via transtoracica anteriore risultava formulata in modo appropriato dal dott. ■ al paziente, anche in ragione della presenza nell'equipe operatoria del chirurgo toracico.

Sul punto la consulenza medico – legale rappresentava che le opzioni chirurgiche sarebbero invero state più di una, segnatamente “1) l'accesso per via posteriore o laminectomia che ha la sua indicazione primaria nella decompressione di patologie del canale midollare situate posteriormente specialmente se a più livelli; 2) l'approccio posterolaterale (laminectomia e rimozione del peduncolo, approccio transpeduncolare, costotrasversectomia, approccio transfaccettale con risparmio del peduncolo), indicato per ernia del disco in posizione laterale; 3) l'approccio antero-laterale transtoracico è indicato per patologie del disco toraciche con frammento centrale o disco calcifico. Ha il vantaggio di fornire un'eccellente esposizione anteriore con basso rischio di lesioni meccaniche del midollo spinale, scarsa compromissione della stabilità dovuta all'effetto di supporto della gabbia toracica, e anche particolarmente vantaggioso

per il trattamento di lesioni a livelli multipli. Tra gli svantaggi: necessita della presenza del chirurgo toracico, possibili lesioni vascolari del midollo spinale (dovute al sacrificio di arterie intercostali) e, tra le complicanze, versamento pleurico, atelettasia, polmonite, empiema, ipotensione, fistola liquorale pleurica.”

Secondo il Collegio medico – legale, pertanto, la decisione di optare per l’approccio antero-laterale transtoracico sarebbe stato in ogni caso il più appropriato al caso di specie, proprio in ragione della consistenza della patologia (disco calcifico).

4) L’espletamento dell’intervento chirurgico interveniva senza incidenti di percorso (inizio intervento ore 9:30 e termine ore 14:40). Dalla cartella clinica emergeva la seguente sintesi: “...Si espone la colonna. Con un ago e con amplificatore di brillantezza si controlla la esatta posizione dell’ago nel disco fra D9 e D10. Con il trapano ad alta velocità si asporta un po' di corpo di D9 e un po' di corpo di D10 e si espone l'ernia calcifica che comprime il sacco durale. Si asporta a frammenti l'ernia calcifica che è molto aderente alla dura e si produce una piccola fessurazione. Il sacco durale viene bene liberato, surgicel un pezzetto di grasso e colla di fibrina sul sacco durale. Si posiziona un Cage Scient'x, riempito con pasta d'osso e fissato con una placca laterale con viti sul corpo di D9 e sul corpo di D10 drenaggi intratoracici e ricostruzione della parete toracica sutura per sottocute e della cute.”

Successivamente all’intervento (ore 16:00) emergeva paraparesi e anestesia agli arti inferiori. Il dott. ● veniva informato della modifica

del quadro neurologico e prescriveva cortisone ad alte dosi. Alle ore 22:00 l'esame obiettivo neurologico evidenziava paraplegia ed anestesia agli arti inferiori per cui veniva visitato nuovamente dal dott. [REDACTED] che consigliava la prosecuzione del Soldesam 8 mg per 3 endovena.

A causa dell'errato posizionamento di una vite di fissaggio, riscontrato dal dott. [REDACTED] la mattina successiva all'intervento sulla base di una TAC, il paziente veniva sottoposto in data 14/10/2010 alle ore 14:20 ad un secondo intervento chirurgico, così descritto: *“si riapre l'incisione dorsale postero laterale destra, si riapre lo spazio costale si espone la colonna si rimuovono la cage e la placca. Con il trapano ad alta velocità si fresa il corpo di D9, il corpo di D10 più anteriormente. Surgicell e colla di fibrina. Si riposiziona il Cage e la placca più anteriormente fissandola con due viti sul corpo di D10 e una vite sul corpo di D9. Ricostruzione della gabbia toracica e sutura 5 dell'incisione Operatori [REDACTED] consulente chirurgo toracico interno, [REDACTED] chirurgo toracico interno (termine dell'intervento 15,40)”*.

Successivamente il Sig. [REDACTED] veniva sottoposto alle terapie post operatorie e riabilitative, ma il grave danno neurologico lamentato dal paziente subito dopo l'intervento chirurgico non regrediva.

5) Secondo il Collegio Medico – Legale, i gravi danni subiti dal paziente a seguito dell'intervento chirurgico, definitivamente accertati in *“paraplegia agli arti inferiori completa, clonie prossimali esauribili spontaneamente, maggiori a destra, associate a*

dolori urenti, dolori neuropatici cronici, disturbi sfinterici sia urinari che nella defecazione (cateterismi intermittenti e clisteri), grave disfunzione erettile (fenomeni di priapismo di pochi minuti spontanei), deficit della muscolatura addominale”, non sarebbero tuttavia ricollegabili ad una condotta negligente imputabile al chirurgo e, in particolare, non sarebbero riconducibili all’errato posizionamento della vite di fissaggio del sistema introdotto nel plesso discale (che aveva determinato la necessità del secondo intervento chirurgico), bensì da un duplice meccanismo compressivo/ischemico originato dalla già precaria vascolarizzazione midollare nell’area di intervento e sicuramente accentuata dalle manovre chirurgiche, peraltro necessarie ed inevitabili, per la rimozione dell’ernia. Questa ricostruzione eziologica risulterebbe maggiormente probabile per scienza medica e risulterebbe invero comprovata dal fatto che successivamente al secondo intervento chirurgico non sarebbe stata riscontrata alcuna perdita di “liquor”.

Secondo il Collegio Medico – Legale “Il midollo spinale compresso dall’ernia discale calcifica D9-D10, extra durale, che occupava gran parte del canale midollare aveva già una vascolarizzazione precaria. L’ernia calcifica da cui era affetto il paziente determinava un importante riduzione dello spazio endospedale, comprimendo non solo il parenchima neuronale midollare ma anche i vasi arteriosi nutritizi ed in particolare l’arteria spinale anteriore accentuando gravemente la precarietà vascolare già propria di questi distretti midollari. D’altro canto il paziente aveva una storia di ipertensione

arteriosa, ipercolesterolemia, condizione di sovrappeso, cioè di fattori di rischio per l'apparato vascolare tutto, come dimostrato dalla presenza di coronaropatia trattata con stent e con cardioaspirina. La vite mal posizionata, come evidenziato alla TAC postoperatoria e compatibilmente con gli artefatti generati dalle protesi metalliche, decorreva nello spazio endospedale, reso più ampio dalla rimozione della voluminosa ernia calcifica, verosimilmente senza penetrare nello spazio intradurale non essendo segnalata alcuna perdita di liquor, come descritto nel referto del secondo intervento chirurgico. Pertanto, la precaria vascolarizzazione midollare distrettuale, determinata dalla prolungata compressione ad opera dell'ernia discale calcifica extradurale, associata alle manovre chirurgiche eseguite, come si evince dal referto operatorio, senza particolari difficoltà ma necessarie per rimuovere la noxa, ed i fattori di rischio cardiovascolari possono aver contribuito a determinare il danno neurologico con il duplice meccanismo compressivo/ischemico (confortato anche dal referto RM midollare predimissione) su un territorio predisposto a tale evento.”

Sulla base dell'analisi complessiva della vicenda il Collegio Medico Legale ha fornito le seguenti risposte ai quesiti formulati in sede istruttoria dalla Sezione.

1) La compromissione midollare subita dal Sig. [REDACTED] a seguito dell'intervento chirurgico del 13.10.2010, non possa essere riferita, secondo una valutazione basata sul criterio probabilistico ancorato alla miglior

scienza ed esperienza, all'errato posizionamento di una vite ma verosimilmente ad un danno midollare ischemico dovuto ad una precaria vascolarizzazione midollare distrettuale determinata da prolungata compressione svolta ad opera dell'ernia discale calcifica extra durale, di cui il paziente era già portatore, e associata alle manovre chirurgiche eseguite, peraltro senza particolari difficoltà, ma necessarie per rimuovere la noxa, laddove i fattori di rischio cardiovascolari possono aver contribuito a determinare il danno neurologico con duplice meccanismo compressivo/ischemico (confortato anche dal referto RM midollare pre-dimissione) su un territorio predisposto a tale evento.

2) Le attività poste in essere dal dott. ██████ ██████ siano state verosimilmente connotate da appropriatezza sanitaria, in un paziente con un substrato pre-morboso predisponente dal punto di vista vascolare.

3) Il danno subito dal Sig. ██████ non si ritiene possa essere ricondotto eziologicamente, alle attività poste in essere dal dott. ██████ ritenute appropriate.

4) La condotta del dott. ██████, attraverso le attività poste in essere, non si sono discostate dal corretto modus operandi richiesto, secondo scienza medica, secondo le Linee - Guida e secondo i Protocolli operativi valevoli nel caso di specie.

In conclusione, alla luce delle considerazioni esposte nella consulenza medico – legale, che risulta obiettivamente priva di contraddizioni logiche e convincente in ordine alle conclusioni rassegnate, la contestata responsabilità del convenuto deve essere esclusa, con conseguente rigetto della domanda risarcitoria formulata dalla Procura Regionale.

4. In ragione dell'assenza di responsabilità del convenuto [REDACTED] deve tenersi conto, per il regolamento delle spese di giudizio, della disciplina prevista dall'art.31, comma 2, c.g.c. a mente del quale, in caso di proscioglimento nel merito, il giudice liquida, a carico dell'amministrazione di appartenenza, l'ammontare degli onorari e dei diritti spettanti alla difesa.

Ne consegue che la Sezione deve provvedere d'ufficio, sulla base degli atti di causa, a liquidare onorari e diritti in applicazione dei criteri dettati dal D.M. 10 marzo 2014, n. 55 (art. 2, art. 4 e art. 5).

In relazione alla richiesta del Pubblico ministero di disporre la compensazione delle spese, è da rilevare che l'art. 31, comma 2 c.g.c. esclude espressamente che il giudice, quando ricorrano i presupposti per la liquidazione delle spese in favore del convenuto assolto, possa disporre la compensazione delle spese del giudizio (compensazione che, peraltro, non è in generale possibile quando non ricorrano i presupposti di cui al successivo comma 3, neppure se integrato con le "altre gravi ed eccezionali ragioni", di cui alla sentenza della Corte costituzionale n. 77/2018, che nella specie non ricorrono).

In ragione di tali disposizioni, tenuto conto della difficoltà della lite e della definizione del giudizio a seguito di attività istruttoria, nonché dei valori esposti nella tabella 11 allegata al menzionato Decreto Ministeriale (giudizi innanzi alla Corte dei conti), dette spese si liquidano in euro 7.100,00, oltre spese generali nella misura del 15% e oneri di legge.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Lombardia, definitivamente pronunciando,

Rigetta

La domanda risarcitoria formulata dalla Procura Regionale.

Liquida e pone a carico della ██████████ OMISSIS le spese del giudizio in favore del convenuto ██████████ nella misura di euro 7.100,00, oltre spese generali nella misura del 15% e oneri di legge.

Dispone

In applicazione dell'art. 52, D. Lgs. n. 196 del 2003, che in caso di diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, siano omesse le generalità e gli altri elementi identificativi, anche indiretti, dei convenuti, dei terzi e, se esistenti, dei danti causa e degli aventi causa.

Manda alla Segreteria per il seguito di rito.

Così provveduto in Milano, nella camera di consiglio del 16.10.2024.

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

(Dott. Gaetano Berretta)

(Dott. Antonio Marco Canu)

(firma apposta digitalmente)

(firma apposta digitalmente)

Depositato in Segreteria il 26/11/2024

Il Direttore della Segreteria

(Dott.ssa Federica Dainotti)

(firma apposta digitalmente)

In esecuzione del Provvedimento ai sensi del menzionato art. 52, D. Lgs. n. 196 del 2003, in caso di diffusione della sentenza in qualsiasi forma, per finalità di informazione giuridica su riviste giuridiche, supporti elettronici o mediante reti di comunicazione elettronica, omettere le generalità e gli altri

elementi identificativi, anche indiretti, dei convenuti, dei terzi e, se esistenti,
dei danti causa e degli aventi causa.

Milano, 26/11/2024

Il Direttore della Segreteria

(Dott.ssa Federica Dainotti)

(firma apposta digitalmente)